

**RELACIÓN ENTRE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y EL CONOCIMIENTO Y LA  
MOTIVACIÓN DEL PERSONAL.  
ESE ISABU – BUCARAMANGA, 2011**

**TATHIANA CARRILLO LOBO  
LUISA FERNANDA QUIROS  
RUBEN DARÍO VÉLEZ TRILLOS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
CONVENIO CES  
POSTGRADO AUDITORÍA EN SALUD  
“AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD”  
BUCARAMANGA  
2012**

**RELACIÓN ENTRE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y EL CONOCIMIENTO Y LA  
MOTIVACIÓN DEL PERSONAL.  
ESE ISABU – BUCARAMANGA, 2011**

**TATHIANA CARRILLO LOBO  
LUISA FERNANDA QUIROZ  
RUBEN DARÍO VÉLEZ TRILLOS**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de:  
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD**

**Asesora  
MGRA. PIEDAD ROLDÁN JARAMILLO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
CONVENIO CES  
POSTGRADO AUDITORÍA EN SALUD  
“AUDITORÍA Y CALIDAD EN SALUD”  
BUCARAMANGA  
2012**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCION	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
4. MARCO TEÓRICO	23
4.1 ANTECEDENTES	23
4.1.1 Legales	23
4.2 BASES TEÓRICAS	25
4.2.1 Estructura del SGSSS	25
4.2.2 El Régimen de Beneficios	30
4.2.3 Del Regimen Subsidiado	35
4.2.4 Términos Básicos del Proyecto	38
4.3 FACTURACIÓN	40
4.3.1 Procesos administrativos que sirven de apoyo a una correcta facturación	41
4.4 GLOSAS	42
4.4.1 Presentación de Glosas	43
4.5 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	46
4.5.1 Programa de atención preventiva en salud bucal	46
4.5.2 Programa Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino	48
4.5.3 Programa de Crecimiento y Desarrollo	49
4.6 CONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN EN LAS EMPRESAS	52
4.6.1 Conocimiento	52
4.6.2 Motivación	53
5. OBJETIVOS	55
5.1 OBJETIVO GENERAL	55
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
6. DISEÑO METODOLÓGICO	556

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	556
6.2 TIPO DE ESTUDIO	556
6.3 POBLACIÓN OBJETO	56
6.4 MUESTRA	58
6.4.1 Criterios de inclusión	59
6.4.2 Criterios de exclusión	59
6.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	60
6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
6.6.1 Fuentes de información	62
6.6.2 Instrumentos de recolección de la información	62
6.6.3 Proceso de recolección de la información	63
7. RESULTADOS	66
8. CONCLUSIONES	72
9. RECOMENDACIONES PARA ELABORACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO	75
BIBLIOGRAFÍA	77
ANEXOS	81

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, según consolidado de las matrices de programación	18
Gráfica 2. Porcentaje de funcionarios de la EPS ISABU que expresaron conocer el objeto contractual de la minuta que se firma entre las partes. 2011	67
Gráfica 3. Porcentaje de funcionarios que expresan conocer la minuta sobre el objeto contractual. 2011.	68
Gráfica 4. Porcentaje de los funcionarios que reconoce la Socialización del contrato realizada por la oficina de contratación. 2011	69
Gráfica 5. Porcentaje del Conocimiento que tiene el personal médico y paramédico de los valores glosados periódicamente por la EPS CAPRECOM a la ESE ISABU por incumplimiento de metas. 2011	70
Gráfica 6. Porcentaje de la existencia de guías de manejo en el sitio de trabajo requeridas para la realización de actividades de promoción y prevención. 2011	69
Gráfica 7. Verificación del diligenciamiento de RIPS de los programas de promoción y prevención. 2011	70
Gráfica 8. Porcentaje de los reporte de actividades de demanda inducida por parte de la ESE ISABU. 2011	71
Gráfica 9. Porcentaje del personal administrativo y asistencial que conoce el plan de estímulos para el cumplimiento de las actividades de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2011	71

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Red prestadora de la ESE ISABU	116
Tabla 2. Descripción de variables	60

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. DATOS DE REPORTE DE GLOSAS DE LA EPS CAPRECOM A LA ESE ISABU EFECTUADAS DURANTE EL PERIODO 2008-2011	82
ANEXO B. MATRICES DE PROGRAMACIÓN DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2011	86
ANEXO C. CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA ESE ISABU	93
ANEXO D. LISTA DE CHEQUEO: ENTREVISTA A FUNCIONARIOS PARA VERIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MINUTA	96
ANEXO E. LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SALUD (RIPS), DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	97
ANEXO F. LISTA DE CHEQUEO: REPORTE DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA POR PARTE DE LA ESE ISABU	98
ANEXO G. LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE MATRICES DE PROGRAMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	100
ANEXO H. ENCUESTA A JEFE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, JEFES DE ZONA DE LA ESE ISABU. ENCUESTA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA. ENCUESTA A AUXILIARES Y PERSONAL DE FACTURACIÓN	101
ANEXO I. ENCUESTA PERSONAL OPERATIVO DE LA ESE ISABU (MEDICOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES)	103
ANEXO J. ENCUESTA PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU (FACTURACION Y APOYO ADMINISTRATIVO DE CAJA)	105

## RESUMEN

### 1. DOCUMENTO

- A. **TIPO DE DOCUMENTO:** INVESTIGACION  
B. **NIVEL CIRCULACION:** BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

2. **TÍTULO:** RELACIÓN ENTRE EL INCUMPLIMIENTO DE LAS METAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y EL CONOCIMIENTO Y LA MOTIVACIÓN DEL PERSONAL. ESE ISABU – BUCARAMANGA, 2011

### 3. AUTORES

TATHIANA CARRILLO LOBO  
LUISA FERNANDA QUIROZ  
RUBEN DARÍO VÉLEZ TRILLOS

4. **UNIDAD:** RECURSOS PROPIOS

5.. **TEMAS RELACIONADOS** AUDITORIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD, PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

6. **PALABRAS CLAVES:** SGSSS, GLOSAS, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, CONOCIMIENTO, MOTIVACION.

### 7. DESCRIPCION DEL PROYECTO

Este proyecto busca, identificar la relación que existe entre, el incumplimiento de las metas por parte de la ESE ISABU y el conocimiento y la motivación por parte del personal administrativo y asistencial, encargados de controlar y ejecutar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,



específicamente de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral; contratadas por la EPS CAPRECOM, en el segundo trimestre del año 2011 en la ciudad de Bucaramanga.

En este estudio se realiza la recolección de datos mediante entrevistas (diálogo con el personal) y encuestas (cuestionario diseñado), que son tabuladas y examinadas de una manera detallada.

Los resultados se interpretan y se analizan generando las conclusiones que dan respuesta a la pregunta de investigación.

## **8. FUENTES**

- Tabla de registro de valores glosados por parte de la EPS CAPRECOM
- Funcionarios que laboran en la ESE ISABU tanto en la parte asistencial (médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares), como en la administrativa (jefe de promoción y prevención, jefes de zona, personal de facturación)
- Documento: contrato inter-administrativo entre las partes: ESE ISABU y EPS CAPRECOM
- Registro Individual de Prestaciones de Salud (RIPS) de los programas de promoción y prevención (soporte de facturación).
- Planillas de demanda inducida
- Matrices de cumplimiento de los programas de promoción y prevención de las actividades de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral.

## **9. METODOLOGIA**

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 84 personas entre administrativos y asistenciales de la ESE ISABU, encargados de controlar y ejecutar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; las técnicas empleadas, observación directa y la encuesta; los instrumentos, lista de chequeo y cuestionarios. Los datos fueron recogidos en los diferentes centros de salud tomados aleatoriamente; así con el personal que se encuentra laborando en el momento de la visita.

## **10. RESULTADOS**

El estudio se centró en analizar la relación entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de enfermedad y el conocimiento y la motivación del personal quienes están a cargo de controlar y ejecutar las actividades, de lo cual se encontró que los médicos son quienes representan el mayor porcentaje de desconocimiento de la contratación (65.3%), y a su vez no poseer estímulos que motiven al cumplimiento de las actividades (82.61%). Es de importancia resaltar que los odontólogos fueron los únicos quienes manifestaron en un 100% tener estímulos que motivan sus funciones.

Igualmente, se obtuvo que los jefes de zona y la líder del proceso expresan tener mayor conocimiento acerca de la contratación y en escala descendente las enfermeras, auxiliares, personal de facturación, odontólogos y médicos. Cabe anotar que aunque no se encontró que el desconocimientos de los estímulos al igual que de la minuta de objeto contractual se han el motivo para no alcanzar las metas propuestas

## 11. CONCLUSIONES

Se concluye a partir de los resultados obtenidos, que en la Empresa Social del Estado ISABU, se reciben glosas por parte de la EPS CAPRECOM, relacionadas posiblemente por las siguientes razones:

El desconocimiento del contenido de la minuta contractual (la cual contiene el objeto del contrato a cumplir, es decir las actividades a desarrollar) por parte de algunos funcionarios responsables de la ejecución de las mismas, puede influir negativamente en el cumplimiento o fin último de la contratación, pues lo que no se conoce a cabalidad, difícilmente se puede realizar.

Debido a que no se digitan oportunamente los documentos de soporte (RIPS) en el tiempo establecido por el personal de facturación se interpreta como incumplimiento por falta de oportunidad en la presentación de cuentas (soportes), lo cual conduce a glosas, que bien pueden evitarse

Igualmente es pertinente concluir, que, a pesar de que expresó tener un conocimiento de las metas por cumplir de los programas en investigación, los funcionarios encargados no realizan todas las actividades señaladas en las matrices de programación, generando el incumplimiento que genera las glosas.

La falta de liderazgo del proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con respecto a la motivación para el cumplimiento de actividades y a la socialización y/o retroalimentación, cuando se debe analizar el incumplimiento de metas, tiene un gran impacto debido a que el ser humano requiere de incentivos y fijarse objetivos, ojala con planes de mejoramiento incluidos, para cumplir exitosamente las tareas.

## INTRODUCCION

Las glosas representan un factor que afecta las instituciones de salud, dado que estas son objeciones a las cuentas de cobro originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales generan grandes pérdidas a las empresas prestadoras de servicios de salud. [1]

Ha sido interés de estudio este tema, puesto que en el ámbito laboral, los profesionales de la salud se han visto afectados por las glosas generadas en los lugares de trabajo; causando en muchas ocasiones demoras en los pagos y en otras pérdidas que repercuten en la economía.

La ESE ISABU recibe permanentemente glosas por parte de las empresas promotoras de salud, quienes la han contratado para prestar los servicios. Para este estudio se tuvo en cuenta las actividades por la EPS CAPRECOM de promoción de la enfermedad para las actividades de toma de citología, crecimiento y salud oral. Se escogió dicha institución por la facilidad en el acceso a la información.

De acuerdo a la información inicial facilitada por la persona encargada de promoción y prevención se encontró que las actividades donde mayor número de glosas se registraba correspondían a las de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral; situación que deja manifiesta la necesidad de identificar cuál es la relación existente entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de enfermedad y el conocimiento y la motivación del personal encargado. Con lo anterior se brindará a la ESE ISABU información útil para el re- direccionamiento y mejora de estos procesos, contribuyendo con la disminución del riesgo de pérdida financiera a la ESE ISABU, pues el impacto de los descuentos que realiza la EPS por no cumplimiento, son considerables; así

como beneficiar al usuario a disminuir el riesgo de padecer la enfermedad, el cuál es el principal objetivo de los procesos de prevención.

Para lograr lo anterior, se hizo evaluación de las minutas contractuales, encontrando claramente que el objeto del mismo es dar cumplimiento a las actividades de promoción y prevención, de acuerdo a las matrices establecidas por la resolución 412 de 2000, teniendo como factor fundamental los grupos de población definidos en las bases de datos entregados al prestador.

Se indagó sobre el conocimiento y motivación de éstas por parte de quienes manejan el proceso y quienes lo ejecutan, con el fin de identificar por qué se presenta el incumplimiento por parte del personal de la ESE ISABU.

Al finalizar el proceso se encontró una serie de falencias, que van desde la falta de socialización del contrato, de estímulos para motivar el personal, desconocimiento de los valores glosados por parte de los actores, hasta el poco conocimiento e importancia que le dan los usuarios a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de su EPS CAPRECOM.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Empresa Social del Estado ESE ISABU, es una empresa con categoría especial de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa e integrante del Sistema General de Seguridad Social, del municipio de Bucaramanga y sometida al régimen previsto en el decreto 1876 de 1994 y demás disposiciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Cabe resaltar que la población de Bucaramanga a quien se le presta el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la ESE ISABU, se caracteriza por ser la población correspondiente a los estratos 1 y 2 de acuerdo a la clasificación del Sistema Único de Inscripción de Beneficiarios (SISBEN), siendo éstos los más pobres y vulnerables, susceptibles de padecer enfermedad.

Fue creado mediante los decretos 665 y 668 de diciembre de 1989, siendo inicialmente un establecimiento público descentralizado del orden municipal y tuvo como función principal, ser el organismo encargado de la Dirección Local de Salud, adscrito al Sistema Nacional de Salud. (2)

En vigencia de la nueva Constitución Nacional de 1991, entró en vigor la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema de Seguridad Social Integral y otorgó al presidente de la República facultades extraordinarias para expedir un estatuto orgánico del sistema de salud. En ejercicio de dichas facultades se expidió el decreto 1298 de 1994, que dispuso en el artículo 96, que los entes territoriales deben disponer la reestructuración de las entidades descentralizadas, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud para adecuarlas a la nueva normatividad que el decreto en mención establece (3)

Para dar cumplimiento al decreto 1298, el Ministerio de Salud expidió el decreto 1876 del 3 de agosto de 1994, mediante el cual se creó una nueva modalidad de entidades públicas, llamadas empresas sociales del estado, como una categoría especial de entidad descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado y como parte integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (4)

En 1997 son reestructuradas las entidades descentralizadas prestadoras de Servicios de Salud mediante el decreto 1876 del 3 de Agosto del mismo año y el ISABU obtiene así la modalidad de Empresa Social del Estado, con la categoría especial de Entidad Descentralizada, con, cuya función esencial es la Prestación de Servicios de Salud. En Agosto de 1999, entró en servicio el Hospital Local del Norte y se trasladó para allí la parte administrativa de la institución, que funcionó tradicionalmente en la Unidad Intermedia Médico Quirúrgica. (4,5)

La misión de la ESE ISABU hace referencia a prestar servicios de salud de baja y mediana complejidad, orientada hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con talento humano comprometido con la calidad y la atención humanizada de la población de Bucaramanga y su área de influencia. . (2)

Así mismo debe asegurar una serie de contratos permitidos por el sistema general de seguridad social de salud (Ley 100 del 93, Ley 1122 de 2007, Ley1438 de 2011), a través del cual establece que las EPS del régimen subsidiado, deberán contratar con las entidades del orden municipal todas las actividades de promoción y prevención; asignando además, la obligatoriedad de contratar con la red pública el 60% del total de la Unidad de Pago por Capitación entregada al asegurador. (6, 7,8)

Es así como la ESE ISABU, cuenta con una red de centros de salud distribuidos en la zona urbana y periférica, que le permite garantizar a los usuarios la accesibilidad a los servicios con oportunidad y con trato humanizado, a través del recurso humano capacitado que exige la ley. Los centros de atención se encuentran dotados de acuerdo a lo dispuesto en la norma (Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos). (2)

La red prestadora actualmente está representada por 27 unidades operativas distribuidas por comunas así:

Tabla 1. Red prestadora de la ESE ISABU, Bucaramanga 2012

COMUNA	CENTROS DE SALUD
<b>1 Norte</b>	Colorados, Kennedy, Villa Rosa
<b>2 Nororiental</b>	Regaderos, Padres Somascos, IPC
<b>3 San Francisco</b>	Comuneros, San Rafael, UIMIST
<b>4 Occidental</b>	Gaitán, Santander y Girardot
<b>5 García Rovira</b>	Campo Hermoso, Quirúrgico. La Joya
<b>6 La concordia</b>	Concordia
<b>8 Sur Occidente</b>	Bucaramanga, Pablo VI
<b>9 La pedregosa</b>	La Libertad
<b>10 Provenza</b>	Cristal alto
<b>11 Sur</b>	Toledo plata
<b>13 Oriental</b>	Antonia Santos, Rosario
<b>14 Morro-rico</b>	Morro-rico
<b>17 Mutis</b>	Mutis

Fuente: Oficina de calidad de la ESE ISABU

Desde allí ofrece los servicios de primer nivel de complejidad a los diferentes usuarios del régimen subsidiado, contratados a través de cinco EPS-S siendo estas: SOLSALUD, CAPRECOM, COMFENALCO, ASMETSALUD Y COOSALUD.



