



**Optimización del Proceso Misional de Inspección  
y Vigilancia de la Superintendencia Delegada  
para la Supervisión Institucional de la  
Superintendencia Nacional de Salud**

**Gladys María, Arango Castro**

**Claudio Rafael, Buitrago Dueñas**

**Carlos Alonso, Flores García**

Universidad EAN

Facultad de Administración y Facultad de Ingeniería

Maestría en Administración de Empresas de Salud y Maestría en Ingeniería en Procesos

Bogotá, Colombia

2021

# **Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud**

**Gladys María, Arango Castro**

**Claudio Rafael, Buitrago Dueñas**

**Carlos Alonso, Flores García**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

**Magister en Administración de Empresas de Salud**

**Magíster en Ingeniería de Procesos**

**Director (a):**

MSN. Katherine del Consuelo Camargo Hernández

**Modalidad:**

Trabajo Dirigido

Universidad EAN

Facultad de Administración y Facultad de Ingeniería

Maestría en Administración de Empresas de Salud y Maestría en Ingeniería de Procesos

Bogotá, Colombia

2021

## Nota de aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del director del trabajo de  
grado

Bogotá D.C. 30 de octubre de 2021

## Dedicatoria

A mis padres María y José que han sido mi ejemplo de superación, a mi hermana Lily que ha estado conmigo siempre y hasta el cielo a mi tía Nicolasa que me enseñó el valor de perseguir mis sueños. (Carlos Flores)

A mí esposa y mis hijas por el tiempo que deje de compartir con ellas y la paciencia que me tuvieron. (Claudio Buitrago)

A mi familia por apoyarme siempre y a la generosidad de todos los funcionarios que aportaron sus percepciones para adelantar este trabajo de manera libre y espontánea. (Gladys Arango)

## Agradecimientos

A la Profesora Katherine del Consuelo Camargo Hernández por el acompañamiento brindado durante la realización de este trabajo y el apoyo que siempre obtuvimos en cada momento.

A los funcionarios de la Superintendencia Delegada para la Supervisión institucional que nos brindaron su tiempo al momento de recolectar datos.

## Resumen

Se seleccionó la optimización del proceso Misional de Inspección y Vigilancia que desarrolla la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, por la importancia que representa para la Entidad y la respuesta a los vigilados, mediante un trabajo articulado entre las Direcciones que componen la Delegada. De esta forma se responde mejor a las necesidades de aseguramiento y atención en salud que requiere la población colombiana y residentes del país, permitiendo el acceso a todos los niveles de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

A través del Marco normativo e Institucional se comienza a conocer sobre el contexto y situación actual de la Superintendencia Nacional de Salud, de manera tal que se pueda delimitar lo encontrado en el marco teórico, para enfocarlo a la Delegada para la Supervisión Institucional y posteriormente, generar un diseño metodológico que permita un diagnóstico institucional en el cual se plantean los resultados del diagnóstico y se evalúa y analiza la mejora.

Teniendo en cuenta que la propuesta se enfoca en la mejora al proceso misional de Inspección y Vigilancia para la Delegada para la Supervisión Institucional, el plan de intervención brindará a la entidad el consolidado de los resultados obtenidos, como también la solución que se sugiere para la problemática de trabajo articulado entre las Direcciones que componen la Delegada.

Con las recomendaciones y conclusiones se establecen los resultados generales de la investigación, así como también se plantean sugerencias para el desarrollo de la solución.

planteada; tomando como base el consolidado de las referencias utilizadas que sirven como base de la investigación.

***Palabras clave:*** Inspección, Vigilancia, Optimización, Salud, Administración Pública, Superintendencia Nacional de Salud.

## Abstract

The optimization of the Missionary Inspection and Surveillance process developed by the Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional of the Superintendencia Nacional de Salud was selected, due to the importance it represents for the Entity and the response to those monitored, through an articulated work between the Directorates that make up the Delegada. In this way, a better response is made to the insurance and health care needs required by the Colombian population and residents of the country, allowing access to all levels of care of the General System of Social Security in Health.

Through the normative and Institutional Framework, one begins to know about the context and current situation of the Superintendencia Nacional de Salud, in such a way that what is found in the theoretical framework can be delimited, to focus it on the Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional and later, generate a methodological design that allows an institutional diagnosis in which the results of the diagnosis are presented and the improvement is evaluated and analyzed.

Taking into account that the proposal focuses on improving the missionary process of Inspection and Surveillance for the Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional, the intervention plan will provide the entity with the consolidated results obtained, as well as the solution that is suggested for the articulated work problem between the Directorates that make up the Delegada.

With the recommendations and conclusions, the general results of the investigation are established, as well as suggestions for the development of the solution. raised; based on the consolidated of the references used that serve as the basis of the investigation.



**Keywords:** Inspection, Surveillance, Optimization, Health, Public Administration, Superintendencia Nacional de Salud.

## Tabla de contenido

## Página

1. INTRODUCCIÓN.....	18
2.1. OBJETIVO GENERAL .....	30
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	30
3. JUSTIFICACIÓN .....	31
4. MARCO DE REFERENCIA.....	37
4.1. ¿QUÉ ES LA CALIDAD?.....	37
4.1.1. Calidad en el Servicio .....	38
4.2. FILOSOFÍA KAIZEN .....	39
4.2.1 Aplicaciones del uso del Kaizen .....	39
4.2.2 Implementación de Kaizen. ....	40
4.3. CICLO PHVA.....	42
4.4. LEAN MANAGEMENT .....	45
4.4.1 Trabajo Estándar .....	46
4.4.2 Disciplina.....	46
4.5. SIX SIGMA .....	47
4.5.1 Ciclo DMAIC .....	49
4.5.2 Lean y Six sigma en el área de la salud .....	50
5. MARCO INSTITUCIONAL.....	52
5.1. RESEÑA HISTÓRICA.....	52

5.2. POSICIÓN EN EL MERCADO.....	54
5.3. REFERENTES ESTRATÉGICOS .....	55
5.3.1. Misión Institucional .....	56
5.3.2. Visión Institucional.....	56
5.3.3. Objetivos Institucionales .....	56
5.3.4. Organigrama,, , .....	57
5.3.5 Mapa de Procesos .....	58
6. DISEÑO METODOLÓGICO .....	60
6.1. ENFOQUE.....	60
6.1.1. Definición de Variables .....	60
6.1.2. Definición conceptual.....	61
6.1.3- Definición operacional.....	61
6.1.4. Fases de la investigación .....	62
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	67
7. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL .....	68
7.1. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS.....	69
7.1.1 Categoría: Datos psicosociales .....	69
7.1.2 Categoría: Conocimiento de la Delegada Para la Supervisión Institucional .....	72
7.1.3 Categoría: Articulación de funciones en la delegada .....	77
7.1.4 Categoría: Reprocesos .....	81

7.1.5 Categoría: Trabajo en Equipo .....	84
7.1.6 Categoría: Herramientas para desarrollar el trabajo .....	84
7.1.7 Categoría: gestión del conocimiento .....	86
7.1.8 Categoría: Reconocimiento.....	92
7.1.9 Categoría: Comunicación .....	94
7.2. ANÁLISIS DE DATOS.....	97
7.2.1. Situación Actual .....	97
7.2.2. Fortalezas.....	97
7.2.3. Oportunidades .....	98
8. PLAN DE INTERVENCIÓN.....	99
8.1. ETAPA: DEFINIR.....	99
8.2. ETAPA: MEDIR .....	106
8.3. ETAPA: ANALIZAR.....	113
8.4. ETAPA: IMPLEMENTAR.....	114
8.5. ETAPA: CONTROLAR.....	117
9. RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES .....	119
9.1. RECOMENDACIONES .....	119
9.2. CONCLUSIONES .....	121
10. REFERENCIAS.....	124
A. ANEXO. ENCUESTA .....	131

## Lista de Figuras

	<b>Página</b>
Figura 1. Organigrama de la Superintendencia Nacional de Salud-Rediseño Institucional .58	
Figura 2. Mapa de Procesos Superintendencia Nacional de Salud.....59	
Figura 3. Análisis de Matriz DOFA.....66	
Figura 4. Matriz DOFA de l PEIDA 2019-2022.....76	
Figura 5. Mapa de Proceso de Procedimiento de Visita, Proceso de Auditoria a sujetos Vigilados..... 106	
Figura 6. Diagrama Value Sream Map..... 112	
Figura 7. Diagrama Ishikawa ..... 113	

## Lista de tablas

	<b>Página</b>
Tabla 1. Auditorías de Inspección y Vigilancia y Planes de Mejoramiento .....	25
Tabla 2. Traslados a procesos administrativos .....	25
Tabla 3. Seguimiento de los procesos internos. ....	25
Tabla 4. Detalles de Planes de Mejora miento .....	26
Tabla 5. Traslados a Entes de Control.....	27
Tabla 6. Viabilidad del Proyecto .....	35
Tabla 7. Evolución de PHVA desde los Gurú de la Calidad. ....	43
Tabla 8. Etapas, Objetivos, Preguntas a responder y Herramienta de DMAIC .....	49
Tabla 9. Análisis DOFA Superintendencia Nacional de Salud. ....	64
Tabla 10. Ficha Técnica de Muestreo .....	67
Tabla 11. Rango de Edad al que pertenece (n = 118) .....	69
Tabla 12. Género (n = 118) .....	70
Tabla 13. Calidad de Servidor (n = 118) .....	71
Tabla 14. Tiempo de Servicio en la Entidad (n = 118) .....	71
Tabla 15. Grupo de trabajo al que pertenece (n = 118) .....	72
Tabla 16. Identificación del Empleo (n = 118) .....	72
Tabla 17. ¿Conoce las funciones de las diferentes Direcciones de la Delegada? (n = 118) .	73
Tabla 18. ¿Considera que el tiempo definido en el procedimiento interno para la entrega de los informes de auditoría, es el adecuado? (n = 118) .....	73

Tabla 19. ¿Considera que las auditorías realizadas por las Regionales son de gran ayuda para las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada? (n = 118) .....	74
Tabla 20. ¿Conoce cuál es el objetivo del Plan Anual de Gestión (PAG) en lo concerniente a las actividades de la Delegada? (n = 118).....	75
Tabla 21. Si no conoce el PAG, indique las razones, seleccione uno o varios motivos (n = 118) .....	76
Tabla 22. ¿Considera importante que la realización del Plan Anual de Gestión (PAG) de la Delegada, se realice de manera concertada entre las cuatro direcciones? .....	77
Tabla 23. ¿Considera importante que las Direcciones de la Delegada trabajen de manera articulada? (n = 118).....	77
Tabla 24. Indique las razones por las cuales está o no de acuerdo con el trabajo articulado entre las Direcciones de la Delegada (n = 118).....	78
Tabla 25. ¿Las acciones de inspección y vigilancia se realizan de manera articulada con otras Direcciones de la Delegada? (n = 118) .....	79
Tabla 26. Cuenta de ¿Su trabajo se coordina con otra Dirección de la Delegada? (n = 118) .....	79
Tabla 27. Acciones de Inspección y Vigilancia con otras Direcciones, señale con cuáles ha participado (n = 118) .....	79
Tabla 28. ¿Ha realizado auditorías y/o acciones de Inspección y Vigilancia con otras Delegadas (n = 118).....	80
Tabla 29. De acuerdo con la pregunta anterior, señale la o las Delegadas con las cuales se ha realizado trabajo de inspección y vigilancia de manera articulada (n = 118) .....	81
Tabla 30. Resultados de Preguntas con Escala en Categoría Reprocesos (n = 118) .....	82

Tabla 31. Resultados de Preguntas con Escala en Categoría Reprocesos (n = 118) .....	83
Tabla 32. ¿Se realiza trabajo en equipo para dar solución a problemas complejos? (n = 118) .....	84
Tabla 33. Herramientas necesarias para desarrollar mejor el trabajo (n = 118) .....	85
Tabla 34. Resultados de Pregunta Opción Múltiple de Categoría Herramientas para desarrollar el trabajo .....	85
Tabla 35. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el proceso de inducción y/o reinducción recibida para desempeñar las funciones de su cargo? (n = 118).....	88
Tabla 36. ¿Considera importante la rotación del personal por otras Direcciones de la Delegada? (n = 118) .....	90
Tabla 37. ¿Cuáles son las consecuencias de una rotación del personal? .....	90
Tabla 38. ¿Considera importante hacer transferencia de conocimientos entre los funcionarios de la Delegada? (n = 118).....	91
Tabla 39. ¿Hay transferencia de conocimiento entre los funcionarios de la Delegada? (n = 118) .....	91
Tabla 40. ¿Siente que su carga laboral se encuentra alineada con las funciones asignadas y al cargo que desempeña? (n = 118).....	93
Tabla 41. ¿Considera que su trabajo contribuye a la defensa del derecho a la salud? (n = 118) .....	93
Tabla 42. ¿Considera importante la participación de los funcionarios en el levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? (n = 118) .....	94
Tabla 43. ¿Estaría dispuesto a ser parte en el ajuste o levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? (n = 118) .....	94



Tabla 44. ¿Considera que la comunicación interna entre todos los funcionarios de la Delegada es clara y fluida? (n = 118).....	95
Tabla 45. ¿Considera que en la Entidad se tiene un diálogo abierto para que sus ideas de mejora puedan ser tenidas en cuenta? (n = 118) .....	96
Tabla 46. ¿En un eventual rediseño institucional, considera importante el trabajo articulado entre las diferentes áreas de Inspección y Vigilancia que conduzcan a las acciones de Control? (n = 118) .....	96
Tabla 47. Matriz Hoshin Kanri.....	101
Tabla 48. Matriz Voice of Costumer.....	105
Tabla 49. Matriz SIPOC .....	108
Tabla 50. Matriz de Control .....	118

# 1. Introducción

La Superintendencia Nacional de Salud es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social y encabeza el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud viene en un proceso de transformación enmarcada en tres momentos importantes de su historia:

El primero desde su creación en 1977 vigilando la administración y prestaciones de servicios de salud al Seguro Social y su reorganización en 1990 como autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de Seguros Obligatorios, Previsión Social, Medicina Prepagada, Cajas de Compensación Familiar y Entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud; la liquidación, recaudo, giro y utilización de los recursos que se apliquen a tales actividades y la eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud.

(Presidencia de la República de Colombia, 1977)

El segundo momento está definido entre el año 1991 y 1994, en el cual se le confiere a la Entidad la facultad de ejercer funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con una amplitud del espectro de vigilados al Seguro de Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT, FOSYGA, Entidades Promotoras de Salud de los regímenes Contributivos y Subsidiados, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, Empleadores y Entidades Territoriales

(Departamentos, Distritos y Municipios). (Presidencia de la República de Colombia, 1994)

Y un tercer momento entre los años 2007-2013 en donde se crea en el año 2007 con la Ley 1122 el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social; acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios de salud. (Congreso de la República de Colombia, 2007)

Con adición de la función jurisdiccional y de conciliación, para lo cual se crean cinco Superintendencias Delegadas: a) Delegada Para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, b) Delegada para la Atención en Salud, c) Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, d) Delegada para las Medidas Especiales, e) Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Así mismo, se crearon cuatro oficinas transversales.

Ya para el año 2013 se reestructura de nuevo la Superintendencia Nacional de Salud a través del Decreto 2462 de 2013 con un cambio de filosofía volcando su interés en la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Para ello se fortalece la Delegada para la Supervisión Institucional con funciones de Inspección y Vigilancia con separación de las facultades sancionatorias a otra dependencia. Se crea la Delegada de Riesgos que busca identificar los riesgos de funcionamiento de los vigilados en materia operativa, tecnológica, jurídica y de salud y le hace seguimiento y vigilancia a la administración de los mismos. (Presidencia de la República de Colombia, 2013)

Es así cómo, para atender los nuevos retos de Inspección, Vigilancia y Control se modificó la planta de personal, y presentó el estudio técnico de que trata el artículo 46 de la

Ley 909 de 2004, modificado por el artículo 228 del Decreto Ley 019 de 2012 y los artículos 95 a 97 del Decreto 1227 del 2005, el cual obtuvo concepto favorable del Departamento Administrativo de la Función Pública. (Presidencia de la República de Colombia, 2013)

Y en virtud del Decreto 2462 de 2013 la nueva estructura incluye:

1. Despacho del Superintendente
2. Delegado para la supervisión de riesgos
3. Delegado para la protección al usuario
4. Delegado para la supervisión institucional
5. Delegado para las medidas especiales
6. Delegado de procesos administrativos
7. Delegado para la función jurisdiccional y de conciliación
8. Secretaria general
9. Organización en el territorio
10. Y las áreas de apoyo transversales

De este modo, se pasó de doscientos sesenta (260) funcionarios a setecientos quince (715) que prestan sus servicios a través de diferentes modalidades de vinculación, contando con el 23% de empleos de carrera administrativa, 64% en provisionalidad y el 13% de Libre Nombramiento y Remoción. Sin embargo, para la Entidad no ha sido suficiente este proceso de transformación institucional, toda vez que se apoya en la contratación de servicios personales por OPS, a efectos del cumplimiento misional de la Superintendencia Nacional de Salud. (Presidencia de la República de Colombia, 2013)

No obstante, la reestructuración institucional que trata el Decreto 2462 de 2013 y con los nuevos cambios normativos que se dieron en el año 2019 para la entidad, se ve avocada a plantearse nuevos retos de cara al país (Presidencia de la República de Colombia, 2013), toda vez que se le confirieron nuevos sujetos vigilados y más competencias de conformidad con la Ley 1955 de 2019 que modificó el artículo 98 de la Ley 488, creando la contribución de vigilancia a favor de la Superintendencia Nacional de Salud, en aras de apoyar el cubrimiento de los costos y gastos que ocasione el funcionamiento e inversión de la Entidad; así como la Ley 1966 de 2019 que creó el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, cuya dirección está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

Sin embargo, en el momento la Entidad tiene como Misión Institucional: Proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)

Como Visión Institucional: La Superintendencia Nacional de Salud será reconocida y respetada por sus decisiones técnicas y autónomas para garantizar el derecho a la salud oportuno y de calidad en el territorio nacional. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)

Y unos objetivos institucionales definidos de la siguiente manera:

1. Consolidar la Superintendencia Nacional de Salud como un organismo técnico, rector del Sistema de vigilancia, inspección y control.
2. Promover el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.
3. Fortalecer la inspección, vigilancia y control del aseguramiento en salud.

4. Fortalecer a través de mecanismos de IVC la oportunidad en la generación y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los regímenes especiales y exceptuados.
5. Promover y fortalecer la participación ciudadana para la defensa de los derechos de los usuarios del sector salud.
6. Adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa aplicando mecanismos de seguimiento a los agentes interventores, liquidadores y contralores y realizar inspección, vigilancia y control a las liquidaciones voluntarias con el fin de proteger los derechos de los afiliados y recursos del sector salud.
7. Proteger los derechos y reconocer las obligaciones y deberes de los distintos actores participantes en el sector salud, a través de las funciones jurisdiccionales y de conciliación.
8. Fortalecer la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional que es el proceso misional en el cual se centra nuestro trabajo, es la encargada de coordinar, supervisar, y velar por el correcto cumplimiento de las actividades de inspección y vigilancia en cuatro ejes fundamentales: Uno de ellos se enfoca en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); el segundo se enfoca en las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud; el tercero se enfoca en las direcciones territoriales de salud, departamentales, distritales y municipales; y el cuarto tiene como foco las entidades del orden nacional. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)

La inspección y Vigilancia que realiza esta superintendencia delegada se dirige hacia el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social frente al Aseguramiento, prestación de servicios, financiamiento y salud pública, y en las

auditorías de inspección y vigilancia que ésta realiza, debe propender porque que todas las entidades entreguen datos con calidad, oportunidad, suficiencia, pertinencia, fluidez y transparencia.

Para el cumplimiento de estas funciones la Delegada para la Supervisión Institucional cuenta con cuatro Direcciones, las cuales a su vez tienen grupos internos de trabajo que dinamizan la inspección y vigilancia del Sector Salud, de la siguiente forma:

De este modo y para el cumplimiento de las funciones de cada una de las áreas de la Superintendencia Nacional de Salud, se cuenta con un Sistema Integrado de Gestión y Planeación que refleja la sistematicidad de los procesos y procedimientos, en un ciclo PHVA que los orienta hacia la protección de los derechos de los colombianos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, enfocado en el beneficio de los ciudadanos de conformidad con la misión y visión institucional. (Superintendencia Nacional de Salud, 2017)

Todo lo anterior para indicar que cobra mayor importancia este trabajo de investigación, el cual pretende la optimización de un proceso misional de Inspección y Vigilancia al Sector Salud, con una sincronía de procedimientos interdependientes, que generen una respuesta más oportuna y efectiva a las necesidades de los usuarios del Sistema de Salud Colombiano.

De otro lado y con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales atribuidas a la Superintendencia Nacional de Salud y conforme con el marco normativo e instrucciones dadas a los vigilados frente a la recopilación y reporte de información a esta Superintendencia y a otras entidades de control, a través de la Circular Única y demás herramientas y sistemas de información del Sector Salud, esta Delegada deberá apoyarse en

la Oficina de Tecnologías de la Información - OTI y de la Oficina de Metodologías de Supervisión y Análisis de Riesgos con el fin de agilizar las acciones de Inspección y Vigilancia - IV y el cumplimiento de las funciones misionales, con los informes que se encuentran discriminados de la siguiente manera:

Estadísticas de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios:

- a) Reportes de peticiones, quejas, reclamos o denuncias-PQRD.
- b) Información financiera EPS, EMP, SAP, Regímenes de Excepción y Especiales.
- c) Indicadores de Calidad de EPS.
- d) Indicadores de Alerta Temprana.
- e) Indicadores de Autorizaciones.
- f) Indicadores de Afiliación.
- g) Indicadores de seguimiento Resolución 1552 de 2013.
- h) Indicadores de acceso por Covid-19 y demás información necesaria para la gestión de inspección y vigilancia de la Delegada.
- i) Otros que se deriven de las acciones de inspección y vigilancia.

A manera de información es importante mencionar que durante la vigencia 2020 se realizaron 349 actividades de Vigilancia (visitas, auditorías integrales, documentales y focalizadas) que sirvieron para la toma de decisiones, las cuales se muestra su distribución a través de la Tabla 1 (Auditorías de Inspección y Vigilancia y Planes de Mejoramiento) y Tabla 2 (Traslados a la Delegada de Procesos Administrativos) (Superintendencia Nacional de Salud, 2020a)



En la tabla 1 se muestra el desglose de las actividades de Auditorías de Inspección y Vigilancia realizadas por cada una de las direcciones durante el año 2020:

Tabla 1. Auditorías de Inspección y Vigilancia y Planes de Mejoramiento

<b>Dirección</b>	<b>Auditorías de Inspección y Vigilancia 2020</b>	<b>Planes de Mejoramiento 2020</b>
Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)	111	52
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS)	172	40
Entidades de Orden Territorial (EOT)	51	27
Entidades de Orden Nacional (EON)	6	0
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>119</b>

Fuente: Informe de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud. Año 2020

En la tabla 2 se muestra el desglose de las actividades de Traslados a procesos administrativos realizadas por cada una de las direcciones durante el año 2020:

Tabla 2. Traslados a procesos administrativos

<b>Dirección</b>	<b>2020</b>
Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)	336
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS)	87
Entidades de Orden Territorial (EOT)	184
Entidades de Orden Nacional (EON)	4
<b>Total</b>	<b>611</b>

Fuente: Informe de Gestión de la Superintendencia Nacional de Salud. Año 2020

Es importante destacar que se cuenta con información sobre el seguimiento de los procesos internos de cada una de las actividades, realizada por las Direcciones correspondientes, detallados en la tabla 3 en el año 2020:

Tabla 3. Seguimiento de los procesos internos.

<b>Dirección</b>	<b>Situación de Procesos Internos</b>	<b>2020</b>
	RADICADOS	52
	Aprobado	19
	En Ajuste	0

Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)	No Aprobado	12
	En Trámite de Secretaría Nacional de Salud	21
	En Términos de remisión por el vigilado	16
	RADICADOS	40
	Aprobado	22
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	No Aprobado	1
	En Trámite de Supersalud	17
	En Términos de remisión por el vigilado	3
	No radicados	39
	No Aplica	10
	RADICADOS	27
Entidades de Orden Territorial (EOT)	Aprobado	24
	No Aprobado	3
	No radicados	13
	No aplica	16
	No Aplica	3

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud, 2021.

En la tabla 4 se muestra el detalle de los planes de mejoramiento radicados y aquellos que se encuentran en estados diferentes:

Tabla 4. Detalles de Planes de Mejoramiento

Estado	Cantidad
Aprobado	19
En ajuste	0
No aprobado	12
En trámite de la SNS	21
En términos de remisión por el vigilado	16

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud 2020

Teniendo en cuenta la tipificación de los hallazgos encontrados, si estos tenían alcance disciplinario, fiscal o penal, se trasladaron a la Procuraduría General de la Nación, Contraloría General de la República de Colombia o Fiscalía General de la Nación, respectivamente. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020a)

En la tabla 5, se muestra el desglose los traslados hechos a los entes de control respectivos de conformidad con los hallazgos encontrados:

Tabla 5. Traslados a Entes de Control

Estado	No.
Contraloría General de la República	10
Procuraduría General de la Nación	8
Fiscalía General de la Nación	9
Entes Territoriales	33
<b>Total</b>	<b>60</b>

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (año 2020)

Adicionalmente, se realizaron visitas y auditorías relacionadas por otras barreras de acceso a los servicios de salud e incumplimiento con los protocolos COVID-19, encontrándose como principales hallazgos la no dispensación o entrega parcial de medicamentos e inoportunidad en la asignación de citas médicas y programación de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos.

Es importante destacar que, durante la vigencia 2020, se realizaron auditorías de generación de alerta temprana, aplicando un modelo de Supervisión Basado en Riesgo, adoptado mediante Resolución 4559 de 2018, las cuales consisten en el seguimiento de la gestión realizada por el vigilado durante un período, en el cual de manera cíclica se generan alertas sobre los ejes temáticos definidos, con el propósito que el vigilado formule e implemente las acciones de mejoramiento pertinentes, con el propósito de mitigar y controlar los riesgos identificados respecto de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del sistema, finalizando el proceso con un informe de resultados, que condensa tanto los avances del proceso, como los aspectos no subsanados y que se constituyen como hallazgos. (Superintendencia Nacional de Salud, 2018)

No obstante, todo lo realizado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud con base en el Informe de Gestión del año 2020 y dinámica de Inspección y Vigilancia, urge la necesidad de un trabajo articulado entre las direcciones que la componen con sus

respectivos grupos internos de trabajo, para ser más eficientes y llegar a más vigilados con indicadores que permitan la toma de decisiones de manera ágil frente a las respuestas que esperan los colombianos de mejora en el acceso a los servicios de salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020a)

De otra parte, si bien es cierto que se dispone de un Plan Anual de Gestión - PAG en el cual se incorporan anualmente las metas de las acciones a realizar durante el año, unido a unos proyectos de inversión que las soportan financieramente, con alineación estratégica y con el Sistema Integrado de Gestión; también es cierto que las acciones de inspección y vigilancia se desarrollan de manera individual por parte de cada una de las Direcciones para dar respuesta al porcentaje de ejecución del PAG como una Delegada; pero en la práctica cada Dirección responde individualmente por sus ejecuciones y no de manera articulada con las otras Direcciones, a efectos de formar una ciclo de acciones que alimenten el quehacer de cada una de ellas, como un engranaje de esfuerzos hacia el mismo fin. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020a)

Todo lo anterior conlleva a que se presente una desarticulación de actividades entre las diferentes Direcciones de la Superintendencia para la Supervisión Institucional, que genera reprocesos, desgaste administrativo y sobrecostos de operación que no favorece el dinamismo y producción de resultados efectivos y de impacto positivo en el Sector Salud.

Es así que, para efectos del presente trabajo, se tomó como referente uno de los procesos misionales de la Superintendencia Nacional de Salud, en cabeza de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional por ser la Delegada con mayor amplitud de acciones de Inspección y Vigilancia, como un piloto para que pueda replicarse en otras áreas funcionales y ser tenido en cuenta para futuros procesos de rediseño

institucional, teniendo en cuenta que con la Ley 1966 de 2019: *“POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES”*, se le atribuyen nuevas responsabilidades de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Nacional de Salud, que recaen directamente en el proceso misional en cabeza de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional o la homóloga que se cree para tal fin, con la inclusión de nuevos vigilados y líneas de acción. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

Todo esto en el marco del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, en un trabajo articulado con la Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la coordinación y dirección de ésta última, quien será la encargada de adelantar el proceso sancionatorio, en un nuevo escenario donde cobra relevancia el presente trabajo de ajuste en sus procesos internos a efectos de dar cumplimiento a la precitada Ley para el cumplimiento de las nuevas funciones.

Para este proyecto de investigación se formuló la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo optimizar el proceso misional de inspección y vigilancia de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud?

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

- Diseñar un plan de mejora al Proceso Misional de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional con articulación funcional entre las cuatro direcciones que la componen.

### 2.2. Objetivos específicos

- Realizar una valoración del proceso Misional de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud a través de los referentes teóricos.
- Generar un diagnóstico del proceso Misional de Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, identificando la situación actual y posibilidades de mejora.
- Establecer las categorías en las cuáles la Delegada para la Supervisión Institucional debe enfocar sus esfuerzos para alcanzar la optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia.

### 3. Justificación

La Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional realiza el proceso misional de Inspección y Vigilancia del Sector Salud, para lo cual dispone de cuatro Direcciones que abarcan la totalidad de vigilados de la siguiente forma:

1. Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades Administradora de Planes de Beneficios – EAPB es la encargada de realizar actividades de inspección y vigilancia a las EAPB para asegurar la garantía en la atención y prestación de servicios de salud, de conformidad con lo establecido en las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo, la verificación de los requisitos de autorización, revocatoria o suspensión de la autorización de funcionamiento de las EAPB y tiene los siguientes grupos internos de trabajo creados mediante los siguientes actos administrativos:

- a) Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Subsidiadas y otras EAPB, creado mediante Resolución 2618 del 06 de septiembre de 2016.  
(Superintendencia Nacional de Salud, 2016b)
- b) Grupo de Trabajo Financiero para Inspección y Vigilancia de EAPB creado a través de la Resolución 1627 del 01 de septiembre de 2015.(Superintendencia Nacional de Salud, 2015a)
- c) Grupo de Trabajo para Habilitación y Modificaciones de EAPB creado a través de la Resolución 1627 del 01 de septiembre de 2015.(Superintendencia Nacional de Salud, 2015a)

- d) Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Contributivas y otras EAPB, creado mediante Resolución 2721 del 13 de septiembre de 2016.  
(Superintendencia Nacional de Salud, 2016c)

2. Dirección de Inspección y Vigilancia para Prestadores de Servicios de Salud – PSS es la encargada de realizar actividades de inspección y vigilancia integral a los prestadores de servicios de salud sobre el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Seguridad Social en Salud, así como adelantar los estudios para determinar la viabilidad de las propuestas de modificación a la razón social, estatutos, cambios de composición de propiedad, y demás cambios de composición accionaria de las IPS. Igualmente, realizar Inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud individual y colectiva; cuenta con los siguientes grupos internos de trabajo:

a) Grupo de Gestión Administrativa y Legal de Prestadores de Servicios de Salud.

b) Grupo de Gestión Asistencial de Prestadores de Servicios de Salud.

c) Grupo de Gestión Financiera de Prestadores de Servicios de Salud, grupos creados mediante la Resolución 1241 del 02 de mayo de 2016. (Superintendencia Nacional de Salud, 2016a)

3. La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Territorial, es la encargada de realizar actividades de inspección y vigilancia integral a las Direcciones Territoriales de Salud departamentales, distritales y municipales sobre las actividades de supervisión adelantadas por estas a los sujetos vigilados, en relación con el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social frente al Aseguramiento, Prestación de Servicios, Financiamiento y Salud Pública, con los siguientes grupos internos de trabajo:



- a) Grupo de Inspección y Vigilancia a la Prestación de Servicios de Salud.
- b) Grupo de Inspección y Vigilancia al Aseguramiento en Entidades Territoriales.
- c) Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente de Salud Pública.
- d) Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente Financiero; todos estos grupos creados mediante la Resolución 1636 del 01 de septiembre de 2015. (Superintendencia Nacional de Salud, 2015b)

4. La Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades del Orden Nacional que es la encargada de realizar actividades de inspección y vigilancia a las Entidades del Orden Nacional (ADRES - COLJUEGOS), en cumplimiento a la normatividad que regula la generación, flujo, administración, recaudo y pago oportuno y completo de los aportes y aplicación de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud; propender que estas entidades entreguen datos con calidad, oportunidad, suficiencia, pertinencia, fluidez y transparencia; suministrar a la Superintendencia Nacional de Salud la información requerida para fijar los costos de supervisión y la liquidación de tasa de nuestros vigilados; ordenar el reintegro de los recursos del sector salud apropiados o reconocidos sin justa causa y cuenta con un grupo interno de trabajo:

- a) Grupo Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES), creado a través de la Resolución 61 de 14 de enero de 2016 y la Resolución 407 de 05 de febrero de 2019.

De esta forma, a través de las cuatro Direcciones se abarca la totalidad de vigilados del Sector Salud, siendo esta Delegada la que cuenta con uno de los procesos misionales con mayor área de influencia en el Sector Salud y de dónde se sugieren investigaciones de tipo administrativo, legal, fiscal, penal; además intervenciones administrativas, rediseños

institucionales, evaluaciones de Gerentes, entre otras acciones para las decisiones de fondo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Es así como, por tratarse de una Delegada con un campo de acción muy amplio, requiere que los procedimientos internos se articulen, a fin de evitar reprocesos que dilatan las decisiones que de allí se derivan, para trasladar por competencia las acciones de control que se deriven del procedimiento de Inspección y Vigilancia, hacia las acciones de Control que adelanta la Delegada de Procesos Administrativos Sancionatorios.

Igualmente, se espera que, con la propuesta de articulación entre las Direcciones, se brinde una respuesta oportuna a los requerimientos de los vigilados y que ésta no se vea afectada por la multiplicidad de funciones en manos de los servidores, que pudieran dilatar las respuestas institucionales que esperan los sujetos de inspección y vigilancia y, por consiguiente, evitar el malestar que esto genera.

De tal modo que, con una depuración de procedimientos internos y un debido estudio técnico de cargas laborales, se identifique la cantidad de personal requerido para atender la vigilancia e inspección de los sujetos vigilados con las nuevas funciones que le han sido asignadas legalmente y con un equilibrio en la asignación de tareas, evitando costos innecesarios de operación. De ahí la importancia de plantear la implementación de un modelo basado en indicadores de gestión de procesos, que le permitan a la Delegada el seguimiento de las actividades en cada Dirección con el cumplimiento de las metas institucionales.

Como consecuencia de lo anterior, se puede decir que el proyecto de investigación es muy pertinente en este momento, toda vez que puede usarse en otros escenarios en los cuales la Delegada pueda transformarse, a efectos de sincronizar sus actividades entre

Direcciones y equipos internos de trabajo, que lleven a los objetivos trazados en el Plan Anual de Gestión. Adicionalmente, será un proyecto que se puede aplicar en la realidad presente como en cualquiera otra en la cual se pretenda por un rediseño institucional que abarque las funciones de Inspección y Vigilancia al Sector Salud.

Igualmente, que este trabajo de investigación permitirá identificar las razones de orden estructural, humano, tecnológico y de cultura organizacional que actualmente dificultan el trabajo articulado y sistémico entre las Direcciones y grupos internos de trabajo para solucionar los cuellos de botella que detienen procesos importantes al interior de la Delegada.

Este proyecto de investigación es importante para la entidad porque además que se encuentra incurso en un proceso de transformación, su viabilidad se evidencia en los bajos costos para adelantar el trabajo, el acceso a la información pública emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, se dispone del personal hacia el cual está orientada la investigación con la respuesta a la encuesta dispuesta por el equipo investigador y los tiempos definidos para su ejecución, aspectos que son favorables para el desarrollo del proyecto, tal como define en la tabla 6 en la cual se evalúan factores a tomar en cuenta para su viabilidad:

Tabla 6. Viabilidad del Proyecto

<b>Criterio</b>	<b>Viabilidad o Facilidad (siendo 1 menor y 5 mayor)</b>
Acceso a la información	4
Procesamiento estadístico o disponibilidad de software	4
Desarrollo de entregables en el tiempo	5
Calidad de la información	4
Costos de la investigación	5
Promedio	4.4

Fuente: Elaboración propia

Se logra determinar que se tiene como elementos fuertes de la investigación el desarrollo de entregables y el costo de la investigación, este último es de bastante relevancia al momento de presentar la información cuando la entidad se interese en el proyecto, puesto que el enfoque va dirigido hacia una adecuación correcta de recursos más no agregar o incurrir en gastos para desarrollarla.

Adicional a eso se determina que el acceso a la información, la calidad de la información y el procesamiento estadístico o disponibilidad de software también son viables en este proyecto por lo que se dispone de información pública y herramientas tecnológicas que facilitan el desarrollo de la investigación.

## 4. Marco de referencia

El marco de referencia está basado en la recopilación de la literatura necesaria para el desarrollo de la investigación y que servirá como el fundamento teórico bajo el cual se decidirá implementar una metodología de trabajo para hacer un análisis de la situación actual, estudiar la información recopilada y generar un plan con propuestas de mejora que vayan orientados a que se trabaje de manera articulada y haciendo uso óptimo de sus recursos.

### 4.1. ¿Qué es la Calidad?

El tema de la calidad es bastante extenso, puesto que no existe una definición clara de calidad, se tienen muchos significados para diferentes personas, de acuerdo a la dimensión que se esté estudiando, en tal sentido, «según el Instituto Federal de la Calidad (FQI) identifica una dimensión primaria de calidad (desempeño) y varias secundarias: confiabilidad, durabilidad, conformidad, disponibilidad, y oportunidad» (FQI,1991, p.2 citado por Martin, 1993).

El término calidad hace referencia en principio a satisfacer las necesidades del cliente y las expectativas de este de manera razonable mediante la búsqueda continua de la perfección en conformidad a los requisitos que el cliente expone (Vargas, 2007).

A su vez, La calidad puede ser un concepto bastante subjetivo, en parte porque las personas la ven en forma parcial y en relación con los diferentes criterios basados en sus funciones individuales en la cadena de valor. Además, su significado continúa evolucionando conforme la calidad crece y madura. Ni los asesores ni los profesionales están de acuerdo con una definición universal (Evans, Lindsay, 2015).

«En la mayor parte de industrias la calidad del producto es definida por los clientes, estos eligen si les gusta o no un artículo, lo recomiendan a sus amigos, escriben en una reseña en línea, etc.» (Mannon, 2015). Es así como en el área de la salud «la calidad también se define desde la perspectiva del cliente. El paciente es la persona que en última instancia debería estar feliz con la atención médica que recibió. El paciente quiere saber que recibió la atención médica que necesitaba y deseaba, y que no pagó de más ni se hizo pruebas innecesarias ni adquirió enfermedades adicionales.» (Mannon, 2015).

Otra de las particularidades de la calidad en el área de la salud es el doble papel que desempeña el paciente, ya que es quien paga por el servicio y a la vez es el “artículo” que recibe el servicio; esto muestra la importancia de la perspectiva del paciente e indica en que la calidad debe ser enfocada en el paciente (Mannon, 2015).

Tomando en cuenta los criterios anteriores se establece que un servicio de calidad permite a la organización desarrollar una ventaja competitiva en el mercado, «Una reputación de alta calidad genera cliente satisfechos y leales que recompensan a la organización con fidelidad continua y favorable publicidad de boca a boca, lo que a menudo resulta en nuevos clientes. En contraste las consecuencias de no abordar la calidad en forma adecuada pueden ser devastadoras,» (Evans, Lindsay, 2015).

#### ***4.1.1. Calidad en el Servicio***

El servicio se define como el conjunto de actividades, actos o hechos de duración y localización definida, brindados por medios humanos y/o materiales con el fin de satisfacer a un cliente o colectivo de clientes tomando en cuenta sus necesidades, expectativas e intereses (Vargas, 2007)

Las organizaciones orientadas a la calidad en el servicio deben orientarse a incorporar valor durante el diseño, producción y entrega, para garantizar con ello la satisfacción, los deseos, y expectativas de los clientes dentro del contexto de eficacia, logrando con esto que se genere una lealtad del cliente hacia la organización como también que se genere una publicidad boca a boca por parte de este (Vargas, 2007).

## 4.2. Filosofía Kaizen

El termino Kaizen proviene de dos palabras japonesas Kai (Cambio) Zen (Bueno, mejor) y tiene como objetivo una mejora continua a través de cambios mínimos y constantes en los procesos y procedimientos existentes en búsqueda de mejorar los resultados, paralelamente se genera una cultura de pertenencia por parte de todos los colaboradores con el fin de adquirir un compromiso para realizar de la mejor manera sus actividades. (Cinco Minutos, 2016)

En gran medida una de las grandes ventajas y elemento diferenciador de la filosofía es que genera un trabajo en conjunto de todos los actores que participan en los procesos, para determinar a través de una lluvia de ideas los problemas que se perciben y en qué manera estos pueden ser resueltos, de esta manera los colaboradores se identifican como parte importante y adquieren un alto compromiso en ejecutar con máxima perfección su trabajo.

### *4.2.1 Aplicaciones del uso del Kaizen*

**Gestión de la Calidad:** Su objetivo principal es la búsqueda de la mejora de la calidad y a través del modelo de Total Quality Management (TQM) se motiva a encontrar una aproximación de la calidad perfecta o cero defectos. (Cinco Minutos, 2016).

La teoría de cero defectos se basa en realizar los procesos sin tener ningún defecto, esto resulta un tanto inconquistable, pero fomenta la cultura de los colaboradores a buscar constantemente la perfección; el concepto se basa en un enfoque más amplio que consiste en: cero retrasos, cero papeles, cero existencias, cero defectos y cero averías. (Cinco Minutos, 2016).

**Mejora en la Productividad:** Su objetivo principal es la optimización de los procesos; una de las herramientas utilizadas es el Single-Minute Exchange to die (SMED) la cual busca determinar el menor tiempo de preparación necesario entre un proceso y otro. Adicional a lo anterior se hace uso de la herramienta Just InTime (JIT) la cual tiene como objetivo tener todos los recursos necesarios en el momento y lugar adecuados durante los procesos para con ello evitar los retrasos e interrupciones. (Cinco Minutos, 2016).

**Mejora en las condiciones de trabajo:** Tiene como objetivo el acondicionamiento adecuado de las condiciones del entorno de trabajo de los colaboradores. La metodología utilizada para alcanzar dicho objetivo es el de las 5S, cuyo significado se desglosa de la siguiente manera: Seiri (Intentar), Seiton (Guardar), Seiso (Limpiar), Seiketsu (Ordenar) y Shitsuke (Ser riguroso). (Cinco Minutos, 2016)

#### ***4.2.2 Implementación de Kaizen.***

La metodología Kaizen es un ciclo único, repetitivo y corto, el cual se desarrolla a través de 4 etapas de desarrollo: Análisis Preliminar, Elección de los equipos de trabajo y círculos de calidad, Aplicación y cálculo de los resultados, feedback.

#### **Primera Etapa, Análisis Preliminar.**

Esta etapa tiene como objetivo identificar los aspectos de mejora para los procesos y/o procedimientos, causas que impidan a la organización alcanzar el estado de cero



defectos o situaciones anteriormente identificadas pero que aún no han sido posibles solventar; una de las herramientas que puede utilizarse durante esta etapa es el Diagrama de Ishikawa o de Espina de Pescado. (Cinco Minutos, 2016).

El diagrama de Ishikawa busca determinar las causas que originan el problema (efecto) de acuerdo con los siguientes factores: Medida, Material, Mano de Obra, Método y Medio.

Con el fin de contrastar los resultados obtenido con la aplicación de la metodología Kaizen, debe de identificarse mediante una lista de detallada de indicadores la situación actual del proceso, para lo cual puede evaluarse:

- Duración del procedimiento.
- Cantidades Producidas.
- Tasa de satisfacción
- Los residuos.
- El coste. (Cinco Minutos, 2016)

### **Segunda Etapa, Elección de los equipos de trabajo y de los círculos de calidad.**

En esta etapa se determinan a los participantes de Proyecto Kaizen, que deben de agruparse en equipos de trabajo, los cuáles deben de tomar en cuenta a todos los colaboradores que sean parte del proceso, con el fin que se determine la mayor tormenta de ideas posibles que aborde de manera precisa la problemática a solventar. (Cinco Minutos, 2016)

### **Tercera Etapa, La aplicación y el cálculo de resultados.**

Durante esta etapa se procede al desarrollo del proyecto Kaizen, se aplican las ideas aportadas durante la etapa anterior y se mide la evolución e impacto de lo implementado para posteriormente volver a clasificarlos.

### **Cuarta Etapa, El Feedback.**

Esta etapa, durante una nueva reunión de los equipos de trabajo, se aborda una retroalimentación de lo desarrollado durante la etapa dos y el contraste global respecto a los resultados que se obtuvieron en la etapa tres.

## **4.3. Ciclo PHVA**

PHVA, el ciclo de planificar, hacer, verificar y actuar, se encuentra basado en el método científico (la parte que corresponde a planificar, hacer y verificar), pero abarca más allá del mismo. El ciclo PHVA va más allá del experimento y el aprendizaje del experimento, se transforma a un ciclo de mejora continua a través del paso "Actuar". El término "Actuar" en ese sentido lo asociamos a una acción reflexiva, que incluye la decisión consciente y responsable de no actuar en absoluto. A medida que se implementa la etapa de "Actuar", se convierte el aprendizaje puntual en aprendizaje continuo y el ciclo sigue y sigue y sigue y el aprendizaje continúa y continúa y continúa. (Wilson, 2015).