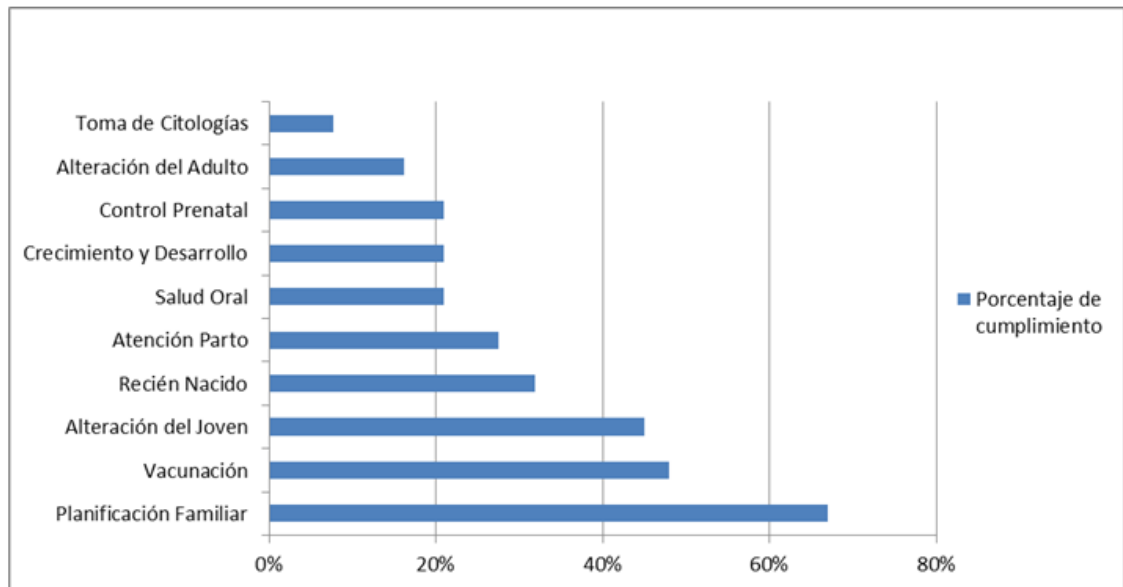
La modalidad de contratación de los servicios es la capitación, entendiéndose ésta como el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC-Subsidiada, UPC-S, es el valor reconocido para cubrir el POS subsidiado y también es referida como UPC plena o subsidio pleno. Ese valor es definido actualmente por la Comisión de Regulación en Salud-CRES y hoy en día, el Acuerdo N° 19 de 2010 es el acuerdo vigente en esta materia: (9)

Para el cumplimiento de las metas propuestas por los aseguradores, deben basarse en la Resolución 0412 del año 2000, Resolución 4796 de 2008 y sus reglamentaciones adicionales, la cual establece unas matrices de programación, basadas en los diferentes grupos etarios, definiendo actividades contempladas en el anexo técnico 1 de la misma resolución. (10)

Según la información obtenida por parte de la EPS CAPRECOM, en los tres últimos años el porcentaje de glosas generadas por incumplimiento de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ha venido en aumento con respecto a los años anteriores. El comparativo inicia con datos de glosas del año 2008, cuya cuantía ascendió a \$53.705.129,00 en su momento. Posteriormente se evidencia el incremento en cifras que van desde el año 2009 a 2011 en forma ascendente, así: \$66.689.234,00, \$299.964.914,00, \$333.541.931,00 respectivamente (ANEXO A).

La ESE ISABU, a través de su líder de proceso, reporta en su consolidado de las matrices de programación, los siguientes porcentajes de cumplimiento para cada programa, en el segundo trimestre de 2011: (ANEXO B)

Gráfica 1. Porcentaje de cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, según consolidado de las matrices de programación ESE ISABU, Bucaramanga- segundo trimestre 2011



Fuente: Elaboración propia a partir de las matrices de cumplimiento ese ISABU – segundo trimestre 2011

De acuerdo a los resultados anteriores se observa que:

La toma de Citologías, refleja en su ejecución un bajo porcentaje de cumplimiento, siendo 7,75 %; situación inquietante por el efecto negativo que en las glosas y la salud de las personas puede causar la no detección precoz del riesgo de padecer cáncer cervicouterino, en la población susceptible. Adicionalmente los costos que se generan al terminar en enfermedades catastróficas son elevados, tanto para el asegurador, como para el sistema de Salud.

Las actividades de crecimiento y desarrollo, muestran un porcentaje muy significativo de incumplimiento equivalente al 79%. Dada la importancia que éste representa para la población infantil, es evidente el riesgo a que se expone, al no ser ejecutadas. Lo anterior conlleva a que no se haga detección temprana de las

alteraciones durante el desarrollo, lo que genera que no se prevenga y sí aumente el riesgo, ocasionando además un alto costo para la institución.

Para las actividades de salud oral, se puede evidenciar el bajo cumplimiento, correspondiente al 21%, de las metas programadas, causando también gran impacto en las glosas; que puede generar que se agudice y por consiguiente causar más gastos en cuanto a recuperación de la salud oral.

De otra parte, es bien sabido que las glosas que no tienen respuesta justificada ante quien las genera, en este caso la EPS CAPRECOM, se hace efectiva constituyendo gran impacto en el presupuesto de la ESE ISABU, el cual se verá reflejado en las dificultades para cumplir con sus obligaciones comerciales y con el pago a los trabajadores.

Partiendo de que el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, está establecido por la norma y la entidad prestadora del servicio quienes poseen las matrices de programación, es necesario continuar buscando la relación existente entre el incumplimiento de dichos programas y el conocimiento y motivación del personal encargado; pues son ellos quienes a partir del conocimiento que posean sobre el mismo y de la importancia que le otorguen para realizarlo, garantizan su éxito.

Es por ello, que a través de este proyecto se pretende, llegar a la identificación de la relación que existe entre, el incumplimiento de las metas por parte de la ESE ISABU y el conocimiento y motivación del personal administrativo y asistencial encargado de controlar y ejecutar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, específicamente de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral; contratadas por la EPS CAPRECOM, en el segundo trimestre del año 2011 en la ciudad de Bucaramanga.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La ESE ISABU, Instituto de Salud de Bucaramanga, es una empresa Social del Estado, del orden Municipal, con la categoría especial de entidad descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuya función esencial es la prestación de servicios de salud.[2]

CAPRECOM es una de las EPS que contrata los servicios de salud con la ESE ISABU, siendo importante mencionar para este estudio los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de las actividades correspondientes a toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral, que son las que generan mayor número de glosas.

A partir de la revisión de las cifras suministradas por la EPS CAPRECOM (Anexo A) con gran preocupación se observa el incremento de las glosas en los últimos tres años, debido al incumplimiento de metas de los programas en mención, que ocasionan un impacto negativo tanto en la población a quien se le presta estos servicios, como en los estados financieros de la ESE.

Mediante este estudio se pretende hallar la relación que existe entre el incumplimiento de las metas por parte de la ESE ISABU y el conocimiento y motivación del personal administrativo y asistencial encargado de controlar y ejecutar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, específicamente de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral; contratadas por la EPS CAPRECOM, en el segundo trimestre del año 2011 en la ciudad de Bucaramanga. Lo anterior conlleva a realizar una revisión desde la contratación misma hasta los responsables de ejecutar las tareas, así como los documentos utilizados para el registro y el proceso de facturación que soportan el desarrollo de las metas establecidas entre la EPS y el contratista.

El objetivo final es establecer la posible relación que existe entre los factores de incumplimiento de las metas por parte de la ESE ISABU y el conocimiento y la motivación que expresa tener el personal administrativo y asistencial, con el fin de facilitar a esta empresa social del estado, la información que le permita a la alta gerencia dar cumplimiento a la normatividad establecida y al objeto contractual, entre las partes.

Adicionalmente, la población objeto se beneficiará al recibir a cabalidad los programas contratados mejorando su calidad de vida, disminuyendo riesgos y generando una mayor satisfacción del servicio recibido.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la relación existente entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de la ESE ISABU y el conocimiento y la motivación que expresa tener el personal administrativo y asistencial, encargado de controlar y ejecutar dichos procesos?

## 4. MARCO TEÓRICO

En esta sección se abordarán los conceptos básicos, estructura y características del Sistema General de Seguridad Social en Salud; así mismo, se tratará un elemento clave de éste que son las EPS, o Empresas Promotoras de Planes de Beneficios en Salud, dentro de las cuales por relevancia, se dará a conocer la EPS CAPRECOM. De igual manera, se mencionarán los programas de promoción y prevención relacionadas con el estudio, así los planteamientos teóricos sobre el papel que juega la motivación y la comunicación en el desarrollo de las actividades que debe ejecutar el personal perteneciente a las empresas prestadoras de servicios de salud.

### 4.1 ANTECEDENTES

**4.1.1 Legales.** La Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones en el artículo 1, la Ley establece la forma de prestación del servicio de salud, de este modo determina que la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas. (6)

La Ley 60 de 1993, se relaciona con el tema, ya que en se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. (11)

La Ley 715 de 2001, por la cual se dictan Normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras

disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. En esta Ley se discute la importancia del proceso de descentralización que ha vivido Colombia en las últimas décadas teniendo como eje central el aspecto fiscal: ingresos y egresos de gobierno central, así como de los entes territoriales.(12)

En la Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral se crea una Legislación nueva para Colombia, sobre la Seguridad Social en Salud, la cual incluye; el aseguramiento para la obtención de los servicios, los riesgos profesionales y el sistema pensional. (6)

En el Artículo 152 la presente ley establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, su organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. (6)

El Decreto 4747 de 2007. "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones" (16)

En este decreto se regulan algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Este decreto se aplica a los prestadores de servicios de salud y a toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos. (16)



## **4.2 BASES TEÓRICAS**

**4.2.1 Estructura del SGSSS.** El Sistema de Seguridad Social en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. (6)

El Sistema general de seguridad social en salud (S.G.S.S.S), el cual tiene como objeto dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones (13)

Hablar de la seguridad social en salud, aunque ha sido criticada, por muchos actores del sector, resulta bien interesante, si se mira, desde la óptica de su aplicabilidad con oportunidad, calidad, pensando siempre en el usuario, buscando su satisfacción y lo que es mejor, tratar de evitar la ocurrencia de la enfermedad, para tener poblaciones cada día más sanas, evitándoles gastos innecesarios al sistema. (6)

Es importante anotar, lo referente a los servicios que recibe la población de bajos recursos y vulnerable del país, clasificada en los estratos 1, 2 y 3 de acuerdo al SISBEN, a quienes se les brinda los servicios objeto de este estudio, como son los de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Cabe anotar que los

demás estratos socioeconómicos igualmente se benefician de los programas ofrecidos. (6)

De esta manera, el SGSSS se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley, que guían su desarrollo e implementación y cuyo origen son diferentes modelos del papel del Estado, tales como: el bismarckiano, el neoliberal y el de descentralización. Estos principios contemplados en el artículo 2 de la ley 100 de 1993 son:

- Universalidad, entendida como la cobertura de todos los colombianos en el aseguramiento para un plan único de beneficios (equidad).
- Integralidad, definida como la protección suficiente y completa de las necesidades individuales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y de interés colectivo en salud.
- Descentralización y Participación, dados por una mayor responsabilidad de los niveles local y territorial sobre la dirección y financiación de los servicios de salud.
- Concertación, entendida como la necesidad de alcanzar un equilibrio sostenible entre los distintos actores (aseguradores, prestadores, usuarios y reguladores).
- Obligatoriedad, en el sentido de que ningún colombiano puede renunciar a participar en el sistema de aseguramiento y solidaridad.
- Solidaridad, entendida como el subsidio desde las poblaciones con mayor capacidad de pago y más sanas, hacia aquellas más pobres y vulnerables.

- Libre escogencia por parte de los ciudadanos, tanto para entidades aseguradoras como prestadoras de servicios de salud.
- Gradualidad, en reconocimiento a la imposibilidad de poner en pleno funcionamiento y de manera inmediata todos los mecanismos del nuevo sistema.
- Eficiencia y Calidad, esperados como resultado final de una dinámica de competencia regulada. (6)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene como objetivo regular el servicio público y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio.

Así mismo dentro del SGSSS encontramos los fundamentos del Servicio Público, los cuales se hace referencia a continuación:

Con respecto a los organismos de dirección, vigilancia y control, enuncia en su Artículo 155, que los integrantes de SGSSS son: Ministerios de Salud y trabajo; Consejo nacional de Seguridad Social en Salud; La superintendencia Nacional en Salud. (6)

Así mismo aclara que los organismos de administración y financiación son:

- Entidades promotoras de salud (EPS)
- Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud
- Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

También define quienes prestaran el servicio, quienes se benefician y otro tipo de veedurías:

- Las Instituciones Prestadoras de Salud
- Empleadores y trabajadores
- Beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Comités de participación ciudadana en salud

Posteriormente, en su artículo 156 se determinan las características básicas de SGSSS las cuales se enunciarán:

El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que definirá con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.(6)

Por otra parte, con respecto a los afiliados, en el artículo 157 los tipos de Participantes, que a partir de la sanción de la presente Ley, determina que todo colombiano participará en el servicio esencial de salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados. (6)

Existen tres tipos de participantes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a los cuales se hace referencia:

- Los afiliados al sistema mediante el régimen contributivo. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el Capítulo I del Título III de la presente Ley. (6)

- Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rurales y urbanas. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, la personas mayores de 65 años, los discapacitados, lo campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus Subalterno, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago (6)

- Los afiliados a los Subsistemas de salud o Regímenes especiales

En este grupo, se encuentran las Fuerzas Armadas, el Magisterio, la Rama Judicial, entre otros, quienes también reciben los beneficios de la seguridad social en salud, con variaciones que van, desde el plan de beneficios incluyendo una serie de bondades perse a su condición laboral, hasta la entrega de una serie de suministros, que son propios tanto para el titular como sus beneficiarios. (6)

Define también quienes son las personas vinculadas al sistema:

Los participantes vinculados son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

A partir del año 2000, todo colombiano deberá pertenecer al Sistema por medio de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162. (6)

**4.2.2 El Régimen de Beneficios.** El plan obligatorio de salud se define en el artículo 156 de la ley 100/93, como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

Específicamente, para el régimen subsidiado, el decreto 806/98, define el POS-S en los siguientes términos:

En el Artículo. 13, el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, POSS lo define como el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen subsidiado y que están obligadas a garantizar las entidades promotoras de salud, las empresas solidarias de salud y las cajas de compensación familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del régimen subsidiado. (6)

El contenido del plan subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

En cuanto al contenido del POS-S, el artículo 162 de la ley 100 de 1993, prevé:

Según el Artículo 162 define que el sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. (6)

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables. (6)

En el artículo 160 de la ley 100 de 1993, señala dentro de los deberes de los afiliados y beneficiarios, los siguientes aspectos:

- Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
- Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar. (6)
- Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.

- Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente Ley.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
- Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes. (6)

En el Sistema General de Seguridad en Salud, las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiario no podrán aplicar preexistencias a sus afiliados.

Para la atención básica, este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se rigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen alta externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria. (6)

El Plan Obligatorio de Salud en cuanto a la atención materno infantil para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.



Igualmente para los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito para los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial.

La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago.

Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.  
(11)

Las Entidades Promotoras de Salud, son las entidades responsables de la afiliación, y registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados. (6)

Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es

decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. (6)

Entre las funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud está prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley. Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las EPS prestan Directamente o contratan los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de servicios de salud y los profesionales.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicas la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. De igual manera deberán garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas.

El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximas de esperar por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente. (6)

**4.2.3 Del Régimen Subsidiado.** Para lograr la afiliación de la población pobre y vulnerable del país al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, el Estado Colombiano ha definido al Régimen Subsidiado en Salud como su vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud. Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de

su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, es deber de los Entes Territoriales el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria, es decir, sobre la ejecución misma de los contratos suscritos con las EPS-S. (6)

En el presente estudio se relacionan los estratos que reciben los beneficios del régimen subsidiado, por consiguiente es importante resaltar que este tiene propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no poseen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Este régimen de subsidiado será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990. (13)

Será beneficiaria del Régimen Subsidiado toda la población pobre y vulnerable, en los términos del artículo 157 de la presente Ley.

El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. (6)

El Régimen subsidiado se financiará con el 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los municipios, distritos y departamentos como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de la renta sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana, Entre otros. (6)

La ley 10 de 1990, decreta en su artículo 1 el servicio público de salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrativo en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley. El estado intervendrá en el servicio público conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política. (13)

El acuerdo 294 de 2005 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que modifica parcialmente el Acuerdo 244 de 2003, del CNSSS y establece las condiciones de operación regional del régimen subsidiado. Señala el número de ARS que deberán ser seleccionadas por región, y el proceso de escogencia de las mismas; establece que la selección de las Administradoras del Régimen Subsidiado se hará mediante la libre elección de los usuarios de que trata el artículo 11 del Acuerdo 244 en cada municipio, conforme a las reglas que mediante el presente acto se definen, modifica el procedimiento para la afiliación en circunstancias excepcionales, determina los aspectos que deberán tenerse en cuenta por las ARS seleccionadas para operar en una región para el establecimiento de mecanismos que garanticen de manera ágil y oportuna la atención de los usuarios, prestadores y proveedores. Señala la utilización que debe darse a los recursos de las UPC-S y los mecanismos de coordinación para prestación de servicios no cubiertos por el régimen subsidiado. (15)

Para tener acceso al régimen subsidiado de acuerdo a la circular 035 de 2007 es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

Estar identificado en la nueva encuesta del SISBEN Clasificación en Nivel 1 ó 2.

No estar, ni tener el derecho para estar afiliado al Régimen Contributivo. Ni estar afiliado en el Régimen Subsidiado en el mismo o en otro municipio con la misma o en otra EPS-S.

No recibir pensión de jubilación o de sobrevivencia por un fondo de pensiones.

No poseer capacidad de pago para pagar de forma individual la seguridad social en salud.

Tener documentos de identidad actualizados acorde a la edad de la personas: menores de 7 años Registro Civil de Nacimiento con Número Único de Identificación Personal (NUIP), para niños entre 7 años cumplidos y menores de 19 años de edad, Tarjeta de identidad y para mayores de 19 años Cédula de Ciudadanía.

Ser priorizado para la afiliación según los términos del Acuerdo 244 del 1003 del CNSSS. 11. Esta priorización se basa, en la labor que deben cumplir las alcaldías, dando prelación a las madres cabeza de familia, desplazados por la violencia, menores y ancianos, quienes, se benefician en primera instancia de estos servicios. (15)

#### **4.2.4 Términos básicos del proyecto**

- **Prestadores de servicios de salud.** Son las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con

infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

- **Red de prestación de servicios.** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contra referencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.
- **Modelo de atención.** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contra referencia. (1)
- **Referencia y contra referencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

- **Acuerdo de voluntades.** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.
- **Promoción de la salud.** Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta).
- **Prevención de la enfermedad.** Cualquier medio que permita reducir la probabilidad de aparición de la enfermedad o aminorar la progresión. La prevención se dirige a las personas en riesgo de enfermar (probabilidad), promoción se dirige a la población en general. (1)
- **Motivación.** La palabra motivación es el resultado de la combinación de los vocablos latinos motus (traducido como “movido”) y motio (que significa “movimiento”). A juzgar por el sentido que se le atribuye al concepto desde el campo de la psicología y de la filosofía, una motivación se basa en aquellas cosas que impulsan a un individuo a llevar a cabo ciertas acciones y a mantener firme su conducta hasta lograr cumplir todos los objetivos planteados.(23)
- **Conocimiento.** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o por medio de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples

datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cualitativo. (25)

### **4.3 FACTURACIÓN**

Se define como el conjunto de actividades que permiten liquidar y cuantificar la prestación de servicios de salud que conlleva a la atención del usuario. Por otro lado se entiende por facturación en una entidad de salud la realización en forma ágil y oportuna en la liquidación de las cuentas de cada uno de los usuarios que asisten a la institución con el fin de garantizar los ingresos que le permitan la supervivencia, crecimiento un desarrollo de la institución prestadora de salud. (1)

La facturación tiene dos funciones básicas en una entidad prestadora de servicios de salud. La correcta y oportuna admisión del usuario y el registro de los servicios de atención prestados cobrables en la cuenta. En el proceso de admisión se identifica al usuario. Nombre completo, edad, sexo, dirección de residencia, diagnóstico de ingreso; y se identifica el responsable de pagar la cuenta. En el proceso de facturación se registran y valorizan todos los cargos generados por la atención al usuario: hospitalización, exámenes, medicamentos derechos de sala de cirugía y honorarios, médicos entre otros. (1)

El departamento cumple y hace cumplir las directrices fijadas en relación con el manejo de tarifas y descuentos y las exigencias que la normatividad legal establece para la facturación.

A demás de lo anterior debe velar por el cumplimiento de la normatividad y cuidar porque se lleva a cabo todo el proceso de manera correcta y oportuna, para que no se produzca una mala atención al usuario por demoras en la información sobre el estado de su cuenta, y para que no se generen retrasos en los cobros y recaudos de la organización. (1)



**4.3.1 Procesos administrativos que sirven de apoyo a una correcta facturación.** Con la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993 se produjeron unos cambios al sistema de financiación de las entidades en salud, surgió la organización de sistemas de facturación que son el soporte con el cual se obtienen los dineros para el sostenimiento económico de las entidades de salud. (Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993). (6,13)

Los procesos de información y registro, incluidos los de facturación y pago deben adecuarse y automatizarse para que sean ágiles, precisos, oportunos y coordinados con los de otros departamentos de la institución con los cuales se relación. Especialmente la facturación debe ser detallada y completa acorde con los contratos señalados y a los precios acordados, para aumentar la confianza del cliente-la EPS y el paciente y por ende su satisfacción.

4.3.2 Efectividad de la facturación. Las instituciones prestadoras del servicio de salud dependen del pago de los servicios que se prestan a los asegurados, para ello es necesario facturar el servicio prestado a cada paciente, llegando al mayor nivel de detalle posible de tal manera que pueda cobrarse conforme a lo que reconocen las aseguradoras.(1)

La facturación está compuesta por:

Nombre de la institución

NIT

Número de contrato

Periodo facturado

Valor total de servicios prestados a cargo del contratante

Valor amortización anticipo (si lo hubiese)

Valor otras deducciones

Valor abono

Valor saldo a favor de la Institución

#### **4.4 GLOSAS**

Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las que se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: empresas promotoras de salud ( EPS), administradoras del régimen subsidiado ( ARS), compañías de seguros, direcciones seccionales de salud y otras IPS. Cuando en una cuenta de cobro se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, entre otros, la entidad contratante devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud, tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido. (1)

Entre las glosas más comunes tenemos:

Documento sin diligenciar o mal diligenciados

Documentos enmendados

Inconsistencias en los soportes o anexos

Cobros sin la comprobación de los derechos de usuario, tarjeta, cedula

Falta de información estadística

Errores en los cobros

Tarifas mal aplicadas, sumas mal realizadas

Falta de la relación de pacientes

Falta de documentos

Prestación de servicios por fuera de los planes de servicios

Documentos sin firma de pacientes

Las glosas pueden ser objetadas totales o parciales:

- Total: Si la causa de la glosa involucra a toda la cuenta e impide la aceptación parcial de los servicios prestados. Falla en la identificación o acreditación de derechos del usuario, falta de firma del usuario, etc.
- Parcialmente: Cuando las glosas se realiza sobre unos servicios o procedimientos específicos, estando la EPS o aseguradora en la obligación de aceptar y reconocer el pago de parte de los servicios facturados. (1)

**4.4.1 Presentación de Glosas.** Las glosas presentadas por las entidades contratantes son un punto crítico en el proceso control de cartera de las instituciones prestadoras de servicios, por cuanto los procedimientos para su recepción y trámite no se ha estandarizado en la mayor parte de las instituciones, lo que impide un conocimiento certero del monto real de los servicios prestados. (1)

Para un adecuado manejo de las glosas presentadas es necesario acordar con las entidades contratantes los requisitos y plazos para su presentación y la IPS establecer los procedimientos para su recepción.

Recepción, respuesta y radicación de glosas.

Recepcionar las glosas: Recibir facturas o documentos equivalentes, en medio físicos o magnéticos. “personal de correspondencia”

Si hay glosas

Entregar las glosas al gestor de cobranza.” Personal de correspondencia”.

Verificar el saldo de la factura: Verificar el saldo de la factura coincida con los valores registrados en el sistema.” Gestor de cobranza”

Entregar carta de glosa a la oficina revisora de cuentas.” Gestor de cobranza”.

Revisar la codificación: Revisar la codificación de la glosa de acuerdo con lo definido en el manual único de glosas de la resolución 3047 de 2008. Si la glosa no presenta código se informa a la coordinación de glosas para su respectivo trámite.” Revisor de cuentas”. (1)

Digitar la glosa: "revisor de cuentas"

Analizar, soportar y responder la glosa: Analizar la pertinencia administrativa. Registrar el concepto de la causa de revisión, detallado y/o historia clínica (HCL) si se requiere para la revisión. "Revisor de cuentas" (1)

Si no se puede resolver, se clasifica y entrega la glosa a cada persona encargada de acuerdo a si se requiere pertinencia médica o no. solicitar a los respectivos jefes, coordinadores y terceros, los números de facturas y soportes requeridos.[1]

Auditor médico.

Auditor enfermería.

Representantes de terceros.

Jefes/coordinadores. "revisor de cuentas"

Argumentar y anexar soportes de la glosa: Enviar por correo interno al respectivo jefe, (admisiones y facturación, centro autorizador, centro de cáncer, cartera, convenios, suministros, enfermería, auditoría médica) y/o representantes de los terceros (laboratorio clínico, radiología, escenografía, medicina nuclear, etc.) el número de factura y el soporte requerido. Si se requiere algún soporte o validación de diferencias en tarifas de servicios facturados por los terceros, se puede seguir realizando esta actividad por vía telefónica y/o dirigiéndose a la respectiva sede. Los conceptos aceptados por error en tarifas, los coordinadores deben firmar la nota crédito antes de ser entregada a la coordinación de glosas para su respectiva firma." Auditoría médica o servicios de apoyos". (1)

Entregar soportes a la oficina de glosas: Entregar a la oficina de glosas los soportes. Los jefes coordinadores y/o terceros tienen 7 días hábiles para dar respuesta a la solicitud de los respectivos soportes “auditoria médica, servicios de apoyo”. (1)

Dar respuesta a glosa. “revisor de cuentas”

Radicar respuesta a glosas. “revisor de cuentas”.

Corrección o aclaración de glosas

Los funcionarios designados para analizar y hacer el trámite correspondiente a las glosas presentadas deben evaluar si la glosa es o no pertinente, si no lo es, se formula la respuesta sustentando por qué no procede la glosa; si es pertinente se procede a verificar si la glosa es subsanable o no; si lo es, se procede a su reparación. (Completar la información o documentación requerida, realizar las correcciones necesarias o formular las aclaraciones del caso. (1)

#### **4.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**

De acuerdo a lo expuesto en la Resolución 412 de 2000, la cual define las actividades a realizar por parte de los prestadores, clasificándolos en programas, para lo cual se enunciarán los tres, que motivaron el presente estudio. (10)

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se constituyen en el pilar fundamental de la ley de seguridad social, por cuanto se aclara a los aseguradores y prestadores, que es la prevención, la única manera de evitar, que ocurra la enfermedad. Los dineros que se gastan en el tratamiento de enfermedades que bien pudieron prevenirse, no se compadecen ni se equiparan, con los recursos que se deben invertir en prevención, esto es, las cifras que se

gastan a diario en todo el país, manejando las enfermedades ya instauradas. Lo más grave, es la ocurrencia de enfermedades de alto, como el cáncer, el sida, los problemas renales, que pueden detectarse y evitarse, con buenas campañas educativas y de seguimiento a la población de riesgo, mas a la que nos ocupa en el estudio, que se caracteriza por ser las más pobre y vulnerable del país. Por consiguiente, se enuncian los programas de la resolución 412, para ambientar al lector de este estudio, sobre su importancia. (10)

**4.5.1 Programa de atención preventiva en salud bucal.** Dado que todos los procedimientos de atención preventiva en salud bucal se orientan a universos diferentes y además su realización está sujeta a diversas condiciones del usuario, se estableció una matriz de programación para cada uno de los procedimientos.

El control de placa bacteriana, tiene dos grupos de población de referencia, las personas de 2 a 19 años y los mayores de 20 años. Para los primeros la frecuencia del control es de dos veces al año, por lo cual es necesario incluir un fraccionamiento del grupo por tiempos de aseguramiento. Al segundo grupo le corresponde un control anual y por tanto no se aplican fraccionamientos por tiempos de afiliación. (10)

Para establecer la frecuencia del procedimiento a ser aplicado al grupo de menores de 19 años con más de 6 meses de afiliación, se tuvo en cuenta el supuesto de que igual número de personas fueran beneficiarias del primer control de placa en los primeros seis meses de afiliación, por tanto no todas las personas con 7 meses de afiliación o más logran tener dos controles de placa al año.

La aplicación de flúor se utiliza como grupo de referencia las personas entre 5 y 19 años. Posteriormente se fracciona la población por tiempo de aseguramiento para ajustar la frecuencia de la intervención. El suponer que igual número de personas fueran beneficiarias de la primera aplicación de flúor en los primeros seis meses

de aseguramiento también fue utilizado en esta matriz para ajustar la frecuencia del procedimiento, entre la población con más de 6 meses de afiliación a la aseguradora correspondiente.

Para programar las aplicaciones de sellantes, tiene como población de referencia las personas de 3 a 15 años. Para proteger a la población con este procedimiento, es preciso atenderla en 4 momentos durante este período y realizar en total 11 consultas para aplicación de sellantes. En correspondencia se fraccionó la población en cuatro grupos, de acuerdo con la dinámica de erupción de los molares. El primer grupo corresponde a los niños de 3 a 5 años, para este grupo se prevé la aplicación de sellantes a todos los molares temporales en cuatro sesiones de intervención (1 por cuadrante). En el segundo grupo se encuentran los niños entre 6 y 8 años, en estos se sellan los molares número 6, en dos sesiones (dos cuadrantes por sesión); el tercer grupo corresponde a los niños de 9,10 y 11 años, a estas edades se aplican sellantes a 6 molares (los 4 superior y los 5) en tres sesiones; por último, se encuentra el grupo de niños entre 12 y 15 años de edad, en este grupo se sellan 6 molares (4 inferiores y 7) a través de dos sesiones de intervención. (10)

Antes de aplicar la frecuencia, se incluyó un criterio de ajuste de la población por proporción de necesidad del servicio.

La programación del detartraje supragingival, tiene como población de referencia las personas mayores de 12 años. En este se hace un ajuste de la población por proporción de necesidad del servicio y dado que la frecuencia es de 1 o menos al año, no se incluyen ajustes por tiempo de aseguramiento. (10)

**4.5.2 Programa Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino.** En este programa, la población base corresponde a las mujeres de 25 a 69 años afiliadas



a cada aseguradora. Para efectos de programación, se incluyen tres procedimientos de interés: Citología, Colposcopia y Biopsia. (10)

Con el objeto de calcular adecuadamente el número de citologías a realizar, se fracciona la población en tres grupos: el primero, corresponde a la proporción de mujeres con citología normal; el segundo, a las mujeres con citología insatisfactoria o limitada, y el tercero, a las mujeres con citología anormal. Para este fraccionamiento, los parámetros utilizados corresponden a datos de la línea de base del programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino del Instituto Nacional de Cancerología. (10)

Así mismo, cada uno de los grupos descritos se fracciona a su vez en dos grupos más de acuerdo con el esquema 1-1-3: de un lado, las mujeres cuya citología era de primera o segunda vez y en otro grupo las mujeres con citología de tercera vez o más. Esta división de la población se hace sobre el supuesto que indica que existe una proporción igual de mujeres que, de acuerdo con el esquema, realizarán su primera citología, la segunda y la tercera, por lo tanto a cada grupo corresponde el 33% de la población de referencia. (10)

Dado que en la detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino, los procedimientos tienen frecuencias de 1 o menos de uno al año, no es requerido incluir ajustes por tiempo de aseguramiento; en consecuencia, este modelo de programación es útil tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado. (10)

**4.5.3 Programa de Crecimiento y Desarrollo.** En esta programación se tienen en cuenta los niños menores de 9 años, sin embargo como la frecuencia de los procedimientos varía de una edad a otra, se fracciona la población en los siguientes grupos: niños de 3 meses de edad y menos, niños de 4 a 6 meses,

niños de 7 a 9 meses, niños de 10 a 12 meses, niños de 1 año, niños de 2 años y niños de 3 a 9 años. (6)

Para todos los grupos se utilizan dos procedimientos: la consulta de primera vez por medicina general y la consulta de control por enfermería.

En los cuatro primeros grupos, se ajustaron las frecuencias teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Para cada edad contenida en el intervalo se ajusta la frecuencia de la actividad teniendo en cuenta los meses de aseguramiento posible y la distribución de la población por cada mes de afiliación. (6)

Se asume un intervalo mínimo de tres meses entre un control y otro al ajustar las frecuencias.

Para los grupos de niños de 1 y 2 años, la programación incluye un fraccionamiento por tiempo de afiliación, ya que las acciones superan la frecuencia de 1 al año.

En el grupo de 1 año de edad, se realizan tres controles con un intervalo de cuatro meses. Los niños con cuatro meses de afiliación o menos sólo pueden beneficiarse de un control, mientras los niños con más de cuatro meses de afiliación pueden ser usuarios de dos o tres controles dependiendo de la fecha de realización del primer control. Al respecto se presume que igual número de niños fueron beneficiarios del primer control en cada mes de los primeros cuatro meses de afiliación.

Para el grupo de dos años, se aplicó el raciocinio anterior, excepto que el intervalo entre controles es de seis meses y, por tanto, sólo se conformaron dos grupos.

Para el grupo de 3 a 9 años, no son requeridos dichos ajustes, puesto que la frecuencia del control es de una vez al año.

Dado que no todos los niños inician la atención para la detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo de acuerdo con el esquema, en todos los grupos se incluye un ajuste de la población por una proporción de niños que inician este tipo de atención, para establecer el número de consultas que deben ser realizadas por médico.

Para programar las actividades a través de esta matriz, es preciso hacer uso de la tabla de referencia de tiempos de afiliación. (6)

La matriz para la programación en el régimen subsidiado no incluye tiempos de afiliación.

Así mismo, incluye las actividades, procedimientos e intervenciones para encontrar e identificar en forma oportuna y efectiva las enfermedades:

La norma establece para el cumplimiento de las actividades enunciadas las matrices de programación, las cuales se crean teniendo en cuenta los grupos etáreos de la población objeto. Es decir, define los periodos por edades y por sexo que se deben hacer en los cuales se deben desarrollar las actividades ya enunciadas.

Teniendo en cuenta lo anterior las administradoras entregan a los prestadores las bases de datos del número de usuarios con sus respectivas características identificación, edad, sexo, dirección, nivel de SISBEN para que sean ejecutadas y cumplidas las metas que allí se establecen.

El sistema de seguridad social en salud define por medio de vigencias los periodos que van del primero de abril de cada año hasta el 31 de marzo del año siguiente, por ello se establecen unas metas que deben ser ejecutadas cada mes teniendo como base las matrices enunciadas. Cuando hay incumplimiento de las metas, la contratación entre las EPS e IPS dejan claro que automáticamente se pueden generar glosas que son objeciones de las entidades contratantes por las inconsistencias que han detectado en su revisión.

Cuando en una cuenta se presentan inconsistencias en lo que respecta a su presentación, consolidación, aplicación de tarifas, cobertura de servicios, etc., la EPS devolverá la cuenta a la IPS para su corrección y los prestadores de servicios de salud tendrán la obligación de aclarar o corregir las observaciones y dar respuesta a las mismas dentro de un plazo establecido. (6)

Este proceso ofrece la oportunidad de evaluar la calidad de los procesos técnicos-administrativos y técnico-científicos y de los productos generados en los mismos por parte de la institución. (6)

Es importante mencionar, el ACUERDO 117 DE 1998 (Diciembre 29) Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Este básicamente, porque hemos hecho énfasis en la importancia de la realización de la demanda inducida, para que los usuarios del sistema afiliado a la EPS CAPRECOM, sean direccionados hacia los programas, para su beneficio y cumplimiento de metas. (22)

## **4.6 CONOCIMIENTO Y MOTIVACIÓN EN LAS EMPRESAS**

**4.6.1. Conocimiento.** Los conocimientos establecen en gran medida la adopción de prácticas saludables, ya que le permiten a las personas tomar decisiones

informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen únicamente de la educación y la información, en vista de que hay diversos factores internos y externos que también intervienen. (24)

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud PS, establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud. (24)

**4.6.2 Motivación.** La motivación juega un papel importante en el ámbito laboral ya que es definida como la necesidad o el deseo que activa y dirige nuestro comportamiento. La motivación es el hecho de activar y orientar la conducta, la fuerza que está detrás de nuestra ansia por la comida, por la intimidad sexual, y nuestro deseo de lograr alcanzarlas. Algunas conductas motivadas aumentan la excitación, el objetivo es obtener un entusiasmo óptimo.

Para alcanzar una meta, las personas han de tener suficiente activación y energía, un objetivo claro y la capacidad y disposición de emplear su energía durante un período de tiempo lo suficientemente largo para poder alcanzar su meta. (25)

Las empresas deben motivar y tratar de cambiar la actitud de sus funcionarios, con el fin de lograr el cumplimiento de metas y objetivos. Esto implica, que la empresa debe mantener políticas claras, que apunten al mejoramiento continuo, al

cambio, a la prestación de los servicios con calidad, a la optimización de los recursos, alejándose de la influencia política, que siempre contagia a las entidades del estado. Así se puede lograr el cumplimiento de un plan de gestión, que se traza la alta gerencia, la cual incluye la prestación de los servicios eficientemente, sin permitir pérdidas financieras como las que representa las glosas, por incumplimiento de metas, cuando estas se han definido claramente, mediante un proceso contractual.

Por lo anterior, es posible afirmar que *“Tener unos empleados motivados es una de las claves para el éxito de cualquier empresa. Para conseguir esto, algunos directivos deben de conocer a sus empleados y saber cómo actuar para lograr una plena identificación entre el trabajador, la empresa y los objetivos de ambos”*. 11. Ing. Francisco Javier Santander Velázquez y otros. 2009. (pág. 1)

La gente se motiva de 3 formas; lo Económico, el Reconocimiento y a través del fortalecimiento del conocimiento. Esos incentivos deben ser percibidos tanto por el personal administrativo como el operativo, pues se constituyen en un dúo, que debe funcionar armónicamente, para que lo planeado tenga feliz término. No debe haber discriminación y el manejo debe ser generalizado. (25)

Las motivaciones o propósitos descubiertos en cada persona promueven hacia una determinada acción. Las emociones positivas o negativas acompañados de un mecanismo entusiasta son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse acciones dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población. (25)

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer la relación entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de la ESE ISABU de Bucaramanga, y el conocimiento y la motivación que expresa tener el personal administrativo y asistencial, encargado de controlar y ejecutar dichos procesos, específicamente aquellos contratados por la EPS CAPRECOM, en el segundo trimestre del año 2011.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la claridad que expresa tener el personal sobre las funciones a realizar para el cumplimiento del objeto contractual, establecido para la realización de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre la EPS CAPRECOM y la ESE ISABU.
- Constatar la existencia de las guías de manejo, así como el diligenciamiento correcto de los RIPS y el reporte de actividades de demanda inducida, por parte del personal administrativo y asistencial de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para verificar su relación con el cumplimiento.
- Identificar la motivación del personal administrativo y asistencial expresado en la importancia que le otorgan a los procesos a su cargo para el de la ESE ISABU, para el cumplimiento de las metas de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

## **6. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

Para la ejecución del presente proyecto se realizó un estudio con enfoque cuantitativo, pues este se caracteriza porque busca la descripción entre las variables definidas en el instrumento utilizado, la manera como se generaliza y objetivizan esos resultados, partiendo de una muestra de una población que es representativa, extrapolándola a toda ella, utilizando métodos descriptivos (observacionales) y de encuestas. Para este caso, que es la descripción de la relación que existe entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de enfermedad y el conocimiento y la motivación del personal encargado por parte de la ESE ISABU, en el segundo trimestre del año 2011 en la ciudad de Bucaramanga, facilitando la ponderación de los mismos.

### **6.2 TIPO DE ESTUDIO**

Tipo de estudio descriptivo transversal, porque permite realizar una recolección de datos en un momento determinado, a partir de las variables en estudio: conocimiento del contrato, socialización del contrato, acceso a documentos, motivación, conocimiento de valores glosados, manejo de matrices y planeación de demanda inducida; mediante encuestas (cuestionario escrito diseñado) y entrevistas (diálogo directo verbal), al personal administrativo y asistencial encargado directamente de controlar y ejecutar las actividades.

### **6.3 POBLACIÓN OBJETO**

En el Área Metropolitana de Bucaramanga, la ESE ISABU cuenta con 27 centros de atención los cuales se enumeraron del 1 al 27 por zonas geográficas, para posteriormente generar una lista por EPIDAD, de los cuales se obtuvo 10 centros



asistenciales que fueron tomados para la aplicación de la encuesta y listas de chequeo.

La población objeto de estudio corresponde a un total de 214 personas pertenecientes al personal administrativo y asistencial de la ESE ISABU, distribuidos así: 1 jefe de promoción y prevención, 4 jefes de zona, 10 odontólogos, 27 jefes de enfermería, 54 médicos, 54 cajeros y 64 auxiliares de enfermería y odontología. Al momento de la recolección de la información, se encuestó y aplicó lista de chequeo al personal que se encontraba laborando en el momento de la visita.

Dado que las funciones de la población anterior está involucrada directamente con los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la siguiente manera:

Jefe de promoción y prevención: líder de procesos de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, programando las matrices, distribuye y lleva el control del cumplimiento de las mismas en todos los centros de atención.

Jefes de zona: están distribuidos geográficamente en 4 zonas para liderar en cada una de ellas de acuerdo al número de centros de salud asignados. Son los responsables de velar por el cumplimiento de la ejecución de las matrices diseñadas por el líder del proceso.

Odontólogos: responsables de ejecutar las actividades de salud oral de promoción y prevención en cada uno de los centros de salud.

Jefes de enfermería: ubicados en los diferentes centros de salud, donde cumplen la función de ejecutar las actividades correspondientes a toma de citologías, control de crecimiento y desarrollo. Igualmente realizan actividades extramurales.

Médicos: encargados de ejecutar las actividades de crecimiento y desarrollo, llevando el control del niño sano y detectando alteraciones para direccionar hacia un nivel mayor de complejidad, según el caso.

Cajeros: personal encargado de facturar todas las actividades de promoción y prevención para enviar los soportes a la EPS. Juegan papel importante en el desarrollo de los programas por cuanto tienen la obligación de efectuar demanda inducida, esto es direccionar los usuarios para que les sean realizadas las actividades de acuerdo al grupo etáreo al que tienen derecho.

Auxiliares de enfermería: responsables de realizar actividades de crecimiento y desarrollo, tomas de citología y demanda inducida.

Auxiliares de odontología: encargadas de ejecutar actividades de demanda inducida para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ya mencionados.

#### **6.4 MUESTRA**

Antes de aplicar el instrumento de recolección a la muestra, nos cercioramos de la presencia del personal asistencial que labora en los diferentes centros de salud, compuestos por: 3 médicos, 1 enfermera profesional, 1 odontólogos, 2 auxiliares de enfermería y 1 cajero, los cuales conforman el equipo asistencial y administrativo de cada centro de salud.

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, representado por profesiones ( médicos, odontólogos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería) quienes hacen parte del personal que ejecuta las actividades y el personal administrativo (cajeras, jefes de zona y líder del proceso), considerando una relevancia significativa para el factor de motivación con una estimación del 10% al 15% con (n= 79),  $\alpha = 0.95$ , y una reposición de 5, para un total de 84 encuestados, distribuidos así: 2 jefe de zona, 1 jefe de promoción y prevención, 5 odontólogos, 10 enfermeras jefes, 18 auxiliares de enfermería y odontología, 23 médicos y 25 cajeras.