Para poder entender sobre la evolución que ha tenido el Ciclo PHVA es necesario conocer como diversos autores han contribuido al crecimiento de la idea original, en este sentido en la Tabla 7 se presenta de manera resumida cada uno de los acontecimientos que brindaron un aporte a la evolución del Ciclo PHVA.

Tabla 7. Evolución de PHVA desde los Gurú de la Calidad.

<b>Año</b>	<b>Gurú</b>	<b>Acontecimiento</b>	<b>Descripción</b>
1930	Walter A. Shewhart	A Shewhart se le debe el ciclo de la calidad PHVA, también conocido como círculo PDCA o espiral de mejora continua, las siglas corresponden a Plan, Do, Check, Act (planificar, hacer, verificar, actuar), los cuatro pasos de la estrategia.	Considerado como una estrategia de mejora continua de la calidad en la administración de una organización, muy utilizado por los sistemas de administración de la calidad. Los resultados de la implementación de este ciclo permiten a las mejora continua, las siglas corresponden a Plan, Do, Check, Act (planificar, hacer, verificar, actuar), los cuatro pasos de la estrategia.
1950	William Edwards Deming	Desarrolla las ideas de Shewhart mediante el concepto de calidad total de procesos y Kaizen.	Deming promovió las ideas de Shewhart en Japón desde 1950 en adelante, desarrolló algunas de sus propuestas metodológicas acerca de la inferencia científica y utilizó su ciclo (Shewhart cycle). La relación Shewhart y Deming dio como resultado trabajos sobre la productividad durante la Segunda Guerra Mundial. Aplicó y divulgó el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), tanto que en algunas esferas es también conocido como Círculo de Deming o Ciclo de Deming (PREA- EREA): PREA significa: planificar - realizar - evaluar - actuar. EREA significa: “estandarizar - realizar - evaluar - actuar”.
1956	Armand Feigenbaum	Teniendo como base la estructura del ciclo PHVA establece sus enseñanzas a los japoneses y años más tarde (1986) fortalece el control total de calidad.	El ciclo PHVA permite como resultantes características del producto y del servicio, que satisfacen las expectativas del cliente; mediante las actividades de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y

			mantenimiento, llevando a las pautas para el mejoramiento de la calidad.
1979	Philip Crosby	Publica su teoría de cero defectos, las 5S y sus 14 pasos.	Crosby tiene el pensamiento del ciclo PHVA para su teoría de cero defectos, cuyos principios son: la calidad se define como cumplimiento de requisitos, el sistema de calidad es la prevención, el estándar de realización es cero defectos y la medida de la calidad es el precio del incumplimiento.
1985	Joseph M. Juran	Desarrollo de los conceptos de trilogía de la calidad y de costos de calidad.	Juran referencia el ciclo PHVA en su concepto líder, de la trilogía de procesos, la cual interrelaciona la Planeación de la calidad, el control de la calidad y la mejora de la calidad.
1985	Kaoru Ishikawa	Desarrollo de la ingeniería de procesos, sus siete herramientas estadísticas y los círculos de calidad.	Para el planteamiento de las siete herramientas de la calidad, Ishikawa se basó en el ciclo PHVA y en los gráficos de control de Shewhart. Años más tarde, estos conocimientos y prácticas lo llevaron a la propuesta de los círculos de calidad, con el argumento de que potencian el desarrollo de habilidades, trabajo en equipo y rotación para la mejora de los procesos en las organizaciones.

Fuente: Elaboración propia, Tomado Ciclo de la Calidad PHVA 2015

El ciclo Deming, PHVA o Ciclo de Calidad representa un instrumento utilizado para la mejora continua en los procesos, contribuyendo a la ejecución de estos de manera organizada y a la búsqueda de ofrecer estándares de calidad altos del producto o servicio ofrecido por las organizaciones; se fundamenta en cuatro pasos: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar. (Zapata, 2015)

Dentro de las herramientas de mejora continua el ciclo de calidad representa una de las más usadas, ya que brinda a las organizaciones una oportunidad de encontrar una renovación en sus procesos y adecuarse de manera oportuna al entorno.

A través de la etapa de planeación se establecen los objetivos, metas e indicadores, además se explica cuál será la metodología por implementar para alcanzar dichos objetivos y metas. Luego, se procede durante la etapa de hacer a desarrollar cada una de las actividades planteadas de acuerdo con los planes estratégicos, operativos y tácticos.

Posteriormente durante la etapa de verificación se contrasta los resultados obtenidos con los requisitos de ley, los clientes y normativas técnicas previamente establecidas. De dicho contraste, durante la etapa de actuar se procede a plantear estrategias para mejorar o mantener los procesos, se establecen dependiente de lo que se hubiera detectado acciones correctivas, preventivas y de mejora, luego de esta fase se procede a continuar con la nueva etapa de planeación para establecer un nuevo ciclo. (Zapata, 2015)

#### **4.4. Lean Management**

Como parte de la metodología de mejora continua, se encuentra la implementación de Lean Management, la cual consta de dos elementos principales como lo son: Trabajo Estándar y disciplina. (Deslisle, 2015)

Este sistema proporciona la estructura a partir del cual se pueden desarrollar con éxito todas las estrategias de mejora desplegado. Una filosofía subyacente en el sistema es la disciplina para adherirse al trabajo estándar y la responsabilidad. Como con cualquier sistema, las herramientas y conceptos acompañan a la filosofía de gestión ajustada para crear disciplina y lograr resultados. Se obtendrán resultados positivos si los procesos se gestionan de forma eficaz.

«Las organizaciones de hoy buscan diferentes estrategias y métodos de trabajo para incrementar la calidad de sus productos, procesos y servicios, y reducir costos para seguir siendo competitivos en un mercado altamente globalizado. En este sentido, un alto nivel de calidad y un costo reducido son ventajas competitivas para las empresas; entonces, estos son temas importantes para el éxito empresarial a largo plazo. Una metodología aceptada internacionalmente es la SS, que ha sido adoptada por varias empresas para reducir la variación de sus procesos y productos». (Tapla, Limón, Baéz, Salinas, 2014)

#### ***4.4.1 Trabajo Estándar***

«El trabajo estándar es un elemento central de la gestión ajustada, siendo este la base para la mejora. La responsabilidad de seguir bajar los estándares no excluye a los líderes. Para una persona en un liderazgo o gerencia, el trabajo estándar se traduce en listas de verificación diarias y expectativas regulares.» (Deslile, 2015)

Es importante la supervisión de los líderes más sin embargo es de mayor importancia que los líderes vean de cerca los problemas que se presentan durante la ejecución de los procesos y conozcan a profundidad como funciona cada etapa del proceso, a través de la verificación y observación.

#### ***4.4.2 Disciplina***

«La forma más efectiva de mejorar el rendimiento general de los procesos es establecer las expectativas, proporcionar la educación y el apoyo necesarios para alcanzarlas, y mantener a los colaboradores responsables de los resultados. Es una cuestión de voluntad personal y esfuerzo. En administración sabemos cuáles son las tareas estándar claves con las que deberíamos estar trabajando. Sin embargo, la mayoría los líderes carecen

de la disciplina para hacerlos. La disciplina requiere un compromiso diario con el trabajo estándar del líder». (Deslile, 2015)

La metodología Lean se compone de actividades un conjunto de prácticas, herramientas o técnicas de gestión que se orientan a mejorar el trabajo. Las actividades Lean se dividen en dos tipos, los cuáles se describen a continuación:

- **Actividades de Evaluación:** Su enfoque es el análisis para identificar desperdicios y áreas de posible mejora. Estas actividades permiten a los miembros del equipo ver problemas e identificar oportunidades para reducir el desperdicio y realizar mejoras, pero no prescriben soluciones específicas. Las actividades de evaluación ajustada incluyen VSM, diagramas de espagueti, RPIW, caminatas Gemba y análisis de la causa raíz. (Rotter, et al. 2019)

- **Las actividades de mejora Lean** sugieren formas específicas de reducir el desperdicio, mejorar el lugar de trabajo y establecer nuevas prácticas laborales. Estos incluyen acciones y conceptos como eventos 5S, producción nivelada, DVM (incluida la gestión de suministro Kanban), trabajo estándar y técnicas de parada de línea. (Rotter, et al. 2019).

## **4.5. Six Sigma**

Six Sigma es una filosofía empresarial centrada en la satisfacción del cliente. Utiliza una metodología que reduce el desperdicio al reducir la variación en los procesos mediante herramientas estadísticas y administrativas, mejorando significativamente la calidad de cualquier proceso. Si se combina el sistema Lean Six Sigma con otros elementos, puede convertirse en una filosofía, una metodología y un conjunto de herramientas muy potentes

que permiten integrar la experiencia acumulada durante todo el proceso de mejora.

(Socconini, 2019).

«El objetivo de SS es aumentar las ganancias al eliminar la variabilidad, los defectos y el desperdicio que socavan la lealtad del cliente. Entonces, SS es una metodología rigurosa y sistemática que utiliza información y análisis estadístico para medir y reducir la variación, mejorando el desempeño operativo de una organización, identificando y previniendo las causas fundamentales de los defectos en los procesos de fabricación y relacionados con el servicio con el fin de superar las expectativas de todas las partes interesadas. para lograr la efectividad.» (Tapla, 2014)

«Six Sigma tiene como principal característica el involucramiento de la Dirección de la Organización durante el seguimiento de logros y resultados, implica una alta responsabilidad por los resultados y revisiones continuas para el aseguramiento de los resultados» (Pande y Holpp, 2002 citado por Tapla, 2014). A gran escala Six Sigma permite generar un sistema de gestión práctico para la mejora continua basada en cuatro áreas claves:

- Comprender y gestionar los requisitos del cliente.
- Alinear los procesos claves para lograr los requisitos del cliente.
- Usar análisis de datos rigurosos para comprender y minimizar la variación de los procesos claves.
- Llevar a cabo una mejora rápida y sostenible de los procesos comerciales. (Tapla, 2014)



### 4.5.1 Ciclo DMAIC

Existen diversas metodologías enfocadas a la mejora continua, entre ellas se resalta Six Sigma la cual tiene como principal objetivo la aplicación de un método de investigación para todo aquel proceso que agregue valor para el cliente, adicional a eso se busca el desarrollo de acciones que le permitan a la organización elevar la satisfacción del cliente, mediante la aplicación de métodos estadísticos que permitan una toma de decisiones basada en datos (Garza, González, Rodríguez, Hernández, 2016).

La metodología DMAIC le permite a la organización el uso de datos para la toma de decisiones y la verificación de estas antes de comprometer recursos, mediante el desarrollo de 5 fases que proporcionan un enfoque común y estructurado para la resolución de problemas (McCarty, Daniels, Bremer, Gupta, 2005).

En la tabla 8 se hace una descripción de cada una de las fases que componen el proceso DMAIC.

Tabla 8. Etapas, Objetivos, Preguntas a responder y Herramienta de DMAIC

<b>Etapas</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Pregunta a Responder</b>	<b>Herramientas</b>
<b>Definir</b>	Identificar aspectos claves de la organización, definir clientes, sus requisitos y los procesos claves que pueden afectar a los clientes, es decir identificar posibles proyectos de mejora.	¿Qué es importante para el negocio?	Diagrama Pareto, diagrama de flujo de proceso, histograma, oz del cliente, lluvia de ideas, árbol crítico de la calidad, entre otras.
<b>Medir</b>	Identificar las causas claves del problema para la recogida de datos en el proceso objeto de estudio.	¿Cómo nos va con el proceso actual?	Diagrama entrada-proceso-salida, análisis de capacidad de proceso, gráfico Pareto, gráficos de control.

<b>Analizar</b>	Analizar los datos (procesarlos) recogidos, para determinar cuáles son las causas del mal funcionamiento de los procesos.	¿Qué está mal con el proceso actual?	Diagrama de causa efecto, matriz de relación, correlación y regresión, análisis de varianza, muestreo.
<b>Mejorar</b>	Generar posibles soluciones al problema detectado e implementar las más convenientes.	¿Qué se debe hacer para mejorar el proceso? ¿Cómo garantizamos el	Técnicas analíticas, pruebas piloto
<b>Controlar</b>	Establecer un plan de controles que garanticen que la mejora alcanzará el nivel deseado.	desempeño para que las mejoras se mantengan en el tiempo?	Planes de control, gráficos de control, capacidad de proceso.

Fuente: Elaboración propia, tomado de Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa.

#### ***4.5.2 Lean y Six sigma en el área de la salud***

El principal enfoque de la metodología Lean se basa en la eliminación de desperdicio, pero para poder alcanzar este objetivo se debe de implementar una cultura organizacional orientada a la disciplina y receptiva al pensamiento Lean. Dicha metodología tiene como objetivo brindar valor al cliente/paciente asegurando que todos los procesos agreguen dicho valor y haciendo uso eficiente de los recursos con los que cuenta la organización y solo es posible si se integra la participación y compromiso de la alta dirección y el personal subalterno. (Yaduvanshi, Sharma, 2017).

La metodología Six Sigma busca reducir las variaciones de los procesos mediante la aplicación de rigurosos métodos de control estadístico y se acompaña de un enfoque de estandarización de procesos en el cual se garantiza la satisfacción del cliente por el servicio brindado. (Yaduvanshi, Sharma, 2017).

Al trabajar en conjunto ambas metodologías permiten a la organización aumentar la calidad del servicio brindado y al mismo tiempo reducir potencialmente los costos, la insatisfacción de los pacientes y los riesgos que implican los procesos. Mientras que a través de Lean se establece una reducción rápida de los cuellos de botella en los procesos, Six Sigma ofrece una rigurosidad en los servicios ofrecidos a manera de alcanzar una mayor y mejor calidad (Yaduvanshi, Sharma, 2017).

La metodología Lean y Six Sigma ofrece al sector salud el hacer un uso eficiente de sus recursos ofreciendo a los pacientes (usuarios) un servicio de calidad, orientado a generar valor al servicio ofrecido en cada una de las etapas del proceso y satisfaciendo con ello sus necesidades y expectativas.

## 5. Marco institucional

En este capítulo se presenta el conjunto de condiciones institucionales que enmarcan a la Superintendencia de Salud como la entidad que tiene como visión la protección de los derechos en salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en el país y que a través de la Delegada para la Supervisión Institucional de desplegar uno de los principales procesos de inspección y vigilancia del Sector Salud, lo que le permite a la investigación enfocarse en el entorno de trabajo bajo el cual se desarrollará el presente trabajo.

### 5.1. Reseña Histórica

En 1977 la Entidad surge con el nombre de "Superintendencia de Seguros de Salud", con el fin de ejercer control y vigilancia sobre la administración, los servicios y prestaciones de la salud de los seguros sociales obligatorios, de acuerdo con las normas del Sistema Nacional de Salud, como sujeto el Instituto de Seguros Sociales -ISS. (Presidencia de la República de Colombia, 1977)

Para 1989 el Congreso de la República aprobó la Ley 15 de 1989, a través de la cual se expidieron normas sobre la organización, financiamiento y control de los servicios de salud y la asistencia pública, reorganizando las funciones de la Superintendencia y cambiando su denominación al de Superintendencia Nacional de Salud. (Congreso de la República de Colombia, 1989)

En 1990 se reorganiza la Superintendencia, mediante el Decreto-Ley 1472 y se le establece como objeto el de ser autoridad técnica en materia de inspección, vigilancia y control de: a) la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de Salud de los Seguros Sociales Obligatorios, de la Previsión Social, la Medicina Prepagada y de las

Entidades que contratan servicios de salud con el subsector oficial del sector salud y las cajas de compensación familiar; b) sobre la liquidación, recaudo, giro, cobro y utilización de los recursos que se apliquen a tales actividades y demás acciones de la salud, cualquiera que sea su origen; y, c) la eficiencia en la obtención y aplicación de los recursos en las entidades del subsector oficial del sector salud, agregando nuevos sujetos, como son: las Entidades de Previsión, Empresas de Medicina Prepagada, Cajas de Compensación Familiar (salud), licorerías. (Congreso de la República de Colombia, 1990)

En el 2007 surge la Ley 1122 por medio de la cual se crea el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual quedó en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, con base en los siguientes ejes: financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de atención en salud pública, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales, información y focalización de los subsidios en salud. Adicionalmente, le fueron otorgadas las facultades de la función jurisdiccional y de conciliación, para poder ser eficaz en la atención de las necesidades de los usuarios del sistema y ejerce vigilancia sobre nuevos actores como lo son los regímenes especiales y exceptuados. (Congreso de la República de Colombia, 2007)

Con el Decreto 1018 de 2007 (30 de marzo), se modifica la estructura y fortalece la entidad en virtud de las competencias otorgadas en la Ley 1122; donde establece cinco (5) Superintendencias Delegadas: Superintendencia Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para Salud, Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, Superintendencia Delegada para las Medidas Especiales, Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación. Cuatro Oficinas: Oficina Asesora

Jurídica, Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Control Interno y Oficina de Tecnología de la Información y la Secretaria General. (Presidencia de la República de Colombia, 2007)

En el año 2013, se reestructura de nuevo la Superintendencia de Salud, a través del Decreto 2462 de este mismo año, luego de que el Plan de Desarrollo del presidente Juan Manuel Santos ordenara un cambio de filosofía para la entidad, con el fin de que la Superintendencia se volcara a la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud. Fue así como se centralizaron los trámites de las PQR en una sola delegada denominada "Protección al Usuario".(Presidencia de la República de Colombia, 2013)

Posteriormente, con la Ley 1949 y 1966 de 2019 se le confieren nuevas competencias a la Superintendencia Nacional de Salud y en cabeza de ésta se creó el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, para lo cual se fundamenta un rediseño institucional que está en proceso de aprobación. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

## **5.2. Posición en el mercado**

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud, consagrándolo como un derecho autónomo e irrenunciable en sus dimensiones individual y colectiva, que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. Así mismo, la precitada Ley establece como obligación del Estado ejercer una adecuada

inspección, vigilancia y control mediante un órgano o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.

El artículo 154 de la Ley 100 de 1993 prevé la intervención del Estado en el servicio público de seguridad social en salud con el fin de desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la seguridad social en salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993)

En consecuencia, la Superintendencia Nacional de Salud por delegación del Presidente de la República, ostenta las facultades preferentes de Inspección, Vigilancia y Control sobre los agentes que, de manera directa o indirecta, garanticen la prestación de los servicios de salud a los colombianos, con los criterios de calidad que merecen y en protección del Derecho fundamental a la Salud. De lo cual se colige que no existe otra entidad en el Sector Salud, que ostente iguales o mejores competencias debido a que es el único órgano técnico en cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

### **5.3. Referentes Estratégicos**

Los referentes estratégicos de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentran inmersos en su plataforma estratégica, como la guía que orienta el desarrollo de cada una de las acciones determinadas en los procedimientos internos.

### ***5.3.1. Misión Institucional***

Proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020)

### ***5.3.2. Visión Institucional***

La Superintendencia Nacional de Salud será reconocida y respetada por sus decisiones técnicas y autónomas para garantizar el derecho a la salud oportuno y de calidad en el territorio nacional. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020)

### ***5.3.3. Objetivos Institucionales***

Los objetivos institucionales son metas previamente establecidas por los altos directivos de la entidad, entre los cuáles se tienen:

- a) Consolidar la Superintendencia Nacional de Salud como un organismo técnico, rector del sistema de vigilancia, inspección y control.
- b) Promover el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.
- c) Fortalecer la inspección, vigilancia y control del aseguramiento en salud.
- d) Fortalecer a través de mecanismos de IVC la oportunidad en la generación y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los regímenes especiales y exceptuados.
- e) Promover y fortalecer la participación ciudadana para la defensa de los derechos de los usuarios del sector salud.
- f) Adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa aplicando mecanismos de seguimiento a los agentes interventores, liquidadores y contralores y



realizar inspección, vigilancia y control a las liquidaciones voluntarias con el fin de proteger los derechos de los afiliados y recursos del sector salud.

g) Proteger los derechos y reconocer las obligaciones y deberes de los distintos actores participantes en el sector salud, a través de las funciones jurisdiccionales y de conciliación.

h) Fortalecer la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud.

#### ***5.3.4. Organigrama***

En la figura 1 se presenta el organigrama que ampara el nuevo Rediseño Institucional y cómo se encuentra constituida la Superintendencia Delegada para las EAPB y Compañías de Seguros de Salud:

Figura 1. Organigrama de la Superintendencia Nacional de Salud-Rediseño Institucional

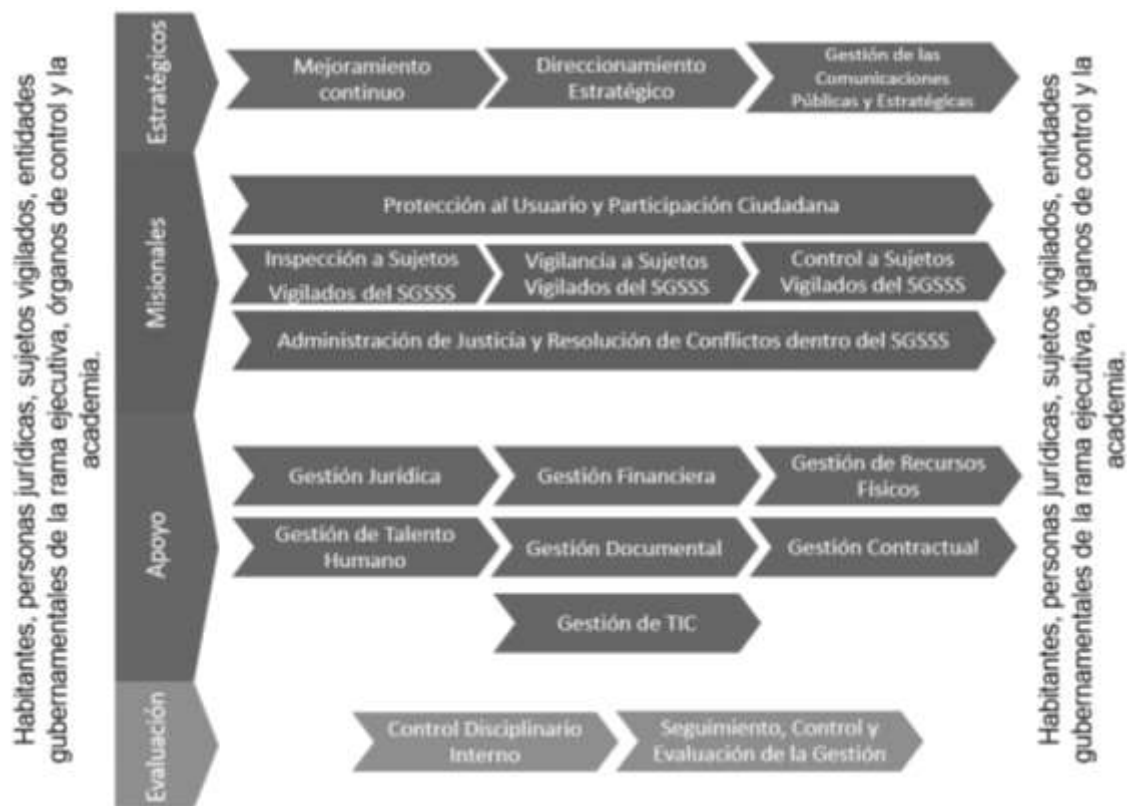


Fuente: Elaboración Propia, Tomado de la página de la SUPERSALUD

### 5.3.5 Mapa de Procesos

El mapa de procesos nos permite conocer sobre la estructura que representa el centro de la investigación, a continuación, se presenta en la figura 2 el Mapa de procesos relacionado a la Superintendencia Nacional de Salud.