**6.4.1 Criterios de inclusión.** Personal que labora actualmente en los centros de salud de la ESE ISABU, vinculados a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

**6.4.2 Criterios de exclusión.** Personal que labora actualmente en los centros de salud de la ESE ISABU, no vinculados a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

## 6.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Tabla 2. Descripción de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALORES LÍMITES (CÓDIGOS)
<b>Conocimiento del contrato</b>	El conocimiento del contrato firmado entre CAPRECOM EPS y La ESE ISABU, nos determina si las personas administrativas y asistenciales involucradas en el proceso de PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, conocen el contenido del objeto contractual, que es la parte que menciona las actividades que se deben ejecutar.	En lo que exprese cada entrevistado frente a conocer o no conocer los contratos firmados entre las entidades prestadoras de salud.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1
<b>Socialización del contrato</b>	Actividad que se realiza por parte de la oficina de contratación, con el fin de dar a conocer al personal encargado del programa de promoción y prevención todo lo referente a la contratación.	En lo que exprese cada entrevistado frente a si le socializan o no el contrato.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1
<b>Acceso a documentos</b>	Hace referencia a los documentos utilizados durante el desarrollo de las actividades de promoción y prevención: guías de manejo, protocolos	Se verificará la existencia de documentos en cada servicio como positivo o negativo, por medio de observación directa empleando lista de chequeo.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	VALORES LÍMITES (CÓDIGOS)
<b>Motivación</b>	Hace referencia a las actividades realizadas para incentivar al personal al cumplimiento de las metas de los programas de promoción y prevención.	En lo que exprese cada entrevistado frente a si le realizan o no actividades que motiven el cumplimiento de metas.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1
<b>Conocimiento de valores glosados</b>	Adquisición de información sobre el número de glosas generadas por el incumplimiento de metas de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	En lo que exprese cada entrevistado frente a si conoce o no los valores glosados generados por el incumplimiento de metas.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1
<b>Manejo de matrices</b>	El personal administrativo distribuye, las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que se deben realizar de acuerdo a la población objeto, teniendo en cuenta: edad y sexo; según la cantidad de actividades contratadas, y su ejecución por parte del personal asistencial.	Se identificará el manejo de las actividades mediante la existencia de cronogramas para programar la ejecución de las mismas en el tiempo establecido para cada una.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1
<b>Planeación de demanda inducida</b>	Proceso de diseño del programa de actividades que se debe desarrollar con el fin de motivar a los usuarios a participar de los beneficios del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Se comprobará mediante observación directa con lista de chequeo si existe o no cronograma de actividades que promuevan la participación de los usuarios en los programas ofrecidos por la institución.	Cualitativa, dicotómica	SI 0 NO 1

## **6.6 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **6.6.1 Fuentes de información**

#### **Primarias**

Funcionarios que laboran en la ESE ISABU tanto en la parte asistencial (médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares), como en la administrativa (jefe de promoción y prevención, jefes de zona, personal de facturación)

Matrices de cumplimiento de los programas de promoción y prevención de las actividades de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral.

Tabla de registro de valores glosados por parte de la EPS CAPRECOM (ANEXO A)

#### **Secundarias**

Documento: contrato inter-administrativo entre las partes: ESE ISABU y EPS CAPRECOM

Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de los programas de promoción y prevención.

### **6.6.2 Instrumentos de recolección de la información.**

Entrevista: definida como la acción de desarrollar un dialogo o charla, que puede ser “con una o varias personas, con el objetivo de hablar sobre ciertos temas y con un fin determinado”.

Se procedió a realizar la entrevista al personal administrativo y asistencial que sabíamos que se encontraban laborando con el objeto de obtener información

acerca del conocimiento y la motivación, para dar cumplimiento a los programas de promoción y prevención.

Observación directa; “es aquella donde se tiene un contacto directo con los elementos o caracteres con los cuales se presenta el fenómeno que se pretende estudiar”.

Se realizó observación directa a los documentos de soporte del registro de las actividades de promoción y prevención.

Encuestas: “conjunto de preguntas especialmente diseñadas y pensadas para ser dirigidas a una muestra de población, que se considera por determinadas circunstancias funcionales al trabajo, representativa de esa población, con el objetivo de conocer la opinión de la gente, sobre determinadas cuestiones corrientes.”

Se dirigió al personal tanto administrativo como asistencial, con el fin de indagar sobre aspectos relevantes para el estudio como lo son la motivación y el conocimiento.

### **6.6.3 Proceso de recolección de la información**

- Para la obtención de la información, se solicitó por escrito la autorización del gerente de la ESE ISABU, siendo su respuesta afirmativa mediante el mismo medio (ANEXO C).
- De igual manera, se solicitaron los datos de los valores glosados por parte de facturación y auditoría de la ESE ISABU, así como por facturación de la EPS CAPRECOM, quien la envía por medio de tablas. (ANEXO B)

- Se revisaron mediante observación directa el documento: contrato inter-administrativo entre las partes: ESE ISABU y EPS CAPRECOM, con el fin de identificar cuáles son las actividades que debe ejecutar cada funcionario de acuerdo al objeto contractual.
- Entrevista a funcionarios que laboran en la ESE ISABU tanto en la parte asistencial (médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares), como en la administrativa (jefe de promoción y prevención, jefes de zona, personal de facturación) para verificar el nivel de conocimiento de la minuta, empleando listas de chequeo (ANEXO D)
- Se realizó observación directa para verificación de la existencia del documento, Registro Individual de Procedimientos en salud (RIPS), que soporta la ejecución de los procedimientos de los programas de promoción y prevención de las actividades de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral, empleando lista de chequeo (ANEXO E).
- Se realizó observación directa de la documentación que contiene los cronogramas de demanda inducida por parte de los funcionarios encargados de la ESE ISABU en lo referente a las actividades de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral, de los programas de promoción y prevención empleando lista de chequeo (ANEXO F).
- Se realizó observación directa de las matrices de programación, para constatar el reporte periódico por parte del personal administrativo que lidera el proceso, de las actividades de promoción y prevención específicamente de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral mediante lista de chequeo (ANEXO G).



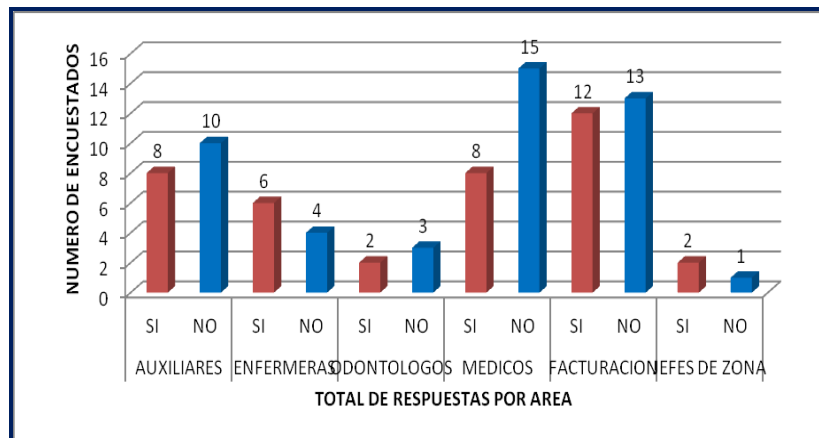
- Se aplicaron encuestas al personal tanto asistencial (médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares), como administrativo (jefe de promoción y prevención, jefes de zona, personal de facturación) de la ESE ISABU para establecer las causas por las cuales se genera el incumplimiento de las metas (ANEXO H).
- Luego de recolectar la información fue analizada de manera detallada, con el fin de hallar las causas por las cuales se genera el incumplimiento de las metas por parte del personal administrativo y asistencial de la ESE ISABU en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para las actividades de toma de citología, crecimiento y desarrollo y salud oral.
- Elaboración de conclusiones de acuerdo a los hallazgos encontrados en la investigación, con el fin de proveer información útil para el re- direccionamiento y mejora en el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención, por parte del personal encargado de administrar y ejecutar el proceso.

## 7. RESULTADOS

Luego de procesar la información, se obtuvieron los siguientes hallazgos que dan cumplimiento a los objetivos planteados para el desarrollo del proyecto:

Respecto a la claridad que expresa tener el personal sobre las funciones a realizar para el cumplimiento del objeto contractual relacionado con las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre la EPS CAPRECOM y la ESE ISABU, se constato mediante la observación de las actas de soporte de las actividades de socialización del contrato, que sí se realizan actividades en pro de divulgar el contenido del objeto contractual a los funcionarios de la ESE ISABU, expresados por los mismos en las encuestas realizadas; donde se aprecia que los jefes de zona y las enfermeras profesionales, son quienes afirman, en mayor porcentaje conocer el contenido de la minuta. Los médicos, los odontólogos y las auxiliares de enfermería, expresan en un alto porcentaje lo contrario, como se evidencia en la gráfica.

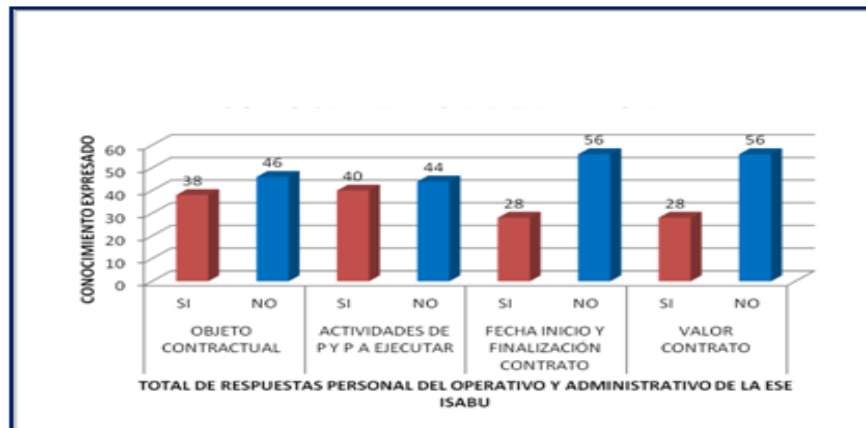
Grafica 2. Porcentaje de funcionarios de la EPS ISABU que expresaron conocer el objeto contractual de la minuta que se firma entre las partes. 2011



Analizando los resultados de la lista de chequeo (ANEXO D: entrevista a funcionarios para verificar el nivel de conocimiento de la minuta), se obtuvo que

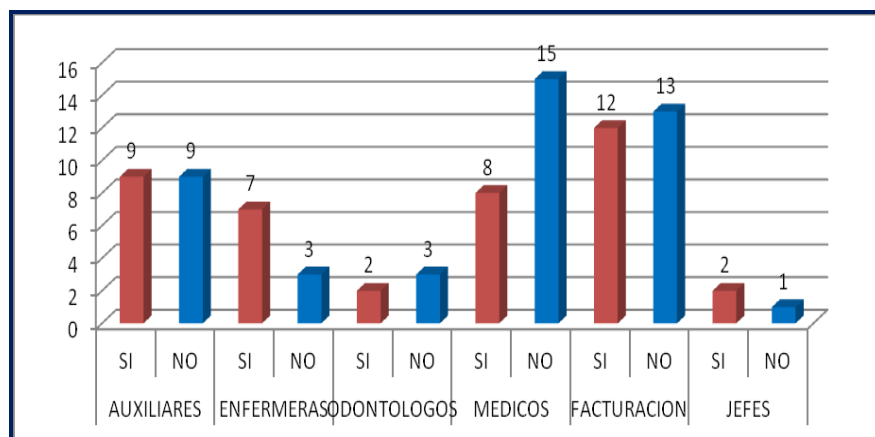
tanto para el personal operativo como administrativo en un alto número de funcionarios expresan poco conocimiento del contenido de la minuta.

Gráfico 3. Porcentaje de funcionarios que expresan conocer la minuta sobre el objeto contractual. 2011.



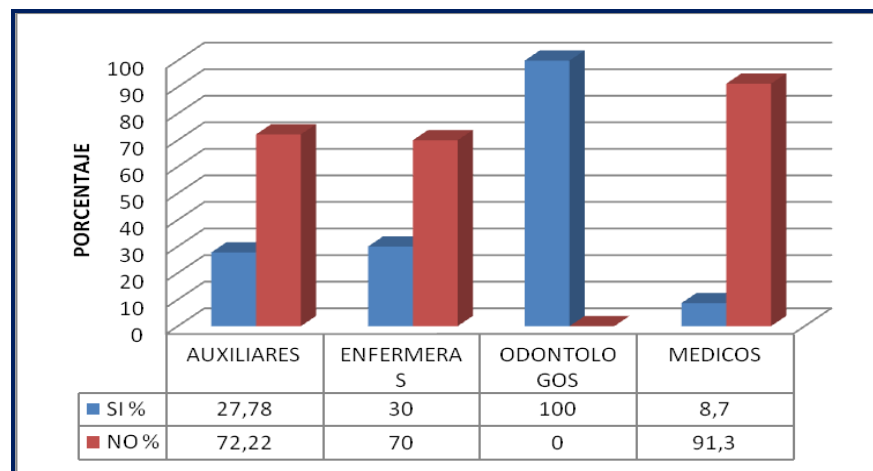
Con respecto a la socialización del contrato, el personal de auxiliares, enfermeras y jefes de zona expresan en más de un 50 % haber recibido por parte de la oficina de contratación la socialización del mismo, en tanto que los odontólogos, médicos y personal de facturación manifiestan lo antes mencionado por debajo del 48%.

Gráfica 4. Porcentaje de los funcionarios que reconoce la Socialización del contrato realizada por la oficina de contratación. 2011



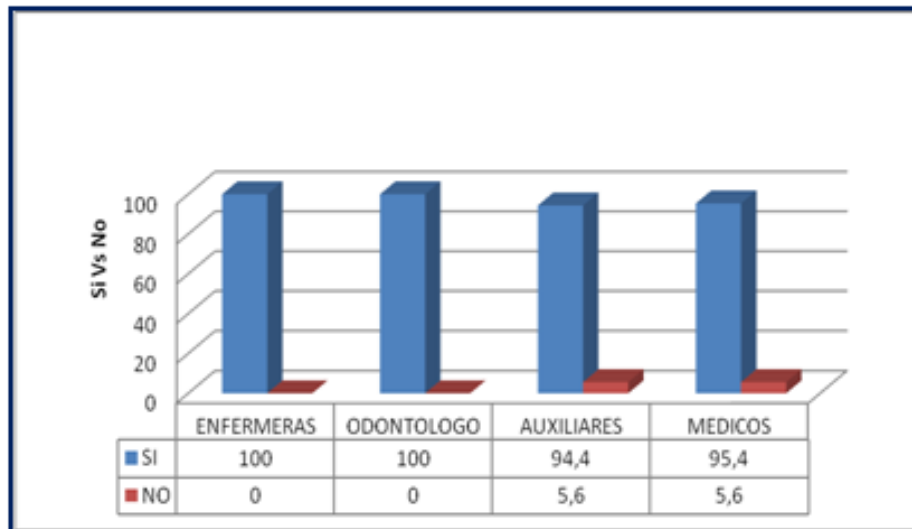
El personal operativo que incluye a las enfermeras, auxiliares y médicos, expresan en más de un 70% no conocer los valores que glosa la EPS CAPRECOM a la ESE ISABU por el incumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención; mientras que sólo los odontólogos manifestaron en un 100% conocerlos.