Figura 2. Mapa de Procesos Superintendencia Nacional de Salud



Fuente: Elaboración Propia, Tomado del Manual de Operaciones del Sistema Integrado de Gestión, (2017) ASMN02 en Versión 6 de la Superintendencia Nacional de Salud.

## 6. Diseño metodológico

### 6.1. Enfoque

El enfoque de investigación será de carácter descriptivo, mediante el análisis de la situación actual de los procesos y procedimientos de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud, a efectos de identificar los parámetros e indicadores con los que se cuenta en el momento; haciendo uso de la información previa que la Superintendencia Nacional de Salud tenga como referencia.

El enfoque de Lean Management busca establecer condiciones para que los procesos y procedimientos tengan una mejora continua y se consiga con ello una mejor calidad en sus resultados optimizando recursos tomando como eje principal de acción el usuario (Clúster Salud, 2016). Mientras que busca complementarse con la reducción de errores durante la ejecución de los procesos a través de la aplicación de metodología Seis Sigma, la cual a su vez sirve como medición de la realización de un proceso en cuanto a su nivel de servicio de acuerdo con sus especificaciones (Valderrey Sanz, 2011).

Se combinarán los resultados del estudio comparativo y las herramientas de Lean Management y Seis Sigma para obtener un nuevo modelo optimizando el proceso, para el cual se determinará los elementos necesarios para su implementación

#### *6.1.1. Definición de Variables*

Los atributos que se tomarán en cuenta para medir el desarrollo de la investigación se establecen de la siguiente manera:

- Costos.
- Tiempo

- Satisfacción de Cliente.
- Eficiencia Institucional.

### ***6.1.2. Definición conceptual***

Costos: Asociados a los costos en los que se incurren durante el desarrollo del proceso.

Tiempo: Asociado a la duración de los tiempos de ciclos de los procesos.

Satisfacción de Cliente: Asociado al grado de apreciación del usuario/cliente respecto a lo esperado vs. lo obtenido y de qué manera esto se convierte en una buena/mala experiencia para el usuario.

Eficiencia Institucional: Asociado al grado de cumplimiento de las metas institucionales planteadas al inicio del año.

### ***6.1.3- Definición operacional***

Costos: Se establece como unidad de medida el peso colombiano, se determinará el monto de este atributo a través del Talento Humano. (Personal involucrado a los procesos)

Tiempo: Se establece como unidad de medida los minutos, se determinará a través de un estudio de tiempos y movimiento de los procesos en estudio, con el fin de determinar un tiempo de ciclo total.

Satisfacción de Cliente: Se establecerá como el promedio del grado de satisfacción del cliente con respecto al proceso, a través del cumplimiento de los tiempos estándar que se ofrecen para la resolución de los requerimientos.

Eficiencia Institucional: Se establecerá como el porcentaje de ejecución de las metas institucionales del Plan Anual de Gestión y de las actividades contingentes a la inspección y vigilancia del sector salud.

#### **6.1.4. Fases de la investigación**

Las fases que se desarrollarán durante la investigación serán las siguientes:

##### **Fase 1: Definir**

Se hará uso de un Diagrama de flujo de proceso, mediante el cual se identificará aspectos claves de la organización, cada una de las etapas y los elementos que componen el proceso de estudio.

##### **Fase 2: Medir**

Se hará uso de un análisis de capacidad del proceso y gráficos de control, para poder identificar las causas claves que generan el problema y proceder con la recolección de datos.

##### **Fase 3: Analizar**

A través de la implementación del diagrama de pescado, mediante el cual se plasmarán las causas del mal funcionamiento del proceso a analizar, adicional a eso se apoyará de un análisis de varianza que servirá para procesar los datos recogidos.

##### **Fase 4: Mejora**

Se propondrán las posibles soluciones al problema detectado y mediante el uso de técnicas analíticas se evaluarán las más convenientes.

##### **Fase 5: Controlar**

Haciendo uso de planes de control se establecerá una propuesta que garantice que la mejora alcance el nivel deseado.

Análisis Interno:

El análisis interno permite conocer la situación actual de la entidad bajo la cual se desarrolla la presente investigación, aportando mediante el uso de las herramientas respectivas una radiografía de la entidad.

El análisis DOFA/FODA es una herramienta de fácil uso y de rápida implementación que sirve para que cualquier institución pueda tomar las mejores decisiones basadas en un análisis minucioso de la situación actual considerando tanto los factores internos (fortalezas y debilidades) como los factores externos que le afectan (oportunidades y amenazas) y mediante ello generar un conjunto de estrategias a implementarse. (Sánchez, 2020)

Se hizo un análisis DOFA a partir del Plan Estratégico Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud tomando como referencia la Misión y Visión, los objetivos institucionales, los principios institucionales, los valores institucionales y las políticas, que son referentes estratégicos que le sirven a la institución para trazar el camino de lo que se busca alcanzar y que utilizara la institución para alcanzarlo, el análisis FODA nos sirva de punto de partida de cómo se encuentra la institución actualmente y luego de eso proyectar estrategias basadas en los factores internos y externos que intervienen en la institución

En la tabla 9, se presenta un análisis de la Superintendencia Nacional de Salud, realizado a través de la herramienta DOFA.

Tabla 9. Análisis DOFA Superintendencia Nacional de Salud.

<b>ANÁLISIS DOFA SUPERSALUD REFERENTES ESTRATÉGICOS</b>				
<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
<b>Misión Y Visión</b>	Se cuenta con presencia en el ámbito nacional para la atención de los requerimientos de los usuarios	Falta de trabajo articulado entre las Delegadas del nivel central y con las regionales.	Interés de la Alta Gerencia por alcanzar un trabajo articulado y efectivo entre todas las áreas que la componen	Reprocesos que inciden en la oportunidad de respuesta al usuario y afectación de la imagen institucional.
<b>Objetivos Institucionales</b>	Se cuenta con mejores herramientas sancionatorias para la defensa del derecho a la salud. Se ha fortalecido las acciones de inspección y vigilancia y de la participación ciudadana en todas las regiones del país.	Reprocesos por falta de trabajo articulado entre las Delegadas del nivel central y con las regionales que encarecen la gestión administrativa	Se cuenta con equipo técnico y comprometido para el cumplimiento del plan estratégico.	Acciones legales por demora en trámites o gestión institucional.
<b>Principios Institucionales</b>	Equipo técnico de trabajo con claridad que la vida y salud del usuario es el principal objetivo institucional. Se ha avanzado en la gestión de la sostenibilidad del medio ambiente y en la salvaguarda de los bienes públicos.	La mayoría de personal no ingresa por meritocracia. Se debe apropiar por la Alta Dirección que el Talento Humano es su mejor capital. No hay continuidad de los procesos implementados en detrimento financiero.	Tener la potestad de vinculación laboral por medio de Concurso de méritos y/o Concursos Internos de ascenso.	Fuga de cerebros que conocen del Sector Salud hacia otras entidades. Ingreso de personas con otras competencias duras que llegan a aprender conocimientos del Sector como trampolín para otros cargos públicos.



<b>Valores Institucionales</b>	Se cuenta con funcionarios comprometidos que denuncian presuntas irregularidades en el interior de la entidad. Servidores con excelentes conocimientos técnicos y con sentido de pertenencia.	Las adherencias con los valores institucionales deben provenir desde la Alta Gerencia para su efectiva apropiación al resto de funcionarios. Aumento en las denuncias por acoso laboral y falta de objetividad en la evaluación de desempeño. Desbalance en las cargas laborales. Falta de compromiso de algunos funcionarios que afecta la misión institucional.	Implementación de un riguroso y efectivo estudio de cargas laborales. Órganos colegiados como el Comité de Convivencia Laboral, Comisión de Personal, Sindicato y en ocasiones actitud propositiva de la Administración.	La falta de apropiación de los valores institucionales desde el ejemplo, afecta en el clima organizacional al igual que la falta de equidad en la asignación de tareas y el reconocimiento por la labor desempeñada.
	Las políticas están bien estructuradas y apuntan a la misión y visión institucionales.	La difusión y capacitación de las políticas y su marco normativo no están apropiadas debidamente, principalmente con los directivos quienes participan poco con las diferentes iniciativas.	Socialización y capacitación de las políticas y sus efectos legales, así como una medición continua a todos los funcionarios de su apropiación.	Afectación en el clima organizacional. Deficiencias en el desempeño de funciones.

Fuente: Elaboración propia

Del análisis realizado a partir del Plan Estratégico Institucional mediante los referentes estratégicos (Misión, Visión, Objetivos, Principios, Valores y Políticas) se hace una propuesta de posibles estrategias que se establecen en la figura 3 para poder aprovechar las oportunidades, disminuir los riesgos ocasionados por las amenazas, potencializar las fortalezas y minimizar las debilidades de la entidad.

Figura 3. Análisis de Matriz DOFA

<b>FACTORES</b>	<b>FACTORES INTERNOS</b>	<b>Fortalezas</b>	<p>Funcionarios comprometidos que denuncian presuntas irregularidades en el interior de la entidad.</p> <p>Servidores con excelentes conocimientos técnicos y con sentido de pertenencia.</p> <p>Herramientas sancionatorias para la defensa del derecho a la salud.</p> <p>Gestión de la sostenibilidad del medio ambiente y en la salvaguarda de los bienes públicos</p>	<b>Debilidades</b>	<p>Falta de trabajo articulado entre las Delegadas del nivel central y con las regionales.</p> <p>Desbalance en las cargas laborales.</p> <p>Falta continuidad de los procesos implementados.</p> <p>Denuncias por acoso laboral y falta de objetividad en la evaluación de desempeño</p>
	<b>FACTORES EXTERNOS</b>				
<b>Amenazas</b>	<p>Acciones legales por demora en trámites o gestión institucional.</p> <p>Fuga de cerebros hacia otras entidades del sector salud.</p> <p>Uso de la institución como trampolín para alcanzar otros cargos públicos</p>	<b>Estrategias FA</b>	<p>Fortalecer la capacitación de los funcionarios y la apropiación institucional de principios y valores a fin de lograr adherencia a los procesos y disminuir la rotación de los funcionarios.</p>	<b>Estrategias DA</b>	<p>Fortalecer el trabajo articulado entre las Delegadas.</p> <p>Establecer programas de estímulos que hagan atractiva la permanencia en la entidad.</p> <p>Generar mecanismos de integración que permitan dar continuidad a los procesos y disminuir la carga laboral generada por los reprocesos.</p>
<b>Oportunidades</b>	<p>Se ha fortalecido las acciones de inspección y vigilancia y la participación ciudadana en todas las regiones del país.</p> <p>Tener la potestad de vinculación laboral por medio de Concurso de méritos.</p>	<b>Estrategias FO</b>	<p>Visibilizar a la entidad frente al ciudadano mostrando su Misión y la importancia del ejercicio de Inspección y Vigilancia de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Alcanzar un Balance positivo entre los funcionarios vinculados por concursos de méritos y concurso interno de acenso versus otros tipos de contratación.</p>	<b>Estrategias DO</b>	<p>Apropiación de los valores institucionales desde el ejemplo, equidad en la asignación de tareas y el reconocimiento por la labor desempeñada.</p> <p>Socialización y capacitación de las políticas y sus efectos legales, así como una medición continua a todos los funcionarios de su apropiación</p>

Fuente: Elaboración Propia

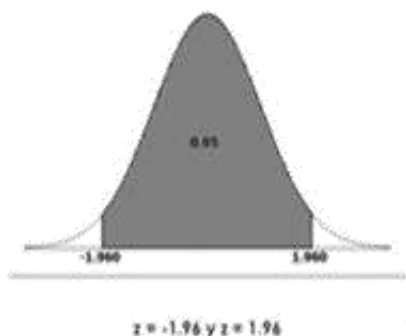
## 6.2. Población y Muestra

Mediante la delimitación del muestreo a aplicar durante la investigación permite definir los alcances de la propia investigación para hacer el análisis de la entidad. En tal sentido, se presenta en la Tabla 10 los elementos que componen el muestreo para la presente investigación.

Tabla 10. Ficha Técnica de Muestreo

<b>Título</b>	Encuesta a los funcionarios y Contratistas de Superintendencia Delegada para la Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud
<b>Responsables</b>	Estudiantes de Maestría en Ingeniería en Procesos y Maestría en Administración de Empresas de Salud
<b>Cobertura</b>	Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud
<b>Unidad de análisis</b>	Funcionarios y contratistas de Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
<b>Periodo</b>	Agosto 2021
<b>Tipo de Muestreo</b>	Muestreo Aleatorio Simple MAS
<b>Tipo de entrevista</b>	Directa, a través de correo electrónico

### Calculo de Muestra



$$n = \frac{Z^2 NPQ}{NE^2 + Z^2 PQ}$$

Población (N)	% Nivel de Confianza	Coefficiente de confianza (Z)	Error Máximo permitido	Valor de P	Valor de Q
171	0.95	1.96	0.05	0.5	0.5
<b>Tamaño de la Muestra</b>					118

Fuente: Elaboración Propia.

## 7. Diagnóstico organizacional

Durante el desarrollo del trabajo de investigación, se tuvo noticias en el mes de febrero que la Superintendencia Nacional de Salud se encontraba incurso en un proceso de rediseño institucional, situación que llevó a los Maestranes a redefinir el avance del trabajo adelantado. Sin embargo, el enfoque que se le dio al trabajo no fue obstáculo porque se trata de la optimización al proceso de Inspección y Vigilancia a los sujetos vigilados como quiera que sea la estructura administrativa de la Entidad.

Es así que, durante la recolección de información sobre la situación actual que presenta la Delegada para la Inspección y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se utilizó la información pública que posee la entidad y se diseñó una encuesta segmentada en 9 criterios bajo los cuáles se enfocaba la investigación, dicha encuesta fue revisada por un docente desde la parte metodológica y conceptual en donde se realizaron algunos ajustes respectivos a los ítems; la encuesta iba dirigida a los funcionarios y contratistas que laboran en las cuatro Direcciones de la Delegada para la Supervisión Institucional, quienes de manera voluntaria e individualmente la respondieron sin que la Superintendencia Nacional de Salud se vinculara en manera alguna al proceso de investigación, razón por la cual solo se observa una respuesta voluntaria por parte de un funcionario del equipo Directivo.

Así las cosas, la encuesta dirigida (Ver Anexo A) a todos los servidores de la Delegada para la Supervisión Institucional en los empleos Directivos, Profesionales, Técnicos y Asistenciales, con base en la información planteada y la ficha técnica de la población y muestra, se elaboró mediante 37 preguntas que se agruparon en 9 categorías

orientadas a identificar las situaciones internas que permitieran establecer un diagnóstico, con información de primera mano de cómo se realizan los procedimientos internos en la delegada.

## 7.1. Procesamiento estadístico de datos

En este apartado, se presenta un resumen de los resultados obtenidos a través de las encuestas hechas a los funcionarios, para eso se presenta a través de categorías bajo las cuáles se agrupo las preguntas y respuestas:

### 7.1.1 Categoría: Datos psicosociales

En esta categoría se agrupan las preguntas necesarias para conocer cómo se encuentra conformada la muestra, es decir, rango de edad, tipo de empleo, tiempo de servicios, grupo interno al que pertenece, etc., como a continuación se detalla en cada una de las preguntas:

La tabla 11, se evidencia el rango de edad de los 118 participantes, quienes son servidores públicos de la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional que desempeñan sus funciones en los diferentes grupos internos de las cuatro Direcciones que la componen, con un 56% de personas entre los 34 y 49 lo que demuestra una importante trayectoria en el Sector Salud, seguido de un 26% de personas próximas a pensionarse y un 18% de servidores en edades entre los 18 y 33 años.

Tabla 11. Rango de Edad al que pertenece (n = 118)

Respuesta	n	(%)
18-25	2	2%
26-33	19	16%
34-41	28	24%
42-49	38	32%
50-57	15	13%
58-65	16	13%

Fuente: Elaboración Propia.

Así mismo en la Tabla 12, se puede observar que la mayoría de funcionarios (69%), son mujeres lo cual resalta la predominancia del género femenino en la Superintendencia Nacional de Salud, como una respuesta que la Entidad ha dado al compromiso de Colombia, reflejado en el marco normativo y en el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” que, por primera vez, incluye un capítulo específico de género denominado “Pacto de equidad para las mujeres”, que busca el cierre de brechas de desigualdad entre mujeres y hombres; además del compromiso de la Agenda 2030 para acelerar la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres.

Tabla 12. Género (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Femenino	82	69%
Masculino	36	31%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 13, se observa que de los 118 encuestados el 45% de las personas se encuentran vinculadas en provisionalidad mientras se surte el Concurso de Méritos en la Comisión Nacional del Servicio Civil, seguido del 30% de servidores con nombramiento en carrera administrativa y un 25% de personas en contratos de prestación de servicios.

Puede decirse que, de los 120 funcionarios en carrera administrativa que existen en la Superintendencia Nacional de Salud, el 29% se encuentran en la Delegada para la Supervisión Institucional, que muestra el espíritu de permanencia dentro de la Entidad y el perfil profesional requerido para llevar a cabo las funciones propias de Inspección y Vigilancia a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, toda vez que sus edades oscilan entre los 34 a 65 años y ostentan los más altos grados en los empleos del nivel profesional.

Tabla 13. Calidad de Servidor (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Asistencial	2	2%
Carrera administrativa	35	30%
Contrato de prestación de servicios personales	29	25%
Libre nombramiento y remoción	1	1%
Provisional	53	45%

Fuente: Elaboración Propia.

Adicionalmente, en la tabla 14, se encuentra que los servidores con mayor trayectoria en el Sector Salud, que ostentan derechos de Carrera Administrativa y con nombramiento en provisionalidad, se encuentran al servicio de la Entidad por encima de los 6 años en un 79%, lo que demuestra su conocimiento de la Delegada para la Supervisión Institucional y su espíritu de permanencia.

Tabla 14. Tiempo de Servicio en la Entidad (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Menor de un Año	4	3%
De 1 a 5 Años	45	30%
De 6 a 10 Años	56	50%
Mayor de 11 años	23	17%

Fuente: Elaboración Propia.

La participación de los servidores se realizó desde todos los grupos internos de trabajo que componen la Delegada para la Supervisión Institucional, permitiendo con ello una percepción del trabajo que se realiza al interior, desde diferentes ópticas que apunten a concluir la dinámica del trabajo articulado que se pretende demostrar.

Tabla 15. Grupo de trabajo al que pertenece (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Subsidiadas y otras EAPB	19	16%
Grupo de Trabajo Financiero para Inspección y Vigilancia de EAPB	14	12%
Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Contributivas y otras EAPB	12	10%
Grupo de Gestión Financiera de Prestadores de Servicios de Salud	12	10%
Grupo de Inspección y Vigilancia al Aseguramiento en Entidades Territoriales	10	8%
Grupo de Gestión Administrativa y Legal de Prestadores de Servicios de Salud	9	8%
Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente de Salud Pública	8	7%
Grupo de Trabajo para Habilitación y Modificaciones de EAPB	8	7%
Grupo de Inspección y Vigilancia a la Prestación de Servicios de Salud	7	6%
Grupo Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES)	7	6%
Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente Financiero	6	5%
Grupo de Gestión Asistencial de Prestadores de Servidores de Salud	6	5%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 16 se constata que el mayor número de respuestas obtenidas, fueron brindadas por los profesionales, nombrados en provisionalidad, de carrera administrativa y/o contratistas, quienes componen la mayoría de los servidores que desempeñan sus funciones en la Delegada para la Supervisión Institucional.

Tabla 16. Identificación del Empleo (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Profesional	109	92%
Técnico	6	5%
Directivo	1	1%
Asistencial	2	2%

Fuente: Elaboración Propia.

### ***7.1.2 Categoría: Conocimiento de la Delegada Para la Supervisión Institucional***

Mediante esta categoría se pretende conocer el grado de conocimiento que los servidores tienen sobre la Delegada, esto con el fin de identificar si se requiere esfuerzos



adicionales para la apropiación del conocimiento y se evite la falta de este hace que existan reprocesos en las diferentes actividades que realicen.

En la tabla 17, se evidencia que, en su mayoría, es decir el 64% de los encuestados, manifestaron tener un buen conocimiento de las diferentes funciones que se adelantan en las cuatro direcciones que componen la Delegada para la Supervisión Institucional, lo que nos permite inferir que el tiempo de servicio y el tipo de empleo, permite la apropiación del conocimiento de tales funciones.

Tabla 17. ¿Conoce las funciones de las diferentes Direcciones de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Muy bien	16	14%
Bien	59	50%
Poco	28	24%
Muy poco	14	12%
Nada	1	1%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 18, siguiendo la dinámica de conocimiento de la Delegada, el 73% de los funcionarios manifestaron no encontrarse de acuerdo con los tiempos definidos para la entrega de informes de auditoría tal como está definido en el procedimiento interno, lo que supone una revisión interna que adecúe los tiempos a la realidad del proceso de auditoría.

Tabla 18. ¿Considera que el tiempo definido en el procedimiento interno para la entrega de los informes de auditoría, es el adecuado? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Muy De acuerdo	0	0
De acuerdo	27	23%
Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	18	15%
En desacuerdo	48	41%
Muy en desacuerdo	25	21%

Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo con la tabla 19, La Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con la estructura definida en el Decreto 2462 de 2013 para la desconcentración de

funciones y delegación de funciones a nivel Departamental o Distrital como lo define la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011a), cuenta con el apoyo de siete regionales distribuidas en el país de la siguiente forma:

- Regional Norte con Sede en Barranquilla
- Regional Andina con Sede en Medellín
- Regional Sur con Sede en Neiva
- Regional Occidental con Sede en Cali
- Regional Nororiental con Sede en Bucaramanga
- Regional Chocó con Sede en Quibdó
- Regional Orinoquía con Sede en Yopal

Las cuales además de atender las PQR de los colombianos en la región, realizan notificaciones personales, por aviso, citaciones, otras comunicaciones y apoyo procesos de auditoría en el sitio, para fortalecer el trabajo de la Superintendencia Nacional de Salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2020)

De tal forma que los funcionarios de la Delegada para la Supervisión Institucional a la pregunta formulada, respondieron en un 63% estar de acuerdo con el apoyo que brindan las regionales a las auditorías en el sitio, situación que se fortalecerá en un futuro rediseño institucional cuando la estructura cambie para tal fin.

Tabla 19. ¿Considera que las auditorías realizadas por las Regionales son de gran ayuda para las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Muy de acuerdo	12	10%
De acuerdo	51	43%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	41	35%
En desacuerdo	12	10%
Muy en desacuerdo	2	2%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 20 se observa que la gran mayoría de funcionarios desconoce el Plan Anual de Gestión, con un total de 67% de la muestra, como un indicativo que debe socializarse, divulgarse y permitir la participación de los funcionarios de manera diferente a como se realiza actualmente, con el fin de llegar al mayor número de funcionarios.

Tabla 20. ¿Conoce cuál es el objetivo del Plan Anual de Gestión (PAG) en lo concerniente a las actividades de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
No	79	67%
Si	39	33%

Fuente: Elaboración Propia

Frente a esta pregunta sobre el conocimiento que los funcionarios tienen de la Delegada para la Supervisión Institucional, es preciso indicar que el Plan Anual de Gestión institucional (en adelante PAG), es un deber definido en el Decreto 775 de 2005 por cada vigencia fiscal, con la participación de todos los servidores públicos de la Entidad para su elaboración y consolidación, contiene los objetivos, metas, actividades e indicadores de la entidad, que permitan hacer seguimiento y evaluación a la gestión misional y administrativa de la Entidad. (Presidencia de la República de Colombia, 2005)

De tal suerte que en el PAG se involucran las acciones de Inspección y Vigilancia programadas anualmente en la Delegada para la Supervisión Institucional, con unas metas propuestas a las cuales se debe dar cabal cumplimiento al final del año.

Sin embargo, se observa que las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada definidas en el PAG, no son del conocimiento de los servidores en un 67%, lo cual advierte una acción de mejora en la socialización y participación real de todos los funcionarios como lo determina la ley. En el mismo sentido, en la tabla 21 se observa que cuando se

preguntó las razones por las cuales los funcionarios no conocen el PAG, se obtuvo 118 respuestas resumidas en siete razones principales, que son coincidentes con el ejercicio realizado por la Entidad, en el Plan Estratégico Institucional y Desarrollo Administrativo – PEIDA 2019-2022, en el cual mediante una DOFA que se muestra en la figura 3, identificó como debilidades: La falta de capacitaciones en temas específicos del área y falta de unificación de criterios.

Figura 4. Matriz DOFA del PEIDA 2019-2022

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidad de recurso económico.</li> <li>• Capacitación y experiencia del personal - auditorías, subsistemas, temas varios.</li> <li>• Disposición, conocimiento y compromiso del personal.</li> <li>• Implementación de buenas prácticas de gestión - procesos, procedimientos, lineamientos, instrumentos.</li> <li>• Canales internos de comunicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de capacitaciones en temas específicos del área.</li> <li>• Afectación en el desarrollo normal de la ejecución presupuestal.</li> <li>• Falta de herramientas tecnológicas.</li> <li>• Falta de divulgación de actividades y funciones de impacto al interior de la SNS.</li> <li>• Falta unificación de criterios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de la planeación estratégica.</li> <li>• Colaboración interinstitucional con Ministerios, función pública - Metodologías del sector y gobierno.</li> <li>• Divulgación y posicionamiento en el sector por impacto de funciones.</li> <li>• Definir mejores prácticas en los procesos y procedimientos contractuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios de directivos -alta dirección- y profesionales.</li> <li>• Pérdida de credibilidad.</li> <li>• Cambios de normatividad y lineamientos externos e internos.</li> <li>• Aplazamiento y/o reducción de recursos de inversión.</li> <li>• Concentración de la función jurisdiccional</li> </ul>

Fuente Elaboración Propia, basado en Planeación Estratégica 2020, SNS

Esto para indicar que la mayoría de las personas que respondieron conocer o no el PAG, indicaron que no fue socializado adecuadamente, no se entendió o es un trabajo de Planeación como una actividad ajena al desarrollo de sus funciones, que no les motiva su consulta, sino al equipo que lo construyó para los informes mensuales de seguimiento a la ejecución del PAG.

Tabla 21. Si no conoce el PAG, indique las razones, seleccione uno o varios motivos (n = 118)

Respuesta	n	(%)
No he tenido tiempo de revisarlo	29	23%
No hubo suficiente socialización	48	39%
Es un trabajo de Planeación	21	17%
No lo he comprendido	17	14%
Lo conozco	7	6%
Debe ser mejor la inducción o reinducción	1	0,5%

No fuimos invitados a participar de su elaboración	1	0,5%
--	---	------

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 22, es concluyente que el 90% de los funcionarios de la Delegada para la Supervisión Institucional consideran importante que el PAG se realice de manera concertada entre las cuatro direcciones que integran la Delegada, como una actividad conjunta y de conocimiento de todos los funcionarios.

Tabla 22. ¿Considera importante que la realización del Plan Anual de Gestión (PAG) de la Delegada, se realice de manera concertada entre las cuatro direcciones?

Respuesta	n	(%)
Muy de acuerdo	64	54%
De acuerdo	43	36%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	11	9%

Fuente: Elaboración Propia

### **7.1.3 Categoría: Articulación de funciones en la delegada**

Con esta categoría se busca conocer sobre el grado de articulación de funciones que existe actualmente en la delegada, esto mediante las preguntas hechas en los funcionarios. En la tabla 23 se observa que la mayoría de los funcionarios, es decir el 99% considera importante que las Direcciones de la Delegada trabajen de manera articulada, con el fin de aprovechar recursos existentes y tener mejor respuesta a los vigilados.

Tabla 23. ¿Considera importante que las Direcciones de la Delegada trabajen de manera articulada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Si	117	99%
No	1	1%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 24 se evidencia los motivos bajo los cuáles los funcionarios creen necesario que se deba de trabajar de manera articulada entre las direcciones dentro de la

delegada, teniendo como principal motivo el que se evite reprocesos, se optimicen los recursos y exista una transferencia de conocimiento entre las direcciones.

Tabla 24. Indique las razones por las cuales está o no de acuerdo con el trabajo articulado entre las Direcciones de la Delegada (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Se evita reprocesos	45	23%
Optimización de recursos: talento humano, financieros, tiempo, etc.	38	20%
Trasferencia de conocimientos	27	14%
Respuesta a mayor número de vigilados	25	13%
Oportunidad de respuesta al vigilado	21	11%
Mejor inspección y vigilancia integral	15	8%
Oportunidad en el repositorio de la información integral de cada vigilado.	13	7%
Fortalecimiento de la imagen institucional y generación de valor	8	4%
Permite fortalecer procesos y generar acciones de mayor impacto	1	1%

Fuente: Elaboración Propia

Con las Tablas 23, 24, 25 y 26 buscó evidenciar si existe un trabajo articulado entre las cuatro Direcciones de la Delegada para la Supervisión Institucional y si a los funcionarios les parece importante que se realicen acciones conjuntas entre Direcciones, donde se puede observar en la tabla 23 que el 99% consideraron su importancia; en la Tabla 24 el 58% de los funcionarios manifestó no existir articulación entre Direcciones frente a un 42% que afirmó realizarse en conjunto.

Vemos entonces que en la tabla 24, los funcionarios manifestaron la importancia del trabajo articulado entre las cuatro Direcciones de la Delegada por cuanto esto redundaría en oportunidad en la respuesta al vigilado, optimización de los recursos internos de la Entidad, posibilidad de transferencia de conocimiento, unificación de conceptos, mejora en la imagen institucional con generación de valor, evita reprocesos, se tiene información integral por cada vigilado y se llega a más cobertura del accionar de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros beneficios.

Adicionalmente, al preguntar en la tabla 25, si el trabajo de los funcionarios se coordinaba con otra Dirección de la Delegada, el 43% manifestó que nunca o casi nunca; el 40% indicó que ocurre ocasionalmente y el 26% afirmó que existía esa articulación.

Todo lo cual lleva a la conclusión que las cuatro Direcciones que componen la Delegada, deberían coordinarse entre sí, toda vez que se han realizado ejercicios de articulación que han surtido efectos positivos para adelantar una inspección y vigilancia a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera más efectiva, en menos tiempo y con respuestas más oportunas a los vigilados y usuarios.

Tabla 25. ¿Las acciones de inspección y vigilancia se realizan de manera articulada con otras Direcciones de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
No	68	58%
Si	50	42%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 26 se puede evidenciar que los trabajos que se coordinan con otra dirección de la delegada son pocos ya que no existe un grupo amplio de funcionarios que justifique que siempre se realice.

Tabla 26. Cuenta de ¿Su trabajo se coordina con otra Dirección de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Siempre	8	7%
Casi Siempre	27	23%
Ocasionalmente	40	34%
Casi Nunca	24	20%
Nunca	19	16%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 27. Acciones de Inspección y Vigilancia con otras Direcciones, señale con cuáles ha participado (n = 118)

Respuesta	n	(%)
-----------	---	-----

Ninguna	41	35%
Dirección de Inspección y Vigilancia para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios	33	28%
Dirección de Inspección y Vigilancia para los Prestadores de Servicios de Salud	18	15%
Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades Territoriales	23	19%
Dirección de inspección y vigilancia Entidades del Orden Nacional	3	3%

Fuente: Elaboración Propia

Por su parte, al preguntar si las acciones de Inspección y Vigilancia se realizan con otras Delegadas que realizan acciones de inspección y vigilancia, se observa en la tabla 28 que se buscaba identificar si es posible que las acciones misionales puedan articularse de tal forma que el actuar misional llegue a más vigilados, de manera integral y oportuna.

En este punto, el 61% de los funcionarios opinaron que nunca o casi nunca habían realizado acciones conjuntas con otras Delegadas, el 31% que se habían realizado ocasionalmente y el 8% que siempre lo habían realizado.

De lo anterior podemos inferir que, si es posible realizar y articular las acciones misionales con otras áreas de Inspección y Vigilancia de manera coordinada, de tal suerte que se tenga un paneo de lo actuado por cada vigilado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de manera integral, con información consolidada, optimización de recursos y pronta respuesta al requirente.

Tabla 28. ¿Ha realizado auditorías y/o acciones de Inspección y Vigilancia con otras Delegadas (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Siempre	0	0%
Casi siempre	9	8%
Ocasionalmente	37	31%
Casi nunca	26	22%
Nunca	46	39%

Fuente: Elaboración Propia



En la tabla 29, se evidencia que se ha realizado algún trabajo con otras Delegadas, pero que, en su mayoría, es decir el 61% de los funcionarios opinaron no haberse efectuado trabajo articulado con ninguna de ellas, el 31% ocasionalmente y el 8% que casi siempre lo hacían.

Con esto se puede decir que si de manera eventual, se han realizado acciones de inspección y vigilancia conjuntas con otras Delegadas, se puede articular acciones que lleven a una vigilancia integral desde las competencias de otras Delegadas, bien sea para determinar riesgos en el aseguramiento en salud, garantizar la protección al usuario o para adelantar intervenciones a los vigilados, toda vez que las diferentes Delegadas tienen acciones sobre los mismo vigilados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tabla 29. De acuerdo con la pregunta anterior, señale la o las Delegadas con las cuales se ha realizado trabajo de inspección y vigilancia de manera articulada (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Ninguna	46	39%
Delegada de Protección al Usuario	32	27%
Delegada de Riesgos	21	18%
Delegada de Medidas Especiales	19	16%

Fuente: Elaboración Propia

#### **7.1.4 Categoría: Reprocesos**

Esta categoría buscar conocer sobre la percepción que tiene los funcionarios respecto al tema de reprocesos dentro de las actividades que realiza la Superintendencia Delegada para la Inspección y Vigilancia, para ello se efectuaron 3 preguntas de las cuáles se presentan los resultados a continuación:

En la tabla 30, se evidencia que los funcionarios establecen en su mayoría que casi siempre las contingencias generan alteración en la programación de las acciones de

Inspección y Vigilancia de la Delegada, esto como consecuencia que dentro de las programaciones de la Delegada no son tomadas en cuenta y se programa un conjunto de actividades, pero durante el desarrollo de estas se toma como prioridad las contingencias que van saliendo de manera imprevista. Además, se determina que casi siempre Existen reprocesos entre las Direcciones que pueden retrasar los entregables, como consecuencia que existen procedimientos dentro de la entidad que necesitan del producto de actividades anteriores por lo que el reproceso ocasionado provoca que los tiempos de entrega de productos se vayan aumentando, siendo las etapas del proceso con mayores reprocesos las que aumenten los tiempos de entrega haciendo que se vayan acumulando entregables.

Tabla 30. Resultados de Preguntas con Escala en Categoría Reprocesos (n = 118)

Reprocesos	Siempre		Casi Siempre		Ocasionalmente		Casi Nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Las contingencias generan alteración en la programación de las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada?	45	38	39	33	31	26	3	3	0	0
¿Existen reprocesos entre las Direcciones que pueden retrasar los entregables?	31	26	32	27	47	40	8	7	0	0

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 31, se evidencia que para los funcionarios de la Delegada la falla más frecuente que genera reprocesos, es la asignación de una misma queja a diferentes funcionarios, lo cual generaría un desperdicio de tiempo en cuánto al desarrollo de las actividades e incrementaría los tiempos de respuestas, adicional a eso se disminuye los alcances de las programaciones limitando la cantidad de visitas realizadas a los sujetos vigilados.

Se identifica, además que los funcionarios expresan la falta de acceso a la información reportada por los vigilados para iniciar las acciones de Inspección y Vigilancia, lo cual genera retrasos durante el desarrollo de las actividades, volviendo más lento el proceso de visitas a los sujetos vigilados.

De la misma forma, expresaron que dentro de las fallas más frecuentes que generan reprocesos, es no contar con una claridad a la hora de definir línea de trabajo a los colaboradores, lo cual provoca que no se cuente con una guía u orientación lo suficientemente clara para que los funcionarios realicen sus actividades. Igualmente, los retrasos ocasionados por la espera del insumo requerido a otra Dirección y/o delegada, así como también las esperas prolongadas en los Vo. Bo de la documentación que fluye en el procedimiento interno, lo cual recae en los posibles retrasos que dichas Direcciones y/o delegadas puedan tener y pueden afectar a los vigilados.

Tabla 31. Resultados de Preguntas con Escala en Categoría Reprocesos (n = 118)

¿Cuáles condiciones y/o herramientas tecnológicas adicionales requiere para mejorar el desempeño de sus actividades? (Puede señalar varias opciones o incluir otras)	n	(%)
Cruce de auditorías a un mismo vigilado	47	40%
Asignación de una misma queja a diferentes funcionarios	78	66%
Claridad a la hora de definir línea de trabajo a los colaboradores	67	57%
En la priorización de las actividades	52	44%
En el acceso a la información reportada por los vigilados, para iniciar las acciones de Inspección y Vigilancia	69	59%
Metodologías aplicadas	34	29%
Espera del insumo requerido a otra Dirección y/o Delegada	60	51%
Puntos de vista divergentes frente a un asunto determinado	49	42%
cambios sobre la marcha, sin planeación	1	0.8%
Ausencia de políticas claras de IVC, debilidades importantes en competencias y habilidades de los auditores, deficiente planificación de las auditorías y ausencia de implementación de la supervisión basada en riesgos, que no es fraccionada como se ve hasta ahora cuando se concibe como dividida en riesgos y cumplimiento	1	0.8%
Espera prolongada en los Vo.Bo.	61	52%

Problemas de los Directivos por mantener el poder que no logran entender que esto se debe trabajar en equipo, así que cada uno defiende lo suyo, hala para su lado y no es muy receptivo a las sugerencias, observaciones	1	0.8%
Carecemos de planeación estratégica y articulada	1	0.8%

Fuente: Elaboración Propia.

### 7.1.5 Categoría: Trabajo en Equipo

Esta categoría busca establecer un diagnóstico sobre el trabajo en equipo que se desarrolla actualmente en la delegada.

La tabla 32 muestra que existe un trabajo en equipo para a solución a problemas complejos pero que no es muy recurrente o habitual hacerlo

Tabla 32. ¿Se realiza trabajo en equipo para dar solución a problemas complejos? (n = 118)

ITEM	SIEMPRE		SIEMPRE CASI		f	ALMENTE OCASION	NUNCA CASI		NUNCA	
	f	%	f	%			f	%	f	%
¿Se realiza trabajo en equipo para dar solución a problemas complejos?	6	5%	36	31%	32	27%	33	28%	11	9%

Fuente: Elaboración Propia.

### 7.1.6 Categoría: Herramientas para desarrollar el trabajo

Mediante esta categoría se busca que conocer sobre la percepción que tienen los funcionarios respecto a las herramientas que tienen para desarrollar el trabajo.

En la tabla 33, se muestra como principal resultado que los funcionarios presentan problemas con el software ya que no es amigable y también su funcionalidad no proporciona agilidad con el desarrollo de las actividades, por lo tanto, dificulta que los funcionarios realicen sus actividades de manera oportuna y complementando dichos resultados no se cuenta con capacitación en el uso de tecnologías ni tampoco con el

respaldo de un soporte técnico oportuno que facilite el solventar dificultades cuando se presenten.

Tabla 33. Herramientas necesarias para desarrollar mejor el trabajo (n = 118)

¿Cuáles condiciones y/o herramientas tecnológicas adicionales requiere para mejorar el desempeño de sus actividades? (Puede señalar varias opciones o incluir otras)	n	%
Funcionalidad del software que agilice el desarrollo de las actividades	75	63.6%
Software más amigable	75	63.6%
Capacitaciones en ofimática	63	53.4%
Soporte Técnico Oportuno	62	52.6%
Más estabilidad en la plataforma de trabajo	52	44.1%
Un mejor computador	1	0.8%
Soporte de Aplicaciones oportuna	1	0.8%
No contamos con un sistema de información para el IVC y todo toca a punta de Word y Excel	1	0.8%
Un mejor computador	1	0.8%
Computador nuevo	1	0.8%
Tener un equipo de tecnología que realice una excelente gestión de los reportes entregados por los vigilados, para mi modo de ver el área de tecnología nunca ha funcionado en la Superintendencia	1	0.8%
Acceso a información de otras autoridades (Registraduría, RUES, SIC, DIAN, PGN, FGN, CGR)	1	0.8%
Mejorar los equipos de computo	1	0.8%
Un mejor software integrador	1	0.8%
Sistemas de información robustos con reportes que permitan realizar análisis de la información reportada y cruces de información entre las áreas	1	0.8%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 34 se muestra que los funcionarios no se encuentran de acuerdo en que los sistemas de información disponibles en la Delegada faciliten el trabajo, y esto se relaciona a la pregunta anterior en la cual manifiestan no contar con un software adecuado para realizar sus actividades, lo cual hace que ocurran retrasos en durante el proceso.

Tabla 34. Resultados de Pregunta Opción Múltiple de Categoría Herramientas para desarrollar el trabajo

Ítem	Muy Desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo
------	----------------	------------	--------------------------------	---------------	-------------------

	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Considera que los sistemas de información disponibles en la Delegada facilitan su trabajo?	7	6%	27	23%	37	31%	41	35%	6	5%

Fuente: Elaboración Propia

### 7.1.7 Categoría: gestión del conocimiento

Mediante esta categoría se busca conocer la Gestión del Conocimiento que se ha realizado con el personal de la Delegada de manera tal que los funcionarios puedan desempeñar sus funciones de manera clara, oportuna y eficaz.

Si bien es cierto que la Superintendencia Nacional de Salud cumple normativamente con la adopción del Plan Estratégico de Gestión del Talento Humano, en consonancia con la Ley 909 de 2004 "Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones". (Congreso de la República de Colombia, 2004)

El artículo 47 del Decreto 775 de 2005 con un Programa Institucional de Capacitación y un Programa Institucional de Estímulos; con el artículo 32 del Decreto 2929 de 2005 que señala "Con los programas institucionales de bienestar se buscará intervenir en las áreas de calidad de vida laboral, entendida como las estrategias para mejorar el clima laboral, los estilos de dirección-y servicios sociales, para atender las necesidades de protección, ocio, identidad y aprendizaje del empleado y su familia, con el propósito de mejorar sus niveles de salud, recreación y cultura".(Presidencia de la República de Colombia, 2005)

El artículo 2.2.22.3.14 que establece: "Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y

estratégicos que se relacionan a continuación y publicado, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año (Congreso de la República de Colombia, 2011b):

- Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
- Plan Anual de Adquisiciones
- Plan Anual de Vacantes
- Plan de Previsión de Recursos Humanos
- Plan Estratégico de Talento Humano Plan Institucional de Capacitación Plan de Incentivos Institucionales
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo”

Entre otras normas concordantes relacionadas con la Gestión del Talento Humano, se tiene establecido el Programa de Inducción y reinducción en la Entidad, el cual especifica los temas y el procedimiento de inducción para empleados nuevos o reinducción en el caso de cambios organizacionales, técnicos y/o normativos.

No obstante, es claro que dentro de cada área hay conocimientos técnicos que no se enfatizan en un proceso de inducción o reinducción, lo que obliga al funcionario al autoaprendizaje de los diferentes procedimientos, a veces con riesgo de incurrir en errores o demoras en el desarrollo de las actividades propias del área donde se encuentre el servidor.

Por tanto, las respuestas obtenidas en la tabla 35 por parte de los funcionarios, da una alerta para que la revisión del proceso interno de inducción y reinducción que cierre brechas y permita una curva de aprendizaje más ágil, que redunde en el cumplimiento de las metas del PAG y de respuesta a los vigilados con oportunidad.

Respecto del proceso de inducción y/o reinducción en las funciones del cargo el 36% de los funcionarios se encuentran poco satisfechos, el 25% moderadamente satisfechos 21% insatisfechos y tan solo el 19% se sienten satisfechos con este proceso, mostrando un

alto nivel de insatisfacción lo cual claramente dificulta la adaptación de los funcionarios a los procesos propios de la entidad y las funciones encomendadas por las directivas.

Tabla 35. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el proceso de inducción y/o reinducción recibida para desempeñar las funciones de su cargo? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Satisfecho	22	19%
Moderadamente Satisfecho	29	25%
Poco Satisfecho	42	36%
Insatisfecho	25	21%

Fuente: Elaboración Propia

Frente a la posibilidad de rotación de personal entre las diferentes direcciones de la Delegada para la Supervisión Institucional, de acuerdo a la tabla 36 el 60% de los encuestados manifestaron la necesidad de esta alternativa para conocer de manera integral los procedimientos internos y aumentar el conocimiento del Sector Salud, frente a un 40% que expresó no ser necesario este tipo de cambios que podrían afectar el desempeño de las actividades y la curva de aprendizaje en el área.