Gráfica 5. Porcentaje del Conocimiento que tiene el personal médico y paramédico de los valores glosados periódicamente por la EPS CAPRECOM a la ESE ISABU por incumplimiento de metas. 2011



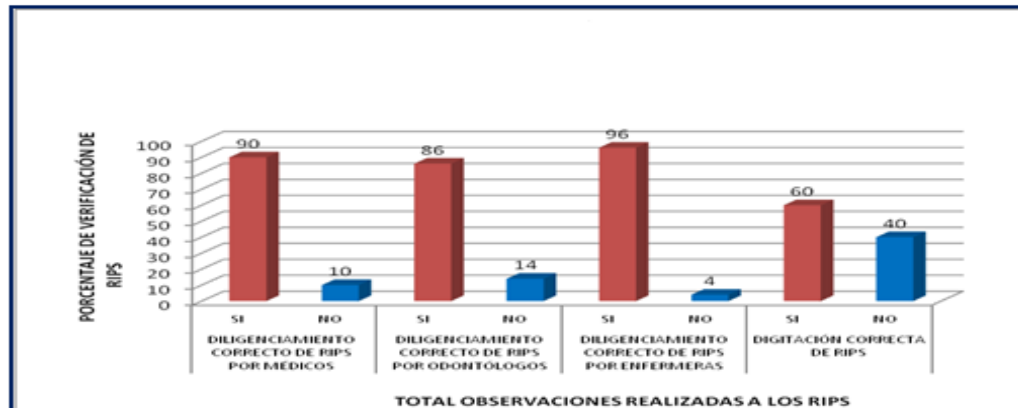
Por otro lado, se constató la existencia de las guías de manejo, así como el diligenciamiento correcto de los RIPS y el reporte de actividades de demanda inducida, por parte del personal administrativo y asistencial de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para verificar su relación con el cumplimiento; donde el personal encuestado manifestó en un alto porcentaje (mayor al 94%) poseer en sus sitios de trabajo las guías de manejo requeridas para la realización de las actividades de promoción y prevención.

Gráfica 6. Porcentaje de la existencia de guías de manejo en el sitio de trabajo requeridas para la realización de actividades de promoción y prevención. 2011



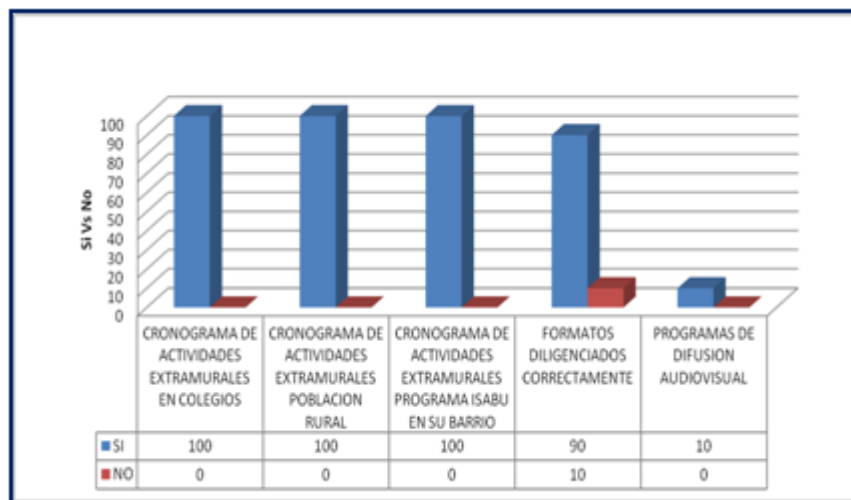
Luego de aplicar la lista de chequeo (ANEXO E. verificación de los registros individuales de prestación de salud (RIPS), de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad) a 100 registros escogidos al azar previamente diligenciados por los médicos, odontólogos, enfermeras, y digitados por el personal de facturación, se constató que más del 80% del personal operativo los tramitan adecuadamente, mientras que el personal de facturación presenta dificultades con la digitación con un 60%.

Gráfica 7. Verificación del diligenciamiento de RIPS de los programas de promoción y prevención. 2011



Posterior a la aplicación de la lista de chequeo (ANEXO F. reporte de actividades de demanda inducida por parte de la ESE ISABU), se verificó a través de los documentos presentados por la jefe de Promoción y prevención que se cuenta (más del 90%) con los soportes que respaldan la programación y el cumplimiento de las actividades de demanda inducida.

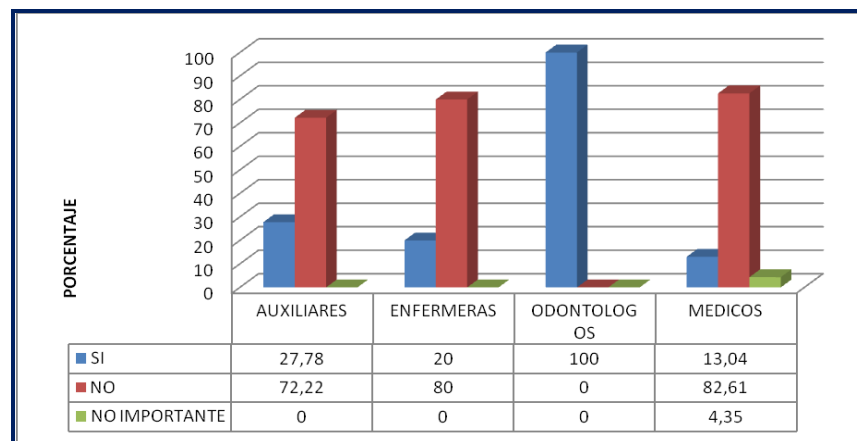
Gráfica 8. Porcentaje de los reporte de actividades de demanda inducida por parte de la ESE ISABU. 2011



Para identificar la motivación del personal asistencial brindado por la ESE ISABU a sus funcionarios relacionado con el cumplimiento de las metas de las actividades

de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se aplicó la encuesta donde los odontólogos son quienes expresaron en un 100% tener motivación para el cumplimiento de sus actividades por parte de la administración; en tanto que el personal restante manifiesta en más de un 70% no contar con incentivos. Lo anterior indica una desigualdad para la motivación del cumplimiento de sus metas.

Gráfica 9. Porcentaje del personal administrativo y asistencial que conoce el plan de estímulos para el cumplimiento de las actividades de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. 2011



De lo anterior se infiere que el bajo conocimiento del contenido de la minuta por parte de quienes ejecutan las actividades de promoción y prevención, representa un factor influyente en el incumplimiento de las metas de dichas actividades; al igual que la poca motivación que expresan tener los actores, exceptuando los odontólogos, lo cual puede influir en el cumplimiento del objeto contractual.

## 8. CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo permite establecer una posible relación entre el incumplimiento de las metas de promoción de la salud y prevención de enfermedad y el conocimiento y la motivación del personal en la ESE ISABU – Bucaramanga, 2011.

De acuerdo a los resultados obtenidos se evidenció que tanto para auxiliares, odontólogos y médicos en un alto porcentaje desconocen el contenido de la minuta, lo cual significa que el objeto y la población definidos en el contrato no son claras para ejecutar sus objetivos. Sin embargo, llama la atención que para el personal de enfermeras profesionales si poseen el conocimiento del objeto contractual. Se debe socializar el contenido de las minuta a todo el personal de la Institución.

Con respecto a la socialización de los contratos por parte de la dependencia encargada, se observó que el procedimiento como tal no es efectivo, por cuanto la mayoría de los encuestados afirman no recibir la información adecuada y oportuna sobre el contenido de los contratos para Promoción y Prevención con la EPS CAPRECOM.

Cabe resaltar que todos los funcionarios cuentan con las guías de manejo en sus sitios de trabajo que por ley deben existir. Sin embargo, llama la atención la generación de glosa por incumplimiento a pesar de tener la herramienta de trabajo. Podemos afirmar que muchos no tienen en cuenta las guías exigidas por la institución para la prestación de su servicio.

En referencia a las matrices de programación se evidenció que la mayoría de los encuestados conocen oportunamente las metas a cumplir por programas siendo para las enfermeras profesionales el 100% de su conocimiento. Sin embargo, es



preocupante encontrar glosas por incumplimiento de metas cuando existe un conocimiento previo de estas lo cual obliga a la ESE ISABU a determinar las causas de esta deficiencia.

Al revisar la pregunta con relación a la retroalimentación que los jefes inmediatos deben hacer a los encargados de ejecutar las tareas, se encontró que la mayoría de los encuestados afirman haber recibido información sobre el avance de cumplimiento de metas, y probablemente las falencias que ocurren y dificulta el cumplimiento de los objetivos.

En cuanto al conocimiento de las glosas que se generan por el incumplimiento de las metas por parte de la EPS CAPRECOM a la ESE ISABU, se constató que el personal de auxiliares, enfermeras profesionales y médicos, desconoce estos valores originando un bajo sentido de pertenencia lo cual es un obstáculo para tomar los correctivos a tiempo que permitan disminuirlas. Sin embargo, es importante resaltar el conocimiento que afirman tener los odontólogos sobre dicho tema, lo cual es probable que las metas que deben cumplir se aproximen más a las contratadas.

Con el fin de encontrar el origen las causas que generan el incumplimiento de metas por parte del personal administrativo y asistencial de la ESE ISABU, se indagó sobre la existencia de estímulos que motiven la realización de las actividades, encontrando que para todos los encuestados del área de odontología, existen estímulos que incentivan su trabajo. Llama la atención que para el personal de auxiliares, enfermeras y médicos, afirmen en su mayoría no conocer estímulos que motiven las actividades a pesar de ser estos una opción válida para alcanzar las metas

El personal de facturación, en más del 50% de los encuestados expresa que desconocen el contenido de la minuta del contrato, y que la oficina de contratación no ha realizado una socialización efectiva que les permita el conocimiento.

Es importante resaltar que el software de facturación le permite al personal administrativo detectar las actividades que se deben realizar a los usuarios cuando vienen a solicitar servicios. Lo anterior permite realizar la demanda inducida por parte del personal que asiste al paciente, ya que esto ayuda a que exista una continuidad en el proceso de atención de los usuarios y así disminuir los riesgos de los pacientes. Por lo anterior, las personas encuestadas reconocen la importancia de su papel en el proceso de facturación.

El personal de facturación no tiene un completo conocimiento de las glosas generadas por la EPS CAPRECOM a la ESE ISABU, ya que estos son los encargados de enviar la información y a partir de esto generar resultados, y sin embargo, reciben la capacitación sobre la importancia de facturar todas las actividades.

Analizada la encuesta aplicada a los jefes de zona y a la coordinadora de P y P se pudo evidenciar, que: no es desconocida la minuta del contrato, que se ha socializado por parte de la oficina de contratación que entregan oportunamente las matrices de programación, que se hace seguimiento periódico al cumplimiento de metas, que la falta de algunos recursos técnico administrativos pueden incidir en el no cumplimiento de metas para las dos terceras partes de los encuestados y el 100% de estos afirman que se está realizando retroalimentación periódica de los responsables de ejecutar las actividades.

Se evidencia que el cajero y el personal de salud no realizan demanda inducida, por tanto se convierte en un factor de incumplimiento, generando perdida para la ESE y riesgo para la EPS.

## **9. RECOMENDACIONES PARA ELABORACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO**

Con el fin de contribuir a la elaboración del plan de mejoramiento de la E.S.E ISABU para disminuir el porcentaje de glosas que se generan periódicamente debido al incumplimiento de metas por parte del personal administrativo y asistencial de la entidad, el resultado del presente estudio permite brindar información útil para el re-direccionamiento y mejora de los procesos de promoción y prevención.

Socializar y retroalimentar a todo el personal el contenido de la contratación con el fin de generar un compromiso institucional que permita un desarrollo total del objeto contractual.

Seguimiento periódico mensual al cumplimiento de metas por parte del coordinador de promoción y prevención y los jefes de zona al personal responsable de ejecutar las actividades para informar las deficiencias reportadas, y así tomar los correctivos necesarios.

Fortalecer la demanda inducida por parte de todo el equipo administrativo y asistencial, que facilite una mayor captación de los usuarios hacia los programas de promoción y prevención. El logro del mencionado objetivo podría llevarse a cabo mediante la realización de un cronograma semanal donde se especifiquen las actividades a ejecutar, lugares a visitar, y medios de motivación lúdicas, incluyendo facturación inmediata de éstas.

Realizar revisión y mejoramiento al plan de estímulos para que éste se realice de forma equitativa, cumplida, que logre incentivar a todo el personal.

Retroalimentar de forma periódica (sugerida trimestral) las guías de manejo motivando su aplicación según la normatividad vigente.

Revisar la efectividad de los comités de calidad, con el fin de evaluar el cumplimiento de las metas propuestas en cada uno de ellos.

Revisión del software de facturación que facilite tener una base de datos adecuada según el FOSYGA (BDUA) que permita verificar derechos y determinar específicamente las actividades que debe realizarse a cada uno de los usuarios de la E.S.E ISABU, garantizando el cumplimiento de las matrices, evitando la duplicidad de actividades y hacer efectivo el seguimiento.

Implementar un sistema que permita mantener comunicación permanente con los usuarios motivándolos al cumplimiento de actividades programadas.

Hacer énfasis a la oficina de garantía y calidad sobre la responsabilidad que tienen en el cumplimiento de los indicadores de oportunidad y calidad en la atención, corroborando con el SIAU la insatisfacción de los usuarios, para así establecer planes de mejoramiento correctivos que conduzcan a la optimización del servicio para lograr la satisfacción del usuario que es la prioridad en la atención de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soto Salazar Juan C. Propuesta para disminuir las glosas y optimizar los recursos en el hospital departamental de Cartago. Pereira. 2007, pág. 31
2. ESE ISABU, Instituto de Salud de Bucaramanga. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: [http://www.eeisabu.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=35](http://www.eeisabu.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=35)
3. Ministro de Gobierno de la República de Colombia. Decreto 1298 de 1994. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1994/decreto\\_1298\\_1994\\_pr002.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/1994/decreto_1298_1994_pr002.html)
4. Presidente de la República de Colombia. Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: [http://www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/decretoslinea/1994/agosto/03/dec1876031994.pdf](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1994/agosto/03/dec1876031994.pdf)
5. Olivar Diego, Rueda Martha, Rueda María. Encuesta de satisfacción de usuarios del servicio de urgencias Hospital Local del Norte ISABU. Instituto de Ciencias de la Salud- Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2007. Disponible en: <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=133768334&url=71c2e5c10f407dafba4b1d28a5dbe1fa>
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1990. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html)

7. Congreso de Colombia. Ley 1122 de 2007. [Consultado en diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
8. Congreso de la República. Ley 1438 19 de enero de 2011. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>
9. Ministerio de Salud y la Protección Social, República de Colombia. [Citado en mayo de 2011]. Disponible en: [http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_S.aspx](http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx)
10. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. [Citado en diciembre de 2011]. Disponible en: [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad\\_Regimen\\_Contributivo/resolucion\\_412\\_2000.pdf](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo/resolucion_412_2000.pdf)
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 60 de 1993. [Citado en enero de 2012] Disponible en: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85889\\_archivo\\_pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-85889_archivo_pdf)
12. Congreso de la República de Colombia. LEY 715 DE 2001. (Diciembre 21). Reglamentada parcialmente por el Decreto 159 de 2002. [Citado en enero de 2012] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>

13. Consejo de Estado. Diario Oficial No. 39.137 del 10 de enero de 1990. Ley 10 de 1990. [Citado en enero de 2012] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
14. Caja de Previsión de las Comunicaciones CAPRECOM. [Citado en enero de 2012]. Disponible en: <http://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?modulo=portada>
15. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 244 de 2003. [Citado en enero de 2012]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7809>
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007. [Citado en enero de 2012]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf>
17. Congreso de Colombia (2007). Ley 1122. [Citado en 03 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
18. Presidente de la República de Colombia. Decreto-ley 1281 de 2002. [Citado en 03 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5354>
19. Departamento Nacional de Planeación. DNP SISBEN. [Citado en noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.sisben.gov.co/>.
20. Realpe Cecilia, Escobar, Gloria M., Largo Blanca Cecilia, et al. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y

administradoras del régimen subsidiado de Manizales. Colombia médica. Vol. 33, N°3. 2003. Pág. 2