Al responder las razones por las cuales los funcionarios consideraban importante o no la rotación del personal por las diferentes Direcciones, de las personas que dijeron si es importante la rotación de personal, manifestaron que las razones de la importancia de dicha rotación son las siguientes:

Con una buena inducción se da transferencia de conocimientos técnicos.

Permite el conocimiento del Sector Salud y de la misión de la Superintendencia.

Permite el aprendizaje continuo.

Disminuye el riesgo de corrupción.

Mejora el clima laboral.

La rotación debe hacerse por periodos superiores a 3 años



Por su parte las respuestas orientadas a no considerar importante la rotación del personal, manifestaron la razón de su respuesta de acuerdo a los siguientes criterios:

Es mejor especializarse.

Desestabiliza los grupos internos por pérdida de la curva de aprendizaje.

No lo considera necesario.

Con este panorama se refuerza aún más la necesidad de un buen proceso de inducción y reinducción que permita la apropiación de conocimientos, de capacitaciones internas y de memoria institucional que fortalezcan las acciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Todo lo cual alineado con lo definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En un aprendizaje organizacional eficiente concurren lo organizacional, lo humano y lo tecnológico. La estructura propia de la organización, así como su cultura y la confianza entre sus integrantes, su identidad, su nivel tecnológico y sus alianzas, son elementos a través de los cuales se produce el aprendizaje organizacional en sus fases de creación, retención y transferencia de conocimiento. Esos elementos condicionan la relación entre conocimiento, aprendizaje y resultados. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018)

Si bien el aprendizaje organizacional supone la transferencia de conocimiento al interior de las organizaciones, la velocidad con que hoy avanzan la ciencia y las distintas disciplinas le hacen imposible a cualquier entidad mantenerse en la frontera de los saberes que cultiva o utiliza en cumplimiento de su función. Por ello, se requieren las alianzas, la comunicación con pares y la transferencia de conocimiento entre organizaciones. Hoy es necesaria la creación conjunta de conocimiento. El aprendizaje individual es condición

necesaria pero no suficiente del aprendizaje organizacional. Este es fundamentalmente un proceso colectivo y se da cuando el conocimiento individual se comparte y es accesible a los demás. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018)

Tabla 36. ¿Considera importante la rotación del personal por otras Direcciones de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Si	71	60%
No	47	40%

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 37. ¿Cuáles son las consecuencias de una rotación del personal?

Respuesta	n	(%)
Con una buena inducción se da transferencia de conocimientos técnicos.	48	41%
Permite el conocimiento del Sector Salud y de la misión de la Superintendencia	25	21%
Permite el aprendizaje continuo.	16	14%
Disminuye el riesgo de corrupción	12	10%
Mejora el clima laboral	14	12%
La rotación debe hacerse por periodos superiores a 3 años	3	3%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 38, los funcionarios manifiestan la importancia de la transferencia de conocimiento entre áreas, con un 95% lo que representa para la Entidad un reto institucional los componentes clásicos de la gestión del conocimiento en las organizaciones (lo que se ha denominado el enfoque tradicional para su análisis), tienen que ver con los recursos invertidos en ella, la capacitación de los funcionarios y la aplicación que se da a los conocimientos adquiridos, las políticas e incentivos para promoverla; los procesos institucionales, las políticas y los estímulos para la creación de conocimiento y el procesamiento de problemas; los protocolos de almacenamiento, conservación y acceso a la información, los procedimientos para la retención del conocimiento tácito (ante eventos de

rotación de funcionarios) y las prácticas para compartir conocimiento dentro de la organización y con otras entidades, públicas y privadas, nacionales o extranjeras; la transferencia y difusión del conocimiento y, muy importante, la metodología, el contenido, la periodicidad y las instancias comprometidas en los procesos de evaluación y la utilización de sus resultados (errores y aciertos) como fuente de su propio aprendizaje. De especial interés resulta identificar los cambios y logros que se pueden asociar al aprendizaje y la gestión del conocimiento en las organizaciones. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2018)

Tabla 38. ¿Considera importante hacer transferencia de conocimientos entre los funcionarios de la Delegada? (n = 118)

Característica	n	(%)
Muy de acuerdo	78	66%
De acuerdo	34	29%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	4%
En Desacuerdo	1	1%
Muy en Desacuerdo	0	0%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 39 se observa que en el 47% de los funcionarios manifiesta casi nunca o nunca existe transferencia de conocimientos dentro de la Delegada, un 35% de funcionarios expresa que ocasionalmente se realiza esta transferencia de conocimiento, mientras que 19% de los funcionarios indicaron que casi siempre se realiza; lo que nos indica una oportunidad de mejora para generar los espacios de capacitaciones e intercambio de conocimientos técnicos que refuercen los conocimientos de los funcionarios.

Tabla 39. ¿Hay transferencia de conocimiento entre los funcionarios de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Ocasionalmente	41	35%

Casi nunca	39	33%
Casi siempre	22	19%
Nunca	16	14%

Fuente: Elaboración Propia

### ***7.1.8 Categoría: Reconocimiento***

Es importante precisar que el régimen salarial de los servidores públicos es fijado por el Gobierno Nacional de manera anual, mediante el cual se fijan las remuneraciones de los empleos que sean desempeñados por empleados públicos de la Rama Ejecutiva, Corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible y se dictan otras disposiciones.

Sin embargo, al preguntarle a los funcionarios si sus funciones estaban en armonía con el salario recibido, se observa mediante tabla 40, el 49% manifestó encontrarse bien remunerado, el 21% ocasionalmente y el 30% no estar de acuerdo con la asignación laboral para las funciones que desempeña.

Como quiera que los salarios del Sector Público no pueden modificarse, las entidades pueden entrar a revisar con los estudios de carga laboral, las promociones internas en cargos superiores a los servidores en nombramiento provisional, previo a surtirse los encargos a los funcionarios de carrera administrativa quienes tienen derecho preferente por la ley del empleo público.

Es así que, para cerrar las brechas, con un buen estudio de carga laboral, se soluciona un presunto desequilibrio entre funciones y salario. Sin embargo, el resultado mayoritario es que los funcionarios se sienten bien remunerados, lo que contribuye a que sea reconocido su trabajo.

Tabla 40. ¿Siente que su carga laboral se encuentra alineada con las funciones asignadas y al cargo que desempeña? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Casi siempre	47	40%
Casi nunca	28	24%
Ocasionalmente	25	21%
Siempre	11	9%
Nunca	7	6%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 41 el 85% de los encuestados manifiestan que su trabajo está orientado a la defensa del derecho a la salud de los colombianos, se sienten orgullosos de lo que hacen y lo que representa para los usuarios su labor diaria. El 18% restante puede opinar lo contrario, teniendo en cuenta que pueden ser actividades del orden asistencial y técnico que se relacionan más con apoyo administrativo a las áreas misionales; sin embargo, valdría la pena hacer una revisión interna en caso de tratarse de brechas, para darle el tratamiento administrativo de ajuste requerido.

Tabla 41. ¿Considera que su trabajo contribuye a la defensa del derecho a la salud? (n = 118)

Respuestas	n	(%)
Siempre	49	42%
Casi siempre	51	43%
Ocasionalmente	17	14%
Casi nunca	1	1%

Fuente: Elaboración Propia

Las preguntas representadas en la tabla 42 y 43 se enfocan en identificar si los funcionarios se sienten tenidos en cuenta para contribuir con las mejoras internas definidas en los procedimientos de las Direcciones.

Para este caso, en la tabla 42 se observa que el 92% de los encuestados señalaron la importancia de involucrar a los servidores en el levantamiento de los procedimientos

internos, llevándonos a una reflexión sobre la forma como se socializan las actividades; es decir que la Entidad debe buscar las mejores alternativas de socializar y promover la participación de los funcionarios en los procedimientos que son de su interés.

Tabla 42. ¿Considera importante la participación de los funcionarios en el levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Muy de acuerdo	60	51%
De acuerdo	48	41%
Ni en acuerdo, ni en desacuerdo	6	5%
En Desacuerdo	4	3%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla 43, se nota el interés cuando el 95% de funcionarios estaría dispuesto a ser parte de los ajustes o levantamiento de procedimientos, debido a la experticia que se tiene del área y que mejore los resultados de las acciones adelantadas en las cuatro Direcciones de la Delegada para la Supervisión Institucional.

Es una alerta que merece revisión, toda vez que se pone de manifiesto el interés en formar parte de la solución y de ser tenidos en cuenta por sus conocimientos.

Tabla 43. ¿Estaría dispuesto a ser parte en el ajuste o levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Siempre	62	53%
Casi siempre	30	25%
Ocasionalmente	20	17%
Casi nunca	5	4%
Nunca	1	1%

Fuente: Elaboración Propia

### ***7.1.9 Categoría: Comunicación***

Cuando se habla de comunicación interna en las Entidades del Sector Salud, en general ésta se orienta a disponer canales de transmisión de información bien sea de la

gestión interna, datos estadísticos o noticias que solo sirven para que las personas si a bien lo tienen, se enteren y dejar constancia de haberse socializado o notificado en debida forma; pero no tiene definida bien desarrollada una comunicación de acercamiento que permita la conversación e interés en la cual los individuos puedan expresarse libremente con sus ideas a modo de conversación entre “amigos”, sino que conserva una comunicación racional a través de los canales dispuestos para ello.

Y se puede observar en la tabla 44 con las respuestas brindadas por los encuestados quienes manifiestan en su mayoría, es decir el 78% que la comunicación entre las Direcciones de la Delegada no es clara y fluida, lo que claramente genera reprocesos, falta de transferencia de conocimientos, falta de unidad de conceptos, entre otras situaciones que pueden atrasar los entregables y respuesta oportuna a los vigilados.

Tabla 44. ¿Considera que la comunicación interna entre todos los funcionarios de la Delegada es clara y fluida? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Siempre	1	1%
Casi siempre	25	21%
Ocasionalmente	38	32%
Casi nunca	39	33%
Nunca	15	13%

Fuente: Elaboración Propia

Por su parte, en la tabla 45, los servidores expresan que no hay un diálogo abierto en el cual puedan tenerse en cuenta sus ideas para la implementación de cambios en un 82%, lo que claramente representa un desafío para la Entidad en volver el conjunto de herramientas disponibles y realmente enfocar la comunicación efectiva a un proceso estratégico asociado a la gestión del conocimiento y gestión del cambio que permita una adopción de nueva cultura organizacional.

Si el talento humano no se convierte el principal activo de las organizaciones, es casi imposible hablar de buena comunicación en las organizaciones del Estado.

Tabla 45. ¿Considera que en la Entidad se tiene un diálogo abierto para que sus ideas de mejora puedan ser tenidas en cuenta? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Siempre	4	3%
Casi siempre	17	14%
Ocasionalmente	38	32%
Casi Nunca	31	26%
Nunca	28	24%

Fuente: Elaboración Propia

Finalmente y para resaltar la importancia de la articulación del trabajo de Inspección y Vigilancia de las Dirección de la Delegada para la Supervisión Institucional, que lleve de manera coordinada a las acciones de Control propias de la Superintendencia Nacional de Salud, en la tabla 46 es preciso revisar cómo el 94% de los encuestados afirmaron que ésta es la solución para brindar respuestas más oportunas al vigilado, a los usuarios, con unidad de criterio y firmeza que influya en el Sector Salud de manera positiva.

Tabla 46. ¿En un eventual rediseño institucional, considera importante el trabajo articulado entre las diferentes áreas de Inspección y Vigilancia que conduzcan a las acciones de Control? (n = 118)

Respuesta	n	(%)
Muy de acuerdo	88	75%
De acuerdo	23	19%
Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	6	5%
Muy en Desacuerdo	1	1%

Fuente: Elaboración Propia.



## **7.2. Análisis de datos**

Tomando en cuenta cada una de las observaciones hechas por las respuestas brindadas durante el desarrollo de la encuesta, se procede a realizar un análisis de la información obtenido con el fin de sintetizar en tres grandes aspectos, como se desarrollan a continuación.

### ***7.2.1. Situación Actual***

Actualmente la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra conformada en su mayoría por personas del género femenino de entre los 33 y 65 años, con una amplia trayectoria en el Sector Salud, un significativo número de funcionarios vinculados en Provisionalidad, quienes la mayor parte cumplen con un tiempo de servicio superior a los 6 años y que los participantes de la encuesta fueron en su mayoría del área profesional de la delegada.

A pesar de contar con estos factores favorables internos, se necesitan herramientas tecnológicas más avanzadas, información más detallada sobre los vigilados y seguimiento en su desempeño a través de los reportes de información que llegan a la Entidad, transferencia de conocimientos técnicos, unidad de criterio y trabajo en equipo.

En la superintendencia no se cuenta con un trabajo articulado entre las direcciones de acuerdo con un 58% de los funcionarios encuestados, adicional a eso se determina que un 36% de los encuestados manifestaba que nunca o casi nunca se coordinaba trabajo con otras direcciones lo cual complementa el resultado expuesto anteriormente.

### ***7.2.2. Fortalezas***

Se determina que un 64% de los funcionarios conoce las funciones de las diferentes Direcciones de la Delegada, lo cual empodera a los funcionarios en la realización de las

actividades respectivas y adicionalmente les permite establecer los mecanismos a seguir cuando se necesite la colaboración de otras direcciones.

Un 53% de los funcionarios avaló el trabajo que se realiza en conjunto a las 7 regionales que trabajan en todo el país, las cuáles brindan apoyo en cuanto a desconcentración y delegación de funciones por lo que el alcance a la población se incrementa.

### *7.2.3. Oportunidades*

Se establece que un 62% de los funcionarios considera que el tiempo definido en el procedimiento interno para la entrega del informe de auditoría no corresponde al tiempo real en el que se desarrolla la actividad, lo cuál sería conveniente realizar una actualización de este mediante un estudio de tiempos en base a como se están realizando los procesos.

Un 67% de los funcionarios manifestaba desconocer sobre el Plan Anual de Gestión, lo cual debería valorarse el cambio de la metodología actual de divulgación, para que más funcionarios puedan conocer sobre el PAG, adicional a eso se consideraría importante de acuerdo al 90% de los funcionarios que se realice de manera concertada entre las 4 direcciones.

El 99% de los funcionarios considera importante que se realice un trabajo de manera articulada entre las direcciones, que actualmente no se realiza, y que dicho trabajo articulado vaya enmarcado en el fin de evitar reprocesos, optimización de recursos, repuesta a mayor número de vigilados y exista una transferencia de conocimiento.

## 8. Plan de intervención

### 8.1. Etapa: Definir

En esta etapa se definen las oportunidades, el alcance, los objetivos, los participantes del proyecto de mejora a implementar, proyectándose qué se hará y cuál será el resultado final esperado.

La herramienta Hoshin Kanri, a través de la metodología de Lean, permite tener un alineamiento estratégico integral que genera el compromiso y la colaboración necesaria de todo el personal por conseguir éxito en sus resultados.

En este sentido se basa en el uso de la misión, visión y valores para generar actividades que se desarrollaran desde los ejes de dirección, planeación y ejecución:

**Misión:** Proteger los derechos de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la inspección, vigilancia, control y el ejercicio de la función jurisdiccional y de conciliación, de manera transparente y oportuna.

**Visión:** La Superintendencia Nacional de Salud será reconocida y respetada por sus decisiones técnicas y autónomas para garantizar el derecho a la salud oportuno y de calidad en el territorio nacional.

**Valores:** Los valores destacados en la Superintendencia son:

**Honestidad:** Siempre actúo con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.

**Respeto:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.

**Compromiso:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar

**Diligencia:** Cumpló con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible con atención, prontitud y eficiencia para así optimizar el uso de los recursos del estado

**Justicia:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

Mediante el Hoshin Kanri se busca establecer una ruta a seguir para poder guiar a la entidad al cumplimiento de sus objetivos bajo el enfoque de misión, visión y valores corporativos, se establecen indicadores por estrategias determinadas con el fin de dar seguimiento al avance que se tenga con respecto a las estrategias implementadas para la consecución de sus respectivas directrices; además, se establecen un conjunto de tareas asignadas para el personal operativo siempre con el fin de que ellos forman parte esencial en cuanto al logro de las metas trazadas. (Antonio, 2004)

Esta herramienta le permitirá a la empresa poder realizar un trabajo en conjunto entre todos los involucrados en el proceso, con el fin de orientar a la articulación del trabajo de manera tal que se cumpla las directrices establecidas y que cada componente de la delegada trabaje para alcanzarla.

Tabla 47. Matriz Hoshin Kanri

DIRECCIÓN		PLANEACIÓN DE LA GERENCIA					EJECUCIÓN		
Directrices (Qué's)	Indicadores (Cuántos, Qué)	Estrategias	Indicadores	Línea Base (Jun 2020)	Objetivos	Responsable	Actividades Clave / Proyectos de Mejora	Observaciones	Líder
Ejecutar el Cronograma de Auditorias	Realizar el 100% las auditorias programadas	Seguimiento al 100% de planes de mejora derivados de auditorías del año anterior	# de seguimiento a planes de mejora año anterior/auditorías que derivaron en planes de mejoramiento	N/A	Alcanzar la oportuna, efectiva, segura, accesible, pertinente y continua atención en salud para la población colombiana, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad	Delegada para la Supervisión Institucional y la Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB	Las auditorías realizadas requieren un seguimiento al plan de mejora que la entidad vigilada suscriba, a efectos de verificar si los hallazgos encontrados fueron superados o aún no se han desplegado las acciones correctivas Realizar programaciones de auditoría alcanzando la mayor cobertura de auditorías a los vigilados durante el período anual	Definir si con el personal con que cuenta en la Delegada para la Supervisión Institucional, de planta y contratado, es posible alcanzar las metas	Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB y coordinadores de grupos



		Definir el alcance de las auditorías a los vigilados a efectos de disminuir la repetición de auditorías a un mismo vigilado	# auditorias repetidas a un vigilado/# Total de auditorías realizadas	N/A			Definir el alcance de las auditorías, con el fin verificar integralmente el estado del vigilado		
			# de planes mejora cumplidos/# Total de planes de mejora suscritos	N/A			Realizar la hoja de vida de la EAPB sobre las acciones de inspección y vigilancia adelantadas, con el fin de medir el impacto en la mejora del aseguramiento		
		Definir el impacto de las auditorías realizadas a los sujetos vigilados	# de PQRD en general contra el vigilado antes de la auditoria por barreras de acceso a los servicios de salud y al flujo de recursos comparado con las PQRD posterior a la ejecución del plan de mejoramiento	N/A			Realizar un comparativo año tras año de los resultados obtenidos de las funciones de inspección y vigilancia, a efectos de medir el impacto de la Supersalud en el Sector Salud	Determinar el impacto anual de los resultados obtenidos como producto de la ejecución de las funciones de inspección y vigilancia de la delegada	
Tramitar las Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias y	Resolver el 100% de las PQRS realizando el trámite en los	Seguimiento de tiempos de respuesta de solicitud de información	# PQRD resueltas de fondo en 15 días/# PQRD interpuestas	N/A	Alcanzar la oportuna, efectiva, segura, accesible, pertinente y	Delegadas para la Supervisión Institucional y Delegada para	Tramitar las derechos de petición dentro del término legal definido	Se encuentra un cuello de botella con respuestas inoportunas que	Dirección de delegada para la Supervisión Institucional

Solicitudes-PQRDS presentadas por los vigilados y grupos de interés.	tiempos definidos legalmente y con base en el Procedimiento interno de la Superintendencia Nacional	Seguimiento de tiempos de respuesta de solicitud de información	# de solicitudes de información resueltas en 30 días/ # total de solicitudes de información	N/A	continua atención en salud para la población colombiana, en condiciones de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad	la Protección al Usuario	Las solicitudes de información deberán tramitarse dentro de los tiempos legalmente establecidos Apoyarse en la Delegada de Protección al Usuario para atenciones inmediatas cuando se recibe un caso con riesgo de vida, mientras se adelantan las acciones de IV al asegurador y/o apoyo a la Dirección de IV para las IPS cuando se trate de una barrera de acceso con un prestador Responder en el menor tiempo posible a la solicitudes de Habilidadación de EAPB, modificación de la capacidad de operación, en determinadas regiones del territorio,	generan malestar y retrasos	I-Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB y coordinadores de grupos
		Seguimiento de tiempos de respuesta de quejas con riesgo de vida	% de quejas con riesgo de vida, resueltas en 24 horas/ # de PQRD con riesgo de vida	N/A					
Resolver las solicitudes de autorización de funcionamiento y modificaciones de EAPB	Tramitar el 100% de las solicitudes de autorización de funcionamiento y modificación de EAPB	Realizar respuestas a las solicitudes de modificación de la capacidad de afiliación en 3 meses Trámite de Habilidadación de EAPB en 3 meses	# de respuesta a las solicitudes de modificación de la capacidad de afiliación/# Total de solicitudes de MCA # de Habilidadación de EAPB en 3 meses/ # Total de solicitudes de habilitación	N/A	Alcanzar la oportuna, efectiva, segura, accesible, pertinente y continua atención en salud para la población colombiana, en condiciones de calidad, eficiencia,	Delegada para la Supervisión Institucional y la Dirección de Inspección y Vigilancia para las EAPB		Se busca tener tiempos de repuestas oportunos en cuanto a solicitudes de Habilidadación de EAPB	Dirección de delegada para la Supervisión Institucional y la Dirección de Inspección y Vigilancia

Tramitar solicitudes de reorganización institucional en un plazo máximo de 3 meses	# de solicitudes de reorganización institucional en un plazo máximo de 3 meses/ # Total de solicitudes de reorganización institucional	N/A	equidad y sostenibilidad	reorganización institucional, modificación en la composición social y del patrimonio, Escisión, Fusión a las EAPB que lo soliciten	para las EAPB
Tramitar las solicitudes de escisión en un plazo máximo de 4 meses	# de solicitudes de escisión en un plazo máximo de 4 meses/ # Total de solicitudes de Escisión				
Tramitar las solicitudes de cambio en la composición social del patrimonio, en un plazo máximo de 60 días	# de solicitudes de cambio en la composición social y del patrimonio en un plazo máximo de 60 días/ # Total de solicitudes	N/A			
% de solicitudes de Fusión en un plazo máximo de 6 meses	% de solicitudes de Fusión en un plazo máximo de 6 meses				

Fuente: Elaboración propia.



Adicional al uso de Hoshin Kanri, a través de las encuestas se pudo conocer la opinión de los funcionarios de la Superintendencia Delegada y se pudo interpretar estos hallazgos en requerimientos necesarios para trabajar en ciertas oportunidades de mejora del negocio. En tal sentido se hizo uso de la herramienta VOC (Voice of Customer) para realizar esa traducción de las necesidades de la Superintendencia Delegada. En la tabla 48, se muestra el resultado del análisis de las respuestas a las preguntas realizadas por la encuesta.

Tabla 48. Matriz Voice of Customer

<b>VOC (Voz del Cliente Interno)</b>	<b>Problema Clave</b>	<b>CTQ's (Crítico para la Calidad)</b>
Se realizan visitas de diferentes delegadas a un mismo sujeto vigilado	Falta de Coordinación	Programaciones coordinadas
Los conocimientos que tienen los funcionarios sobre el ejercicio de sus funciones no es suficiente	No existe gestión del conocimiento	Capacitaciones entre las Delegadas
Las herramientas de trabajo actuales no permiten hacer más ágil el trabajo	Software	Software nuevo que sea amigable
Tiempos de espera son muy largos	Cuellos de botella	Tiempos de entrega adecuados
<b>MATRIZ DE LA VOZ DEL NEGOCIO</b>		
<b>VOB</b>	<b>Problema Clave</b>	<b>CTB's (Crítico para la Eficiencia)</b>
Incremento en los costos y gastos incurridos en el	Incremento de gastos	Generar una coordinación de programaciones entre
Falla en los procesos por no conocer cómo se realiza	Reprocesos	Programación de capacitaciones
Retraso en las actividades realizadas	Tiempos Muertos	Disminución de tiempos
Las auditorías no están solucionando de manera oportuna las PQRS	Incumplimiento de tiempos de respuesta	Solución de PQRS en tiempo oportunos

Fuente: Elaboración Propia

## 8.2. Etapa: Medir

Se plantea la recolección de datos que permitan cuantificar el problema y poder identificar las posibles causas que lo origina.

Se tomó como base de estudio el Proceso de Auditoria de los sujetos vigilados, centrándonos en el procedimiento de Visita, bajo el cual se realizó un diagrama de procesos el cuál es presentado en la figura 5, en la cual se detallada cada una de las actividades que conforma el proceso en cuestión.

Figura 5. Mapa de Proceso de Procedimiento de Visita, Proceso de Auditoria a sujetos Vigilados



Fuente Elaboración Propia.

Mediante el apoyo de una funcionaria de la delegada se comenzó a establecer entradas y salidas de las actividades definidas en el diagrama anterior, con el fin de generar la Matriz SIPOC, que se presenta en la tabla 48 que permitirá tener una mejor visualización de los materiales y participantes de cada actividad.

Tabla 49. Matriz SIPOC

Proveedor	Entradas						Proceso	Salidas	Requerimientos de las Salidas	Clientes
	M. Obra	Material	Máquina	Método	Medición	Medio Ambiente				
Director EAPB	Coordinador	PQRS	Computador	Manual	N/A	N/A	Elaborar Plan de Visita	Plan de visita/Cronograma	Cubrir la mayoría de Sujetos Vigilados y Contingencias	Usuarios Sistema de Salud, Sujetos Vigilados
Coordinador IVC para APB	Coordinador Visita	Formatos	Computador	Manual	N/A	N/A	Elaborar Auto de Visitas	Auto de Visita	Auto completamente llenado	Equipo Visitador
Profesional EAPB	Profesional T.H.	Formatos	N/A	Manual	N/A	N/A	Gestionar y Legalizar la Comisión	Comisión Gestionada y Legalizada		Talento Humano
Profesional EAPB	Profesional EAPB	Formatos	Computador	Manual	N/A	N/A	Realizar la Apertura de Visita	Acta de apertura de Visita	Acta completamente llenada	Sujetos Vigilados
Sujeto Vigilado	Profesional EAPB	Formatos	N/A	Observación	N/A	N/A	Ejecutar la visita	Soportes Documentales de la visita	Incluir documentación Necesaria	Superintendencia Delegada
Coordinador de Visita	Profesional EAPB	Formato Cierre	Computador	Manual	N/A	N/A	Realizar el cierre de visita	Acta de cierre visita	Acta debidamente llenada	Sujetos Vigilados y Superintendencia Delegada
Equipo de Visita	Profesional EAPB	Formato informe	Computador	Análisis de documentos e información	N/A	N/A	Elaborar Informe de Visita	Informe de Visita	Incluir todos los hallazgos	Sujetos Vigilados

Equipo Auditor	Coordinador de Visita	Documentación	Computador	Manual	N/A	N/A	Organizar el expediente	Expediente/ Carpeta de Auditoría	Expediente actualizado con documentación y formularios	Gestión Documental
Coordinador de visita	Coordinador de visita	Informe y expediente de visita	Computador	Política de Traslado	N/A	N/A	Trasladar el Informe de Visita a la dependencia o entidad que corresponde Proyectar oficio solicitando el plan de mejoramiento al sujeto vigilado	Memorando	Incluir la información oportuna	Superintendencia Delegada de procesos administrativos
Coordinador de visita	Profesional EAPB	Comunicación y formato	Computador	Manual	N/A	N/A	Analizar el plan de Mejoramiento	Comunicación/ Oficio	Incluir información oportuna y establecer tiempo	Sujetos Vigilados
Sujeto Vigilado	Profesional EAPB	Formato	Computador	Manual	N/A	N/A	Definir el Mecanismo de realización de Seguimiento al plan de mejoramiento	Comunicación aprobación/rechazo plan	Brindar información en tiempo oportuno	Sujetos Vigilados
Director EAPB	Coordinador	Formatos y Hallazgos por vigilado	Computador	Manual	N/A	N/A		Cronograma de Seguimiento	Fechas establecidas a conformidad de Programación	Profesionales EAPB

Fuente: Elaboración Propia

De la matriz Suppliers – Inputs – Process – Outputs – Customers (SIPOC) se puede determinar qué elementos intervienen durante el desarrollo de las 12 actividades así como también las interacciones que tienen los diferentes funcionarios que desarrollan las actividades, se establecen cuáles son las entradas del proceso en (en base a las 6M) así como también las salidas esperadas y de estas cuáles son los requerimientos necesarios para las salidas, entendiendo que dichos requerimientos sean relacionados a las características mínimas que el producto final debe cumplir como expectativa del cliente.

Es importante destacar que, en base a la función de satisfacción del cliente, debe buscarse desarrollar un servicio orientado a la calidad, lo cual solo será posible si se logra satisfacer los requerimientos de los productos finales (salidas) de acuerdo a lo esperado por el cliente.

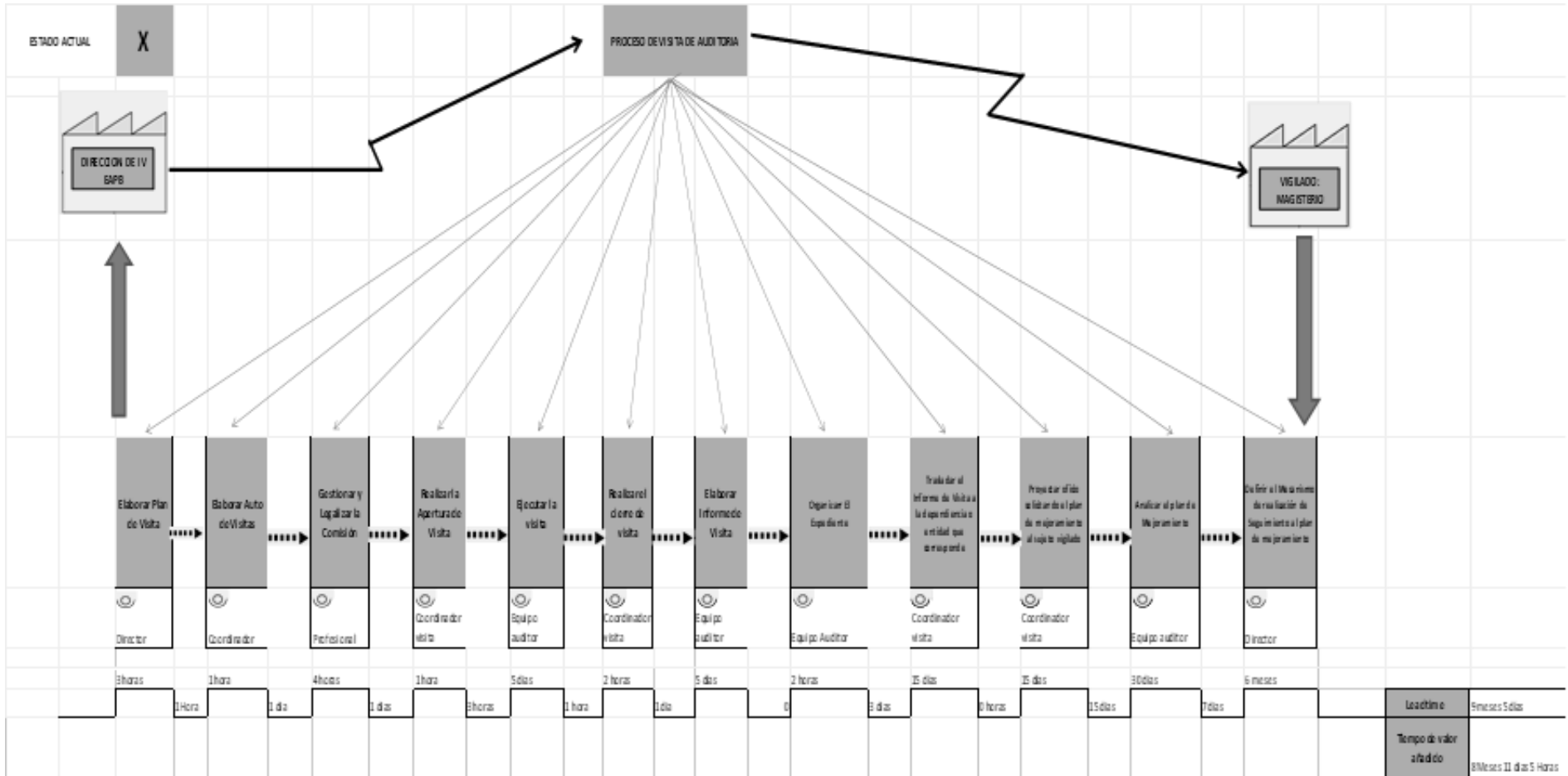
En la figura 6 se presenta un Value Stream Map que se construyó mediante la ayuda de uno de los funcionarios un estimado de los tiempos requeridos para cada actividad, así como también un estimado de los tiempos muertos entre cada una de ellas, esto con el fin de determinar aquellas actividades que no agregan valor al producto final y en lugar de eso alargan los tiempos de espera, como también aquellos que si agregan valor, pero son demasiado tardíos, teniendo en cuenta lo anterior se establece que existe un tiempo total del proceso 9 mese 5 días y que dentro de ese tiempo solo 8 meses 11 días 6 horas se realizan actividades que le agregan valor al producto final.

Se observa también que los tiempos muertos entre cada actividad que son extensos son entre proyectar oficio solicitando el plan de mejoramiento al sujeto vigilado y analizar el plan de mejoramiento (15 días) que es el tiempo de repuesta en que el sujeto vigilado presenta un plan de mejoramiento a la entidad y que está ya establecido, así como el tiempo también

el tiempo entre analizar el plan de mejoramiento y definir el mecanismo de realización de seguimiento del plan de seguimiento.(7 días) que es el tiempo durante el cual pasa las revisiones respectivas para poder definir el mecanismo de realización de seguimiento al plan de mejoramiento.

Las actividades que requieren la mayor cantidad de tiempo son Definir el mecanismo de realización de seguimiento de mejoramiento (6 meses) y analizar el plan de mejoramiento (30 días), así como también el trasladar informe de visita a la dependencia o entidad que corresponda (15 días) y proyectar oficio solicitando plan de mejoramiento al sujeto vigilado.

Figura 6. Diagrama Value Stream Map



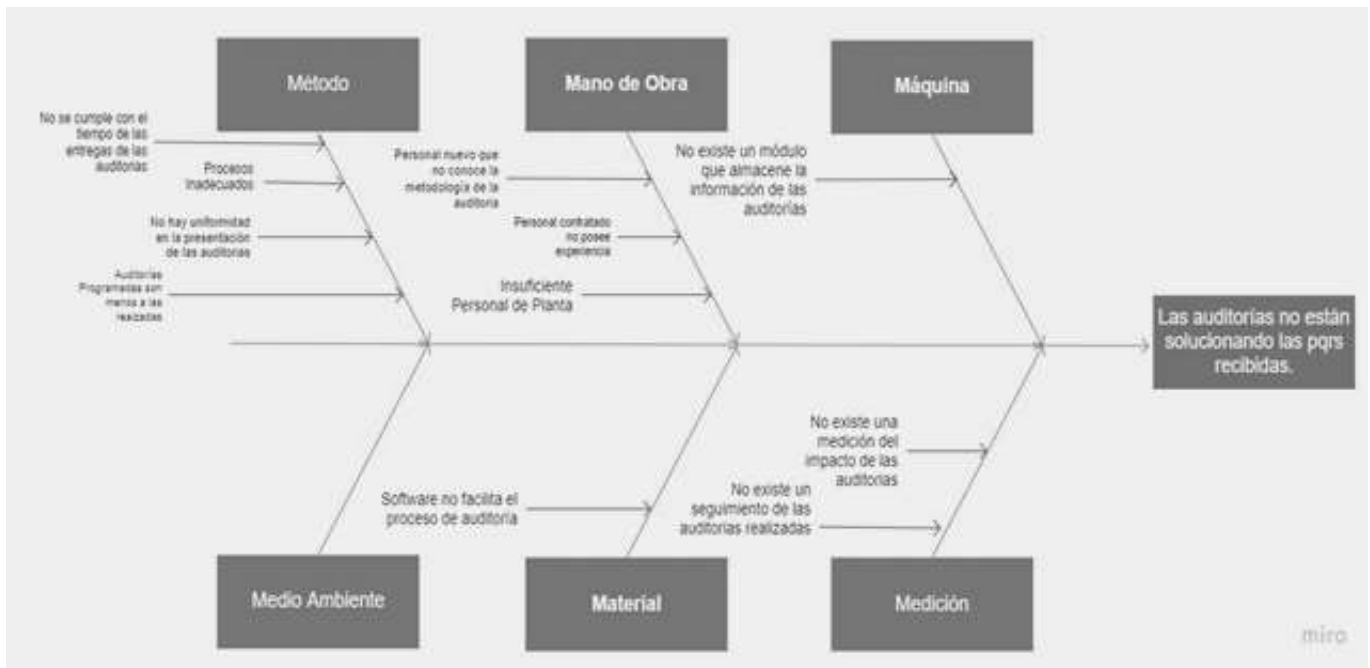
Fuente: Elaboración Propia



### 8.3. Etapa: Analizar

En este apartado se busca profundizar a cerca de la causa raíz de uno de los problemas que se originan actualmente, en tal sentido se establece como problema principal el elevado tiempo en que se desarrolla el procedimiento de visita dentro del proceso de Auditoría a Sujetos Vigilados y como consecuencia de esto se tiene que la cantidad de auditorías realizadas por la delegada no están solucionando las PQRS recibidas y para ello se realiza un análisis a través de 6 dimensiones (Material, Mano de Obra, método, máquina, medio ambiente y medición) que intervienen en el desarrollo del proceso en cuestión. En la figura 7 se presenta el resultado del análisis que se encuentra sustentado en la encuesta realizada a los funcionarios de la delegada.

Figura 7. Diagrama Ishikawa



Fuente: Elaboración Propia

## 8.4. Etapa: Implementar

En esta etapa se busca plantear posibles soluciones a la problemática encontradas durante la investigación, en tal sentido se presentan en 7 dimensiones, las cuáles se desarrollarán a continuación:

**Conocimiento de la delegada:** Se debe trabajar en la profundización de los planes a implementar por la Delegada en el sentido tal que los funcionarios además de conocer por qué realizar una determinada actividad o un determinado proceso sepa cuál es el fin u objetivo de realizarla y con ello todos los funcionarios irían enfocados en trabajar bajo el mismo objetivo en una misma directriz de trabajo.

**Articulación de funciones de la delegada, trabajo en equipo:** Se sugiere implementar capacitaciones orientadas al trabajo en equipo entre direcciones y delegadas con el fin de generar una sola visión de lo que se pretende alcanzar como Superintendencia Nacional de Salud.

**Planeación y reprocesos:** Deberá tomarse en cuenta las contingencias al momento de efectuar las programaciones de visita, ya que con ello se garantiza un valor más real en cuanto al cumplimiento de programaciones y con ello se hace un uso oportuno de los recursos.

**Herramientas para desarrollar el trabajo:** Se debe de tomar en cuenta que es necesario generar un soporte al funcionario capaz de facilitar su trabajo y mejorar el flujo de información entre los actores correspondientes, a fin de hacer los procesos más ágiles aún valorarse aquellas actividades que se realizan de manera constantes y que necesitan aprobación o vistos buenos de los responsables correspondientes, sean de manera automática a través de un sistema que comunique las dependencias respectivas. Es

importante recalcar que a su vez se necesita un apoyo técnico oportuno que permita a los funcionarios trabajar de manera continua y sea efectivo en la solución de los problemas que se presenten.

Es necesario un repositorio de información analizada de todos los reportes que los vigilados entregan periódicamente por mandamiento normativo, de tal modo que sea accesible a todos los funcionarios para adelantar las acciones de inspección y vigilancia que son de su competencia. Igualmente, la información detallada y consolidada de todos los vigilados, con la trazabilidad de todos los requerimientos realizados por cada uno de los profesionales por entidad, junto con las diferentes acciones realizadas por cada una de las Direcciones de conformidad con sus competencias, con el fin tener actualizado el panorama de los sujetos vigilados y las intervenciones a que haya lugar.

**Gestión del conocimiento:** Es importante que los nuevos funcionarios conozcan a detalle las funciones que van a desempeñar, recibiendo una inducción que les permita poder desarrollar sus actividades de la mejor manera.

**Comunicación:** Se sugiere que los procesos se generen de manera fluida y que las herramientas que sirven para el flujo de información se encuentren de manera tal que permitan que los procesos sean más ágiles.

Con base en las facultades otorgadas a la Superintendencia Nacional de Salud en la Ley 1966 de 2019 con la cual se crea el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, el cual se le da la coordinación, cobra mayor relevancia la articulación de las acciones de Inspección y Vigilancia internas que deriven en las acciones de Control correspondientes. (Congreso de la República de Colombia, 2019)

Por esta razón y teniendo en cuenta los resultados de la encuesta a los funcionarios que desempeñan sus funciones en la Delegada para la Supervisión Institucional, se precisa disponer de los siguientes elementos:

- De manera concertada entre las cuatro direcciones que componen la Delegada, elaborar el Plan Anual de Gestión orientado a enfocar las acciones de inspección y vigilancia en los aspectos críticos, en la prevención de éstos y en una mayor cobertura del universo de vigilados.
- Definición coordinada de indicadores que le permitan a la Delegada realizar el seguimiento a los sujetos vigilados de manera efectiva.
- Una vez definido el Plan Anual de Gestión, las acciones de inspección y vigilancia deberán realizarse de manera concertada entre direcciones, de manera tal que se dirijan los esfuerzos humanos, económicos y administrativos hacia los aspectos a inspeccionar, bien sea a través de las auditorías integrales, las visitas o cualquiera otra modalidad definida por el equipo, a efectos de llegar con firmeza y datos reales hacia el problema que genera barreras de acceso a los servicios de salud o al flujo de recursos.
- Para lograrlo, debe diseñarse un procedimiento interno que involucre a los funcionarios de las diferentes direcciones, para lograr la eficacia de las acciones de inspección y vigilancia que se encuentran atomizadas.
- De manera articulada con la Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio, se debe definir un flujo de información que permita las alertas tempranas sobre los sujetos vigilados, relacionados con lavado de activos y cualquiera otra irregularidad que ponga en peligro buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Con esta propuesta, se toman las herramientas Lean que le permiten a la Entidad optimizar sus esfuerzos de manera integral y llegar a los vigilados con mejor oportunidad, contundencia, efectividad y resultados positivos en el Sector Salud.

## **8.5. Etapa: Controlar**

En la etapa de controlar se establece un formato a través del cual se debe llevar registro de los avances que se tengan en cuanto a la aplicación de las acciones sugeridas, así como también se establecen responsables, variables que servirán para contrastar el avance que se tenga en cuánto a la actividad implementada.

Tabla 50. Matriz de Control

Nº	Problema/Causa	Acción Sugerida	Plan de Control	Variable	Medición	Responsable	Acciones Correctivas	¿Se realizó la acción?
1	Falta de módulo que almacena la información de auditoría	Adquisición de software amigable al usuario	Verificar los expedientes físicos vrs expedientes digitales ingresados a plataforma	Expedientes	Expedientes Digitales/ Expedientes Físicos	Encargado de Archivo		
2	Software no facilita el proceso de auditoría	Adquisición de software amigable al usuario	Verificar los nuevos tiempos de los procesos	Lead-time	Disminución del Lead-Time x Proceso	Dirección de EAPB		
3	Personal nuevo no conoce la metodología de la auditoría	Elaboración de Programas de Inducción	Establecer una evaluación previa al personal nuevo	Conocimiento	Exámenes de Conocimiento al personal nuevo	Recursos Humanos		
4	Auditorías Programadas son menores a las realizadas	Incluir en programaciones Contingencias	Verificación del desarrollo de nueva programación incluidas contingencias	Cumplimiento de Programación	Auditorías realizadas/ Auditorías Programadas	Dirección de EAPB		

Fuente: Elaboración propia

## 9. Recomendaciones y conclusiones

A continuación, se presentan las recomendaciones para la implementación del plan de intervención propuesto y las conclusiones de cierre del trabajo.

### 9.1. Recomendaciones

El trabajo de Inspección y Vigilancia entre las Delegadas que conforman la Delegada para la Supervisión Institucional se puede y debe realizar de manera articulada teniendo en cuenta que el Sistema General de Seguridad Social en Salud es un engranaje de instituciones con diferentes competencias para lograr las condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención, con los atributos de calidad exigidos y que es deber de la Superintendencia velar por su cumplimiento para la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos.

Se debe realizar el Plan Anual de Gestión de manera concertada, con la participación de todos los funcionarios, enfocando las acciones de inspección y vigilancia en los aspectos críticos, en la prevención de éstos y en una mayor cobertura del universo de vigilados. En tanto que, la articulación favorezca la optimización de los esfuerzos humanos, económicos y administrativos hacia los aspectos a inspeccionar, llegando con firmeza hacia los vigilados y logrando la eficacia de las acciones de inspección y vigilancia que se encuentran dispersar.

Diseñar y ajustar los procedimientos internos que permitan la articulación de las acciones de inspección y vigilancia, con el fin de producir un mejor efecto en la respuesta a las necesidades de atención de los usuarios y resultados de gestión.

Al momento de solucionar problemas complejos se debe permitir mayor participación de los funcionarios, dada que el trabajo en equipo permite la toma de decisiones interdisciplinarias conjuntas.

Los retos que se presentan para la Delegada o las áreas que realicen las acciones de Inspección y Vigilancia, se enfocan en revisar los procedimientos internos de tal manera que internamente se redefinan procedimientos con tiempos reales para la entrega de informes, fortalecer un sistema de información que analice los reportes periódicos de los vigilados para disponerlos en un repositorio digital que servirá para la programación del Plan Anual de Auditorías y demás acciones de inspección y vigilancia conjuntas.