21. Galvis Ramírez Virgilio .Sistema de fortalecimiento de la gestión de las aseguradoras frente a las acciones de protección específica, detección temprana y 13.atención de enfermedades de interés en salud pública. Tomado de <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/anexprog.htm>.febrero de 2.000

22. Consejo Nacional de Seguridad Nacional en Salud. Acuerdo 117 de 1998. [Citado en noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14530>

23. Departamento de psicología de la salud. La motivación. Licenciatura de humanidades Universidad de Alicante. Material extraído del portal: <http://www.psb.ua.es>. [Citado en junio de 2012] Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4298/7/TEMA%207.la%20motivaci%C3%B3n.pdf>

24 Chopra, Deepak. Como crear salud: más allá de la prevención y hacia la perfección. Boston: Grijalbo. 1987.

25. Ing. Francisco Javier Santander Velázquez y otros. La importancia de la motivación del conocimiento en la organización. [Citado en Mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.filosofia.mx/index.php?/foros/viewthread/751/> Noviembre 2009



# **ANEXOS**

**ANEXO A. DATOS DE REPORTE DE GLOSAS DE LA EPS CAPRECOM A LA ESE ISABU EFECTUADAS  
DURANTE EL PERIODO 2008-2011**

<b>P Y P</b>	<b>NUMERO RADICACION</b>	<b>FECHA RADICACION</b>	<b>DESCRIPCION DE LA GLOSA</b>	<b>VALOR GLOSADO</b>
<b>30034</b>	6805855	11/07/2008	GLOSA 085 PYP ENERO CTO 368 RP 68/08 NO CUMPL. DE METAS	753.737,00
<b>30034</b>	6805856	11/07/2008	GLOSA 085 PYP FEBRERO CTO 368 SUB TOTAL RP 68/08 NO CUMPL. DE METAS	777.291,00
<b>30034</b>	6805857	11/07/2008	GLOSA 085 PYP FEBRERO CTO 372 SUB TOTAL RP 71/08 NO CUMPL. DE METAS	53.709,00
<b>30034</b>	6805858	11/07/2008	GLOSA 085 PYP ENERO CTO 372 SUB TOTAL RP 71/08 NO CUMPL. DE METAS	40.129,00
<b>30034</b>	6805859	11/07/2008	GLOSA 085 PYP FEBRERO CTO 371 SUB TOTAL RP 65/08 NO CUMPL. DE METAS	1.607.100,00
<b>30034</b>	6805860	11/07/2008	GLOSA 085 PYP ENERO CTO 371 SUB TOTAL RP 65/08 NO CUMPL. DE METAS	1.509.219,00
<b>30034</b>	6805861	11/07/2008	GLOSA 085 PYP FEBRERO CTO 370 SUB TOTAL RP 70/08 NO CUMPL. DE METAS	5.222.944,00
<b>30034</b>	6805862	11/07/2008	GLOSA 085 PYP FEBRERO CTO 369 SUB TOTAL RP 69/08 NO CUMPL. DE METAS	17.646.519,00
<b>30034</b>	6805863	11/07/2008	GLOSA 085 PYP MARZO CTO 368 SUB TOTAL RP 68/08 CARN. NO CUMPL. DE METAS	820.034,00
<b>30034</b>	6805864	14/07/2008	.GLOSA 085 PYP MARZO CTO 369 SUB TOTAL RP 69/08 CARN. NO CUMPL. DE METAS	17.794.823,00

P Y P	NUMERO RADICACION	FECHA RADICACION	DESCRIPCION DE LA GLOSA	VALOR GLOSADO
30034	6805865	14/07/2008	.GLOSA 085 PYP MARZO CTO 370 SUB TOTAL RP 70 Y 450/08 CARN. NO CUMPL. DE METAS	5.330.222,00
30034	6805866	14/07/2008	..GLOSA 085 PYP MARZO CTO 371 SUB TOTAL RP 65 Y 450/08 CARN. NO CUMPL. DE METAS	1.897.419,00
30034	6805867	14/07/2008	...GLOSA 085 PYP MARZO CTO 372 SUB TOTAL RP 71 Y 451/08 CARN. NO CUMPL. DE METAS	84.562,00
30034	6809053	02/09/2008	.GLOSA 110 SUB TOTAL JULIO CTO 114/08 RP 535 MAYOR V/R LIQUIDADO	167.421,00
			TOTAL AÑO 2008	53.705.129,00
30034	68009099	13/07/2009	NOTA DEBITO PARCIAL CTO 071/09 RP 1149 GLOSA 51100660 MAYO/09 SUB TOTAL	2.000.594,00
30034	68009100	13/07/2009	NOTA DEBITO PARCIAL CTO 071/09 RP 1149 GLOSA 51100661 JUNIO/09 SUB TOTAL	18.054,00
30034	68012621	11/09/2009	NOTA DEBITO GLOSA PARCIAL CUMPLIMIENTO METAS PYP AGOSTO/09 SUB T.	29.890.802,00
30034	68015159	21/10/2009	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA PYP CUMPLIMIENTO METAS CTO 071/09 SEP/09 SUB TOTAL	34.779.784,00
			TOTAL AÑO 2009	66.689.234,00
28034	68000038	15/01/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS PYP CTO 331/09 RP 1960 OCT/09 SUB TOTAL	536.187,00
30034	68004885	08/04/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA INCUMPLIMIENTO METAS CTO 331/09 PYP MAR/10 SUB TOTAL	32.237.880,00

<b>P Y P</b>	<b>NUMERO RADICACION</b>	<b>FECHA RADICACION</b>	<b>DESCRIPCION DE LA GLOSA</b>	<b>VALOR GLOSADO</b>
<b>30034</b>	68018243	20/09/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS PYP CAPITADO ABRIL/10 SUB TOTAL	6.007.881,00
<b>30034</b>	68019450	20/09/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS CTO 048-10 PYP CAPITA JUNIO/10 SUB TOTAL	45.081.867,00
<b>30034</b>	68019451	20/09/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS CTO 048-10 PYP CAPITA MAYO/10 SUB TOTAL	41.562.796,00
<b>30034</b>	68019471	20/09/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS CTO 048/10 CAPITA AGO/10 SUB TOTAL	51.668.573,00
<b>30034</b>	68019477	20/09/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA CUMPLIMIENTO METAS CTO 048/10 PYP CAPITA JULIO/10 SUB TOTAL	47.393.768,00
<b>30034</b>	68019600	05/10/2010	NOTA DEBITO PARCIAL CUMPLIMIENTO METAS PYP CAPITA CTO 048/10 SDEP/10 SUB TOTAL	41.755.180,00
<b>30034</b>	68024245	02/12/2010	NOTA DEBITO PARCIAL GLOSA PYP CAPITA CUMPLIMIENTO METAS CTO 048/10 OCT/10 SUB TOTAL	33.720.782,00
			TOTAL AÑO 2010	<b>299.964.914,00</b>
<b>30034</b>	68038034	29/12/2011	NOTA DEBITO TOTAL PARA LEGALIZAR FACTURA ANTICIPO MES DE ABRIL DE 2011	82.019.969,00
<b>30034</b>	68038158	30/12/2011	GLOSA TOTAL LEGALIZACION DE ANTICIPO MES DE MAYO DE 2011	82.617.327,00
<b>30034</b>	68038844	30/12/2011	N.D TOTAL CR68-122-11 RP 2148 SERV. PYP CAPITADO SEP/11 SUB TOTAL	85.162.714,00
<b>30034</b>	68038845	30/12/2011	ND TOTAL CR68-122-11 RP-988 SERV. PYP CAPITADO NOV/11 SUB	83.741.921,00

P Y P	NUMERO RADICACION	FECHA RADICACION	DESCRIPCION DE LA GLOSA	VALOR GLOSADO
			TOTAL	
			TOTAL 2011	333.541.931,00

Fuente: Tomado de la EPS CAPRECOM. Oficina de cuentas

## ANEXO B. MATRICES DE PROGRAMACIÓN DEL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2011



CONSOLIDADO CAPRECOM 2011

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
<b>PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)</b>																	
99.3.1.02	DOSIS PROGRAMADAS BCG	18	0	0	18	10	0	0	10	24	0	0	24	59	15	52	88,14
99.3.5.03	DOSIS ANTIHEPATITIS B	19	0	0	19	13	0	0	13	26	0	0	26	229	57	58	25,33
99.3.1.22	DOSIS DPT	71	0	0	71	78	1	0	79	81	1	0	82	755	189	232	30,73
99.3.5.01	DOSIS DE ANTIPOLIO	146	2	0	148	166	7	0	173	170	7	0	177	829	207	498	60,07
99.3.1.30	PENTAVALENTE	78	2	0	80	87	6	0	93	90	6	0	96	195	49	269	137,95
99.3.1.07	DOSIS VACUNA Td O TT MEF	64	0	0	64	97	0	0	97	65	0	0	65	5443	1361	226	4,15
99.3.5.22	DOSIS VACUNA TRIPLE VIRAL	74	2	0	76	114	0	0	114	159	1	0	160	1063	266	350	32,93
99.3.5.04	DOSIS VACUNA CONTRA FIEBRE AMARILLA	63	1	0	64	83	0	0	83	71	1	0	72	502	126	219	43,63
<b>SALUD ORAL</b>																	
52,86																	
99.7.1.03	APLICACIONES DE FLUOR TOPICO	914	2	0	916	612	1	0	613	472	0	1	473	18914	4729	2002	10,58
99.7.1.02	APLICACIÓN DE SELLANTES	666	0	0	666	456	0	0	456	430	0	0	430	5989	1497	1552	25,91
99.7.3.10	CONTROLES DE PLACA BACTERIANA	1769	1	1	1771	1393	2	0	1395	1019	1	1	1021	38377	9594	4187	10,91
99.7.3.00	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	427	0	1	428	607	1	0	608	570	2	1	573	4326	1082	1609	37,19
<b>ATENCION DEL PARTO</b>																	
21,15																	
73.5.9.10	ASISTENCIA AL PARTO EXPONTANEO (Expulsivo)	18	0	0	18	7	0	0	7	24	0	0	24	537	134	49	9,12

**CONSOLIDADO CAPRECOM 2011**

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM	
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM								
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL					
74.0.1.00	CESAREA	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	3			
90.6.9.1.6	SEROLOGIA PARTO	18	0	0	18	10	0	0	10	24	0	0	24	537	134	52	9,68	
89.0.3.01	CONSULTA MEDICA DE CONTROL POSTPARTO	18	0	0	18	10	0	0	10	20	0	0	20	537	134	48	8,94	
<b>ATENCION DEL RECIEN NACIDO</b>																27,75		
90.4.9.03	EXAMENES DE TSH EN RECIEN NACIDOS (TOMA Y ANÁLISIS)	18	0	0	18	10	0	0	10	24	0	0	24	537	134	52	2,42	
99.2.9.01	APLICACIONES DE VITAMINA K	18	0	0	18	10	0	0	10	24	0	0	24	537	134	52	9,68	
90.2.2.12	HEMOCLASIFICACION RN	18	0	0	18	10	0	0	10	24	0	0	24	537	134	52	9,68	
89.0.3.01	CONSULTAS MEDICAS DE CONTROL DEL RECIEN NACIDO	18	0	0	18	10	1	0	11	20	0	0	20	537	134	49	9,12	
<b>PLANIFICACION FAMILIAR</b>																30,91		
89.0.2.01 / 05	<b>MUJERES</b>	CONSULTAS DE PRIMERA VEZ (POR MEDICO O ENFERMERA)	62	0	0	62	66	0	0	66	87	0	0	87	435	109	215	49,43
89.0.3.01 / 05		CONSULTAS DE CONTROL (POR MEDICO O ENFERMERA)	518	1	0	519	516	0	0	516	495	2	0	497	3357	839	1532	45,64
69.7.1.00		APLICACIÓN DE DISPOSITIVO	0	0	0	0	2	0	0	2	5	0	0	5	57	14	7	12,28

CONSOLIDADO CAPRECOM 2011

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
	INTRAUTERINO																
66.3.9.10	ESTERILIZACION FEMENINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	135	34	0	0,00
	SUMINISTRO ANTICONCEPCIÓN HORMONAL ORAL - CICLO	164	0	0	164	155	0	0	155	192	0	0	192	2392	598	511	21,36
	MUJERES CON ANTICONCEPCIÓN HORMONAL METODOS MODERNOS	288	0	0	288	294	0	0	294	278	1	0	279	545	136	861	157,98
	MUJERES CON ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	235	59	1	0,43
89.0.2.01 / 05	HOMBRES CONSULTAS PLANIFICACION HOMBRES	10	0	0	10	9	0	0	9	12	0	0	12	11	3	31	281,82
89.0.3.01 / 05	HOMBRES CONSULTA CONTROL PLANIFICACION HOMBRES	13	0	0	13	13	0	0	13	11	0	0	11	22	6	37	168,18



CONSOLIDADO CAPRECOM 2011

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
63.7.3.00	ESTERILIZACIONES MASCULINAS REALIZADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	3	0	0,00
	SUMINISTRO ANTICONCEPTIVOS	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0		0	3	
<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>																	67,01
89.0.2.01	CONSULTAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO	107	0	3	110	118	2	1	121	73	0	0	73	1161	290	304	26,18
89.0.3.01 / 05	CONSULTAS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	520	3	0	523	443	12	1	456	451	2	0	453	8062	2016	1432	17,76
<b>ALTERACIONES EN EL JOVEN</b>																	21,97
89.0.2.01	CONSULTAS DEL DESARROLLO DEL JOVEN (POR MÉDICO)	348	0	0	348	318	0	1	319	301	1	0	302	2335	584	969	41,50
90.2.2.13	EXAMEN DE HEMOGLOBINA JOVENES (MUJERES 10 - 13 AÑOS)	33	0	0	33	61	0	0	61	51	0	0	51	290	73	145	50,00
<b>CONTROL PRENATAL</b>																	45,75
89.0.2.01	CONSULTAS PRENATALES DE PRIMERA VEZ POR MÉDICO	30	0	0	30	46	2	0	48	52	0	0	52	531	133	130	12,24
90.6.9.1.6	SEROLOGIA GESTANTE	30	0	0	30	46	2	0	48	52	0	0	52	531	133	130	24,48

**CONSOLIDADO CAPRECOM 2011**

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
89.0.3.01	CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR MEDICO	117	0	0	117	140	2	0	142	132	2	1	135	794	199	394	49,62
89.0.3.05	CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL REALIZADAS POR ENFERMERA	37	0	0	37	46	0	0	46	50	0	0	50	744	186	133	17,88
	CONSEJERIA PARA VIH GESTANTES	24	0	0	24	36	1	0	37	32	0	0	32	531	133	93	17,51
89.0.3.02	CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL POR GINECOBSTERICIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				0,00
90.2.2.11	HEMATOCRITO	30	0	0	30	46	2	0	48	52	0	0	52	531	133	130	24,48
90.2.2.12	HEMOCLASIFICACION	30	0	0	30	46	2	0	48	52	0	0	52	531	133	130	24,48
90.2.2.13	HEMOGLOBINA	30	0	0	30	46	2	0	48	52	0	1	53	531	133	131	24,67
90.1.2.35	UROCULTIVO	71	1	0	72	87	2	0	89	65	0	0	65	845	211	226	26,75
90.3.8.42	TEST DE O'SULLIVAN	26	0	0	26	95	3	0	98	102	0	0	102	531	133	226	42,56
88.1.4.31/32	ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA TRANSABDOMINAL/TRANSVAGINAL	81	1	0	82	91	2	0	93	79	1	1	81	877	219	256	29,19
	SUMINISTRO DE MULTIVITAMINICOS GESTANTES	3	0	0	3	4	0	0	4	2	0	0	2	1364	341	9	0,66
89.0.2.03	CONSULTA ODONTOLOGICA	10	0	0	10	21	1	0	22	14	0	0	14	531	133	46	8,66