Se hace necesario el fortalecimiento de un sistema de información repositorio de análisis de datos e información pormenorizada de cada vigilado que incluya todas las acciones de inspección y vigilancia realizadas durante su permanencia en el Sector, la vigilancia en la destinación de los recursos y las prácticas no autorizadas que se estén presentando, entre otros, para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

De tal forma que el repositorio digital disponga de información actualizada de todos los vigilados, en el cual se tenga la hoja de vida de todos los actores desde su conformación, modificaciones en el transcurso del tiempo, información financiera y de flujo de recursos, pago a proveedores, atenciones mensuales, número de afiliados, redes a las que pertenecen, los análisis de los reportes periódicos, los requerimientos de los profesionales, planes de mejora auditorías realizadas, seguimientos a las auditorías, intervenciones administrativas, sanciones, entre otros. Con el fin de preservar esta información en unos expedientes virtuales, con las debidas medidas de seguridad en su acceso, en tiempo real.



La Superintendencia Delegada para Supervisión Institucional debe apoyarse en la Gestión del Talento Humano para fortalecer los programas de inducción y reinducción, la transferencia de conocimientos interna y con las demás Superintendencias a la luz del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia, con el fin de abordar desde diferentes escenarios las acciones sobre los vigilados para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud funcione también de manera articulada.

Igualmente, se sugiere que cuando exista rotación de personal se realice la transferencia de conocimiento con el fin de mejorar, retener y apropiar la memoria institucional y de conocimientos técnicos para la Gestión del Conocimiento.

## **9.2. Conclusiones**

El sector salud se encuentra en constante cambio normativo y en virtud de esa dinámica, la Superintendencia Nacional de Salud ha respondido a todos esos cambios para desarrollar la misión y la visión a lo largo de sus 43 años ajustando y mejorando la estructura orgánica en la medida que el ente rector (Ministerio de Salud) expide nueva reglamentación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se tomaron referentes teóricos relacionados con la mejora continua, encontrando que Lean Six Sigma ofrece la herramienta DMAIC, la cual se consideró como la mejor opción a implementar durante el plan de intervención.

Por otro lado, los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud son los referentes que proporcionaron información relevante sobre las oportunidades de mejora dentro de la institución y que permitieron identificar aspectos importantes para la optimización del proceso misional de inspección y vigilancia de la Delegada.

Así las cosas, las preguntas de la encuesta aplicada se clasificaron en ocho categorías: conocimiento de la Delegada para la Supervisión Institucional, articulación de funciones en la delegada, reprocesos, trabajo en equipo, herramientas para desarrollar el trabajo, gestión del conocimiento, reconocimiento y comunicación.

De esta forma, al interior de la Entidad se han adelantado algunas acciones conjuntas que indudablemente muestran que las intervenciones desde los diferentes frentes a los vigilados, producen un mejor efecto en la respuesta a las necesidades de atención de los usuarios, lo que amerita una especial atención para replantear los procedimientos internos que lleven a ese fin.

Igualmente, en las cuatro Direcciones que conforman la Delegada para la Supervisión Institucional, se identificaron fortalezas que favorecen el trabajo articulado para optimizar los esfuerzos encaminados al cumplimiento de las acciones de Inspección y Vigilancia definidas en el Plan Anual de Gestión del área y que al reconocerlas, se facilita el proceso de cambio, las cuales se resumen en: a) Personal técnico con amplia trayectoria y conocimiento del Sector Salud, b) Espíritu de permanencia que permite la retención del conocimiento, c) disposición para trabajar de manera articulada.

Es así que a partir de los resultados de la encuesta realizada a los funcionarios que laboran en los diferentes grupos internos de trabajo de la Delegada para la Supervisión Institucional, se determinó que no existe una articulación entre las cuatro direcciones que la componen, con lo cual se pudo observar desde la óptica de los mismos funcionarios, que se hace necesario realizar intervenciones orientadas a la optimización del proceso misional.

Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con el trabajo en equipo para solucionar problemas complejos, en los cuales los funcionarios manifestaron no tener participación

Por otra parte, se identificó a través de esta herramienta que los funcionarios tienen poco conocimiento del Plan Anual de Gestión porque no tienen participación dentro de la elaboración de dicho Plan, debido a que es limitada la participación de los servidores públicos, como fuente primaria de información que está directamente relacionada con la operación, generando reprocesos de acciones de inspección y vigilancia.

Como consecuencia de lo anterior, no se tiene claridad de algunas de las acciones de inspección y vigilancia que se realizan en cada una de las direcciones de la Delegada, de tal modo que las programaciones del Plan Anual de Gestión (PAG) no se realizan con base en las necesidades reales, para su intervención de manera preventiva y con un enfoque del riesgo que evite situaciones de cierre de servicios, desfinanciación de prestadores, carteras vencidas, etc.

## 10. Referencias

- Antonio Muñoz-Nájjar, J. (2004). El ‘Hoshin Kanri’: un enfoque para la formulación y el despliegue de objetivos y medios. Harvard Deusto. Ediciones Deusto - Planeta de Agostini Profesional y Formación S.L. <https://elibro-net.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/es/ereader/bibliotecaean/14849?page=3>.
- Burke, Sarah E. Silvestrini, Rachel T. (2017). Manual del ingeniero de calidad certificado (cuarta edición) - 5.4.3.3 Poka-Yoke. Sociedad Estadounidense para la Calidad (ASQ). Obtenido de <https://app.knovel.com/hotlink/pdf/id:kt011FEC3P/certified-quality-engineer/poka-yoke>
- Cinco Minutos. (2016). La filosofía del Kaizen: Pequeños cambios con grandes consecuencias. Editorial Lemaitre Publishing.
- Congreso de la República de Colombia. (1989). Ley 15. *Diario Oficial 38651 de 11 de Enero de 1989*, 1–13.
- Congreso de la República de Colombia. (1990). Decreto 1472. *Diario Oficial 39457 de 9 de Julio de 1990*, 1–10.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. *Diario Oficial 41148 23 de Diciembre 1993*, 1–1989. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=1319](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=1319)
- Congreso de la República de Colombia. (2004). Ley 909. *Diario Oficial 45680 de 23 de Septiembre de 2004*, 1–52. [http://www.tesouro.com.co/NORMAS/DECRETO\\_1510-2014.html](http://www.tesouro.com.co/NORMAS/DECRETO_1510-2014.html)

- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122. *Diario Oficial 46506 Enero 09*, 1–15. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Congreso de la República de Colombia. (2011a). Ley 1438. *Diario Oficial 47957 de 19 de Enero de 2011*, 1–50. <http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/view/773>
- Congreso de la República de Colombia. (2011b). Ley 1474. *Diario Oficial 48128 de 12 de Julio de 2011*, 1–46.
- Congreso de la República de Colombia. (2019). Ley 1966. *Diario Oficial 51011 de 11 de Julio 2019*, 1–23.
- Clúster Salud (2016). “Pensamiento Lean” para mejorar la gestión de salud en Latinoamérica. <https://clustersalud.americaeconomia.com/pensamiento-lean-para-mejorar-la-gestion-de-la-salud-en-latinoamerica>
- Delisle, Dennis R. (2015). Ejecución de mejoras lean: una guía práctica con estudios de casos de salud en el mundo real - 10.1.2 Disciplina. Sociedad Estadounidense para la Calidad (ASQ <https://app.knovel.com/hotlink/pdf/id:kt00ULZOH3/executing-lean-improvements/discipline>).
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2018). *Aprendizaje Organizacional y Gestión del Conocimiento*.
- Evans R. James y Lindsay M William (2015) Administración y control de calidad. <https://www-ebooks7-24-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/?il=786&pg=2>
- Garza Ríos, R., C., González Sánchez, C., N., Rodríguez González, E., L., & Hernández Asco, C., M. (2016). Aplicación de la metodología DMAIC de Six Sigma con simulación discreta y técnicas multicriterio. *Revista De Métodos Cuantitativos Para La Economía y La Empresa*, 22, 19-35.

<https://login.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/login?url=https://www-proquest-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/docview/1908414250?accountid=34925>.

Juan Carlos, G (2017) La Salud y su Aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España. <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/La-salud-y-su-aseguramiento-en-argentina-chile-colombia-espana.pdf>

Mannon, M., & Collins, D. (2015). Quality management in a lean health care environment. ProQuest Ebook Central <https://ebookcentral.proquest.com>

Martin, LL (1993). La calidad como objetivo organizacional. En SAGE Human Services Guide 67: Gestión de la calidad total en organizaciones de servicios humanos (págs. 26-35). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135 / 9781483326597.n4

McCarty, Thomas; Daniels, Lorraine; Bremer, Michael; Gupta, Praveen. Manual Six Sigma Black Belt (Seis métodos operativos SIGMA). Introducción a la Metodología de Mejora de Procesos DMAIC, Capítulo (McGraw-Hill, 2005). <https://www-accessengineeringlibrary-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/content/book/9780071443296/chapter/chapter11>

Ministerio de Salud Pública de Colombia (2019) Informe al Congreso de la República de Colombia 2018-2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. (1977). Decreto 1650. *Diario Oficial de 5 de Agosto de 1977*, 58.

[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1650\\_77.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1650_77.pdf)

Presidencia de la República de Colombia. (1994). Decreto 1259. *Diario Oficial 41406 de 24 de Junio de 1994*, 1–30.

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_1295\\_1994.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_1295_1994.html)

Presidencia de la República de Colombia. (2005). Decreto ley 775. *Diario Oficial 45855 de 17 de Marzo de 2005*, 1–13.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16127>

Presidencia de la República de Colombia. (2007). Decreto 1018. *Diario Oficial 46586 de 30 de Marzo de 2007*, 1–40.

Presidencia de la República de Colombia. (2013). Decreto 2462 de 2013. *Decreto Numero 2462 de 2013*, Artículo 3.

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto\\_2462\\_2013.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto_2462_2013.html)

Presidencia de la República, Decreto-Ley 1472 de 1990 “Por el cual se reorganiza la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.”

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66849>

Presidencia de la República, Decreto 1765 de 2019 “por el cual se modifican los artículos 6º, 7º, 21, 22 y 23 del Decreto 2462 de 2013, en relación con algunas competencias de la Superintendencia Nacional de Salud.”

<https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201765%20DE%20L%202001%20DE%20OCTUBRE%20DE%202019.pdf#search=decreto%201765>

Presidencia de la República, Ley 1949 del 8 de enero de 2019 “por la cual se adicional y modifican algunos artículos de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones.” <http://suin.gov.co/viewDocument.asp?id=30036084>

- Sánchez Huerta, D. (2020). Análisis FODA o DAFO: el mejor y más completo estudio con 9 ejemplos prácticos. Bubok Publishing S.L. Recuperado de <https://elibro-net.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/es/ereader/bibliotecaean/189293?page=18>.
- Socconini, L. V. y Reato, C. (2019). Lean Six Sigma: sistema de gestión para liderar empresas. Barcelona, Marge Books. Recuperado de <https://elibro-net.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/es/lc/bibliotecaean/titulos/117568>.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Resolución 4559 de 2018. *Superintendencia Nacional de Salud de Salud*, 1–15.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2015a). *Resolución 1627*.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2015b). *Resolución 1636* (pp. 1–6).
- Superintendencia Nacional de Salud. (2016a). *Resolución 1241* (pp. 1–5).
- Superintendencia Nacional de Salud. (2016b). *Resolución 2618*.
- Superintendencia Nacional de Salud. (2016c). *Resolución 2721* (pp. 1–3).
- Superintendencia Nacional de Salud. (2020). SUPERINFORMADOS. *Superinformados*, 2.
- Superintendencia Nacional de Salud (2020) <https://www.supersalud.gov.co/en-us/supervision-institucional>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2017) Manual de Operaciones del Sistema Integrado de Gestión, 2017 ASMN02 en Versión 6
- Superintendencia Nacional de Salud (2020) Informe de Gestión 2020.  
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-62.pdf>
- Superintendencia Nacional de Salud (2019)- Informe de Sostenibilidad a la Delegada para la Supervisión Institucional Recuperado de  
<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/RR-1.pdf>.



- Superintendencia Nacional de Salud Oficina de Control Interno (2019) – Informes de Auditoría de la Oficina de Control Interno a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional
- Superintendencia Nacional de Salud oficina de control interno (2019) informe de seguimiento y evaluación a la delegada para la supervisión institucional Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ControlInterno/InformesEstatutoAnticorrupcion/SS-Seg%20SDSI%203-2018-012559%2030-07-2018.pdf>
- Tlapa-Mendoza D., Limón-Romero J., Báez-López Y., Salinas-Coronado J. (2014) Process Improvement: The Six Sigma Approach. En: García-Alcaraz J., Maldonado-Macías A., Cortes-Robles G. (eds) Lean Manufacturing in the Developing World. Springer, Cham. [https://doi-org.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/10.1007/978-3-319-04951-9\\_5](https://doi-org.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/10.1007/978-3-319-04951-9_5)
- Valderrey Sanz, Pablo (2011) Seis Sigma. Recuperado de <https://www-ebooks7-24-com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/stage.aspx?il=&pg=&ed=>
- Walter Stachú, S. (2009). Identificación de la problemática mediante Pareto e Ishikawa. El Cid Editor | apuntes. <https://elibro-net.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/es/lc/bibliotecaean/titulos/31400>
- Wilson, Lonnie. 2015. “Indicador líder de cambio cultural n.º 5, un entorno de aprendizaje / enseñanza / experimentación”. Cap. 9 en Cómo implementar la fabricación ajustada. 2ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education. <https://www-accessengineeringlibrary->

[com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/content/book/9780071835732/chapter/chapter9](http://com.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/content/book/9780071835732/chapter/chapter9)

Zapata Gómez, A. (2015). Ciclo de la calidad PHVA. Editorial Universidad Nacional de Colombia. <https://elibro-net.bdbiblioteca.universidadean.edu.co/es/ereader/bibliotecaean/129837?page=5>

## A. Anexo. Encuesta

30/9/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

### Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional de la Superintendencia Nacional de Salud

El objetivo de esta encuesta es conocer la percepción de los funcionarios, respecto de los procedimientos internos y la articulación del trabajo diario entre las diferentes Direcciones, a efectos de aportar a la optimización del proceso de Inspección y Vigilancia dentro de la Delegada para la Supervisión Institucional, con un enfoque netamente académico y como parte de un proyecto de investigación para la obtención de título de postgrado.

La información que nos brinde será tratada de manera confidencial y anónima. En ningún caso sus respuestas serán identificadas con su nombre o de algún dato que lo identifique; es decir que los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados.

Tan solo deberá contestar una breve encuesta que demorará alrededor de 10 minutos, relacionada con el trabajo diario entre los equipos internos de las Direcciones que componen la Delegada; su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación a los correos [garango@supersalud.gov.co](mailto:garango@supersalud.gov.co) ó [gladyac28@gmail.com](mailto:gladyac28@gmail.com).

Por lo anterior, se entiende que con su diligenciamiento, usted libremente acepta aportar la información que nos será de gran ayuda, como apoyo al trabajo académico de grado para optar el Título de Magister en Administración de Empresas de Salud.

Muchas Gracias por su participación.

\*Obligatorio

30/9/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

## 1. Rango de Edad al que pertenece \*

Marca solo un óvalo.

- 18-25
- 26-33
- 34-41
- 42-49
- 50-57
- 58-65
- 65 o más

## 2. Género \*

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- Otro: \_\_\_\_\_

## 3. Calidad de Servidor: \*

Marca solo un óvalo.

- Carrera administrativa
- Provisional
- Libre nombramiento y remoción
- Contrato de prestación de servicios personales

30/9/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

## 4. Grupo de trabajo al que pertenece: \*

*Marca sólo un óvalo.*

- Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Subsidiadas y otras EAPB
- Grupo de Trabajo Financiero para Inspección y Vigilancia de EAPB
- Grupo de Trabajo para Habilitación y Modificaciones de EAPB
- Grupo de Trabajo de Inspección y Vigilancia para EPS Contributivas y otras EAPB
- Grupo de Gestión Administrativa y Legal de Prestadores de Servicios de Salud
- Grupo de Gestión Asistencial de Prestadores de Servidores de Salud
- Grupo de Gestión Financiera de Prestadores de Servicios de Salud
- Grupo de Inspección y Vigilancia a la Prestación de Servicios de Salud
- Grupo de Inspección y Vigilancia al Aseguramiento en Entidades Territoriales
- Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente de Salud Pública
- Grupo de Inspección y Vigilancia al Componente Financiero
- Grupo Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES)

## 5. Tiempo de Servicio en la Entidad \*

*Marca sólo un óvalo.*

- Menor de un Año
- De 1 a 5 Años
- De 5 a 10 Años
- Mayor de 10 años

30/9/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institud...

6. Identificación del Empleo <sup>\*</sup>*Marca sólo un óvalo.*

- Asistencial
- Técnico
- Profesional
- Directivo

7. ¿Conoce las funciones de las diferentes Direcciones de la Delegada? <sup>\*</sup>*Marca sólo un óvalo.*

- Muy bien
- Bien
- Poco
- Muy poco
- Nada

8. ¿Su trabajo se coordina con otra Dirección de la Delegada? <sup>\*</sup>*Marca sólo un óvalo.*

- Siempre
- Casi Siempre
- Ocasionalmente
- Casi Nunca
- Nunca

30/9/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituo...

9. ¿Considera que las auditorias realizadas por las Regionales son de gran ayuda para las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

10. ¿Las acciones de inspección y vigilancia se realizan de manera articulada con otras Direcciones de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

11. Si ha realizado auditorias con otras Direcciones, señale con cuáles ha participado:

---

---

---

---

---

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institud...

12. ¿Considera que el tiempo definido en el procedimiento interno para la entrega de los informes de auditoría, es el adecuado? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni en acuerdo Ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

13. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con el proceso de inducción y/o reinducción recibido para desempeñar las funciones de su cargo? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy Satisfecho  
 Satisfecho  
 Moderadamente Satisfecho  
 Poco Satisfecho  
 Insatisfecho

14. ¿Se realiza trabajo en equipo para dar solución a problemas complejos? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre  
 Casi Siempre  
 Ocasionalmente  
 Casi Nunca  
 Nunca



30/02/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

15. ¿Existen reprocesos entre las Direcciones que pueden retrasar los entregables? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Casi Siempre
- Ocasionalmente
- Casi Nunca
- Nunca

16. Identifique cuáles son las fallas más frecuentes que generan reprocesos: \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Cruce de auditorías a un mismo vigilado
- Asignación de una misma queja a diferentes funcionarios
- Claridad a la hora de definir línea de trabajo a los colaboradores
- En la priorización de las actividades
- En el acceso a la información reportada por los vigilados, para iniciar las acciones de Inspección y Vigilancia
- Metodologías aplicadas
- Espera del insumo requerido a otra Dirección y/o Delegada
- Puntos de vista divergentes frente a un asunto determinado
- Espera prolongada en los Vo.Bo.

Otro:  \_\_\_\_\_

30/9/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

17. ¿Cuáles condiciones y/o herramientas tecnológicas adicionales requiere para mejorar el desempeño de sus actividades? (Puede señalar varias opciones o incluir otras) \*

Selecciona todos los que correspondan.

- Soporte Técnico Oportuno  
 Software más amigable  
 Funcionalidad del software que agilice el desarrollo de las actividades  
 Más estabilidad en la plataforma de trabajo  
 Capacitaciones en ofimática

Otro:  \_\_\_\_\_

18. ¿Considera importante que las Direcciones de la Delegada trabajen de manera articulada? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí  
 No

19. ¿Por qué? \*

---

---

---

---

---

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

20. ¿Considera importante la rotación del personal por otras Direcciones de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

21. ¿Por qué? \*

---

---

---

---

---

22. ¿Ha realizado auditorías y/o acciones de Inspección y Vigilancia con otras Delegadas? \*

Marca solo un óvalo.

Siempre

Casi siempre

Ocasionalmente

Casi nunca

Nunca

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituti...

23. De acuerdo con la pregunta anterior, señale la o las Delegadas con las cuales se ha realizado trabajo de inspección y vigilancia de manera articulada: \*

Marca solo un óvalo.

- Delegada de Riesgos
- Delegada de Medidas Especiales
- Delegada de Protección al Usuario
- Otro: \_\_\_\_\_

24. ¿Siente que su carga laboral se encuentra alineada con las funciones asignadas y al cargo que desempeña? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

25. ¿Conoce cuál es el objetivo del Plan Anual de Gestión (PAG) de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

26. Si su respuesta es NO, seleccione uno o varios motivos \*

*Selecciona todos los que correspondan.*

- No hubo suficiente socialización
- No lo he comprendido
- No he tenido tiempo de revisarlo
- Es un trabajo de Planeación

Otro:  \_\_\_\_\_

27. ¿Considera importante que la realización del Plan Anual de Gestión (PAG) de la Delegada, se realice de manera concertada entre las cuatro direcciones? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

28. ¿Las contingencias generan alteración en la programación de las acciones de Inspección y Vigilancia de la Delegada? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

30/02/21 12:10

Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Institud...

29. ¿Considera que su trabajo contribuye a la defensa del derecho a la salud? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

30. ¿Considera que la comunicación interna entre todos los funcionarios de la  
Delegada es clara y fluida? \**Marca solo un óvalo.*

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

31. ¿Considera importante hacer transferencia de conocimientos entre los  
funcionarios de la Delegada? \**Marca solo un óvalo.*

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En Desacuerdo
- Muy en desacuerdo

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

32. ¿Considera que los sistemas de información disponibles en la Delegada facilitan su trabajo? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy de Acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En Desacuerdo
- Muy en Desacuerdo

33. ¿Hay transferencia de conocimiento entre los funcionarios de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi nunca
- Nunca

34. ¿Considera que en la Entidad se tiene un diálogo abierto para que sus ideas de mejora puedan ser tenidas en cuenta? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre
- Casi siempre
- Ocasionalmente
- Casi Nunca
- Nunca

30/02/21 12:10 Encuesta: Optimización del Proceso Misional de Inspección y Vigilancia a la Superintendencia Delegada para la Supervisión Instituci...

35. ¿Considera importante la participación de los funcionarios en el levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni en acuerdo, ni en desacuerdo  
 En Desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

36. ¿Estaría dispuesto a ser parte en el ajuste o levantamiento de procedimientos internos de la Delegada? \*

Marca solo un óvalo.

- Siempre  
 Casi siempre  
 Ocasionalmente  
 Casi nunca  
 Nunca

37. ¿En un eventual rediseño institucional, considera importante el trabajo articulado entre las diferentes áreas de Inspección y Vigilancia que conduzcan a las acciones de Control? \*

Marca solo un óvalo.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo  
 En Desacuerdo  
 Muy en Desacuerdo





Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