CONSOLIDADO CAPRECOM 2011

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
	GENERAL DE LA GESTANTE																
99.3.1.20	APLICACIONES DE Td O TT GESTANTES	31	0	0	31	48	1	0	49	52	0	0	52	840	210	132	15,71
<b>ALTERACIONES EN EL ADULTO</b>																	21,26
89.0.2.01	CONSULTAS DE DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO (POR MÉDICO)	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.7.1.06	PARCIAL DE ORINA ADULTOS 45 Y MÁS AÑOS	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.3.8.25	CREATININA ADULTOS 45 Y MÁS AÑOS	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.3.8.41	GLICEMIA BASAL EN ADULTOS 45 Y MÁS AÑOS	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
<i>PERFIL LIPIDICO EN ADULTOS 45 Y MÁS AÑOS</i>																	0,00
90.3.8.15	COLESTEROL ALTA DENSIDAD HDL	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.3.8.16	COLESTEROL BAJA DENSIDAD LDL	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.3.8.18	COLESTEROL TOTAL	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
90.3.8.68	TRIGLICERIDOS	55	0	0	55	103	0	0	103	84	0	0	84	1494	374	242	16,20
<b>CANCER CERVICOUTERINO</b>																	16,20
89.2.9.01	CITOLOGIAS CERVICO UTERINA	308	0	1	309	406	0	1	407	352	2	1	355	6171	1543	1071	2,17



CONSOLIDADO CAPRECOM 2011

CODIGO ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	ABRIL				MAYO				JUNIO				Programa. Año	Programa. Trimestral	TOTAL TRIMESTRE	% Cumplimiento CAPRECOM
		CAPRECOM				CAPRECOM				CAPRECOM							
		201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL	201000400	201001302	OTROS_MUN	TOTAL				
	(TOMA)																
89.8.0.01	CITOLOGIAS CERVICO UTERINA (LECTURA)	308	0	1	309	55	0	0	55	352	2	1	355	6171	1543	719	11,65
70.2.2.01 / 00	COLPOSCOPIA	19	0	0	19	26	0	0	26	14	0	0	14	625	156	59	9,44
<b>AGUDEZA VISUAL</b>																	7,75
95.0.6.01	MEDICIONES DE AGUDEZA VISUAL	182	0	0	182	188	0	1	189	179	0	0	179	2055	514	550	8,92

## ANEXO C. CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A LA ESE ISABU

Bucaramanga, Septiembre 29 de 2011

Doctor

**PAOLO CESAR PEDRAZA G.**

Gerente (e)

**ESE ISABU**

Ciudad

Con un cordial saludo y augurándole muchos éxitos en su gestión gerencial, me permito comunicarle que la Universidad CES en cumplimiento del desarrollo del Postgrado **AUDITORIA EN SALUD**, que realizamos en la Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB, nos ha aprobado el Anteproyecto para el requisito de grado, denominado: “**Evaluación del cumplimiento de metas de las actividades de promoción y prevención contratadas por la EPS Caprecom a la ESE ISABU en el primer trimestre del 2011 en la ciudad de Bucaramanga**”.

*Por lo anterior le solicito muy respetuosamente, se sirva concedernos el aval para iniciar el proceso de investigación, toda vez que cuento con la disponibilidad de tiempo por encontrarme en el periodo de vacaciones.*

*El anteproyecto fue enviado a la oficina del doctor **HERNAN DELGADO**, como jefe de la oficina de calidad para su viabilidad.*

El objetivo final será entregar un informe detallado de los factores que generan el incumplimiento de metas de dichas actividades, con el fin de facilitar a la **ESE ISABU** las bases para la elaboración de un plan de mejoramiento que les permita reducir el indicador de glosas con la **EPS CAPRECOM**, beneficiando la salud de los usuarios y mejorando sus estados financieros.

Esperamos su aceptación para proceder la próxima semana a desarrollar las actividades pertinentes.

Atentamente,

**RUBEN DARIO VELEZ TRILLOS**

Representante Especialización en Auditoría en Salud grupo 56 Bucaramanga

GERENCIA	1000.15.03
COMUNICACIONES	Página:8/1

Bucaramanga, Octubre de 2011

15 NOV 2011

108915

Señores  
**ESTUDIANTES DE AUDITORÍA EN SALUD**  
Atn. Dr. Rubén Darío Vélez Trillos  
UNAB  
Ciudad

Cordial Saludo.

En atención a su solicitud, me permito autorizar las actividades tendientes a recopilar información en el marco del Proyecto de Investigación "EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE METAS DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN CONTRATADAS POR LA EPS CAPRECOM A LA ESE ISABU EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL 2011 EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA"

Por lo anterior solicito amablemente a los funcionarios de la Institución facilitar el proceso de recolección de la información, donde se aplicarán una serie de encuestas y se revisarán algunos documentos, que le permitan al grupo de estudiantes de la Especialización de Auditoría en Salud, cumplir con sus objetivos.

De la misma manera les agradezco presentar a la **ESE ISABU** los resultados de dicho estudio, como esta especificado en el proyecto, para el análisis y posible aplicación por parte de la Entidad, la cual deberá conocer el plan a desarrollar así como los documentos utilizados para la aplicación del mismo.

Atentamente,



**PAULO CESAR PEDRAZA GÓMEZ**  
Gerente (E) ESE ISABU

Elaboró: PAOLA MARTÍNEZ TRIANA – Apoya Gerencia



Camera 9 Calle 12 Norte HOSPITAL LOCAL DEL NORTE  
Conmutador: 6405757 Fax: 6405929  
Email: secretariagerencia@eseisabu.gov.co

**ANEXO D. LISTA DE CHEQUEO: ENTREVISTA A FUNCIONARIOS PARA  
VERIFICAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MINUTA**

<b>LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MINUTA CONTRACTUAL ENTRE LA ESE ISABU Y LA EPS CAPRECOM</b>				
<b>NUMERO</b>	<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONTRATO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	CONOCE EL OBJETO CONTRACTUAL	PERSONAL DE OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU		
<b>2</b>	SABE QUE ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y PRREVENCION DE LA ENFERMEDAD SE DEBEN EJECUTAR	PERSONAL DE OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU		
<b>3</b>	CONOCE LA FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	PERSONAL DE OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU		
<b>4</b>	CONOCE LA FECHA DE TERMINACION DEL CONTRATO	PERSONAL DE OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU		
<b>5</b>	CONOCE EL VALOR DEL CONTRATO	PERSONAL DE OPERATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU		



**ANEXO E. LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SALUD (RIPS), DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

<b>LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE LOS REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SALUD (RIPS), DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>				
<b>Numero</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>RESPONSABLES DE LA INFORMACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DE RIPS DE ATENCION	MEDICO DE CONSULTA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>2</b>	DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DE RIPS DE ATENCION	ODONTOLOGO DE CONSULTA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>3</b>	DILIGENCIAMIENTO CORRECTO DE RIPS DE ATENCION	ENFERMERA DE CONSULTA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>4</b>	DIGITA CORRECTAMENTE LOS RIPS AL SISTEMA DE FACTURACION	CAJEROS DE LA <b>ESE ISABU</b>		

**ANEXO F. LISTA DE CHEQUEO: REPORTE DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA POR PARTE DE LA ESE ISABU**

<b>LISTA DE CHEQUEO: REPORTE DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA POR PARTE DE LA ESE ISABU</b>				
<b>NUMERO</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>RESPONSABLES DE LA INFORMACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	CUENTA CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES A REALIZAR EN COLEGIOS	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>2</b>	CUENTA CON EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EXTRAMURALES A REALIZAR EN LA POBLACION RURAL	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>3</b>	REALIZA CORRECTAMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR A TRAVES DEL POGRAMA ISABU EN SU BARRIO	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>4</b>	FORMATOS DILIGENCIADOS CORRECTAMENTE DE DEMANDA INDUCIDA, EN LAS ACTIVIDADES DE ISABU EN SU BARRIO	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>5</b>	CUENTA CON PLANILLAS DE LOS CENTROS DE SALUD DONDE SE REGISTRA	ENFERMERA JEFE DEL CENTRO DE ATENCION		

LISTA DE CHEQUEO: REPORTE DE ACTIVIDADES DE DEMANDA INDUCIDA POR PARTE DE LA ESE ISABU				
NUMERO	DOCUMENTOS	RESPONSABLES DE LA INFORMACION	SI	NO
	CORRECTAMENTE EL LISTADO DE LOS USUARIOS INDUCIDOS A LOS PROGRAMAS			
6	CUENTA CON PROGRAMAS DE DIFUSION AUDIOVISUAL PARA INVITAR A LOS USUARIOS A LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA ESE ISABU		

**ANEXO G. LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE MATRICES DE PROGRAMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

<b>LISTA DE CHEQUEO: VERIFICACIÓN DE MATRICES DE PROGRAMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>				
<b>NUMERO</b>	<b>DOCUMENTOS</b>	<b>RESPONSABLES DE LA INFORMACION</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	LISTADO DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR POR PERIODO POR PARTE DE CADA UNO DE LOS CENTROS DE SALUD DE FORMA OPORTUNA	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>2</b>	SOPORTE DE RECIBIDO DE LA ENTREGA DE LAS METAS A CUMPLIR POR PERIODO	JEFE DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>3</b>	ENTREGA DEL CONSOLIDADO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PERIODO	JEFE DE ZONA DE LA <b>ESE ISABU</b>		
<b>4</b>	SOPORTE DE RECIBIDO DE ENTREGA DEL CONSOLIDADO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	JEFE DE ZONA DE LA <b>ESE ISABU</b>		

**ANEXO H. ENCUESTA A JEFE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, JEFES DE ZONA DE LA ESE ISABU. ENCUESTA A PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA. ENCUESTA A AUXILIARES Y PERSONAL DE FACTURACIÓN**

**ENCUESTA PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU (JEFES DE ZONA- JEFE DE PROMOCION Y PREVENCION)**

Con el fin de evaluar el conocimiento que se posee sobre la aplicación de los Programas de Promoción y Prevención contratados por la **EPS CAPRECOM** a la **ESE ISABU**, por parte de los funcionarios administrativos, que lideran el proceso, nos permitimos solicitar el diligenciamiento de la presente encuesta, agradeciendo de antemano su colaboración:

1. Con respecto al contrato que se firma entre las partes, ustedes conocen el contenido de la minuta?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

2. Se ha socializado por parte de la oficina de contratación o quien hace sus veces?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

3. Las Matrices de programación, relacionadas con los programas de salud oral, citologías y crecimiento y desarrollo, son entregadas oportunamente (al iniciar la vigencia) a quienes deben ejecutarlas (médicos, enfermeras, auxiliares, odontólogos), explicando la importancia de su cumplimiento para cada uno de los periodos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

4. Se hace seguimiento periódico al cumplimiento de las metas tanto por el jefe de promoción y prevención como los jefes de zona, a cada uno de los responsables de ejecutarlos (médicos, enfermeras, auxiliares, odontólogos)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

5. Se está realizando retroalimentación periódica a los responsables de ejecutar las actividades (médicos, enfermeras, auxiliares, odontólogos), a fin de tomar los correctivos y planear nuevas estrategias que conduzcan a un mayor cumplimiento de metas?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

6. Considera usted que la falta de recursos (humanos, técnicos, administrativos, insumos) podrían ser un factor importante para el No cumplimiento de metas?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

7. Considera usted que existen problemas administrativos ( bases de datos deficientes por parte de la EPS, con respecto a edad, identificación, direcciones entre otras, que dificulten el cumplimiento de las metas contratadas?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

8. Que sugiere como líder del proceso para que se mejore el cumplimiento **Y** que está haciendo actualmente la **ESE ISABU** para lograrlo?

---

---

---

---

**ANEXO I. ENCUESTA PERSONAL OPERATIVO DE LA ESE ISABU (MEDICOS,  
ENFERMERAS Y AUXILIARES)**

**ENCUESTA PERSONAL OPERATIVO DE LA ESE ISABU (MEDICOS,  
ENFERMERAS Y AUXILIARES)**

Con el fin de evaluar el conocimiento y la importancia que se tiene sobre la aplicación de los Programas de Promoción y Prevención contratados por la **EPS CAPRECOM** a la **ESE ISABU**, por parte de los funcionarios operativos (médicos, enfermeras, auxiliares), encargados del proceso de ejecución de los programas para el cumplimiento de las metas, nos permitimos solicitar el diligenciamiento de la presente encuesta, agradeciendo de antemano su colaboración:

1. Con respecto al contrato que se firma entre las partes, ustedes conocen el contenido de la minuta en su objeto contractual?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

2. Se ha socializado por parte de la oficina de contratación o quien hace sus veces?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

3. Posen en sus sitios de trabajo los documentos o guías de manejo, que les permita cumplir con las actividades de promoción y Prevención relacionadas con salud oral, citologías y crecimiento y desarrollo, en el momento de la atención al usuario?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

4. Reciben las matrices o metas a ejecutar durante los periodos por parte de su jefe inmediato, conociendo a cabalidad el número de actividades para cada uno de los programas a cumplir mensualmente?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

5. Se hace retroalimentación por parte de los jefes inmediatos, sobre el cumplimiento y la importancia de las metas de los programas de Promoción y Prevención?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

6. Conoce usted el valor que glosa periódicamente la **EPS CAPRECOM** a la **ESE ISABU** por NO cumplimiento de metas?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

7. Existe un plan de estímulos para el personal que motive el cumplimiento de las actividades propuestas para salud oral, citologías y crecimiento y desarrollo, por parte de la **ESE ISABU**?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

8. Sugerencias Para Mejorar Los Objetivos

---

---

---

---



**ANEXO J. ENCUESTA PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU  
(FACTURACION Y APOYO ADMINISTRATIVO DE CAJA)**

**ENCUESTA PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA ESE ISABU  
(FACTURACION Y APOYO ADMINISTRATIVO DE CAJA)**

Con el fin de evaluar el conocimiento y la importancia que se tiene sobre la aplicación de los Programas de Promoción y Prevención contratados por la **EPS CAPRECOM** a la **ESE ISABU**, por parte de los funcionarios administrativos, encargados del proceso de facturación, nos permitimos solicitar el diligenciamiento de la presente encuesta, agradeciendo de antemano su colaboración:

1. Con respecto al contrato que se firma entre las partes, ustedes conocen el contenido de la minuta o se ha socializado por parte de la oficina de contratación o quien hace sus veces?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

2. Reciben la información oportuna sobre la contratación con la **EPS CAPRECOM**, que les permita cumplir con el objeto contractual, en forma eficaz y oportuna?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

3. Se tiene un programa que les permita detectar por edades y metas, las actividades que hay que realizarle al usuario, de salud oral, citologías y crecimiento y desarrollo, cuando acuden a solicitar los servicios, canalizándolos hacia quienes deben ejecutarlos (medico, enfermera, auxiliar, odontólogo)?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

4. Consideran que el papel de ustedes es fundamental en la generación de las facturas al momento de ofrecer los servicios y de enviar las cuentas a la **EPS CAPRECOM**?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

5. Conocen los valores que la **EPS CAPRECOM**, glosa a la **ESE ISABU**, sobre el **NO** cumplimiento de metas de los programas de Promoción y Prevención?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

6. Reciben capacitaciones permanentes sobre la necesidad de facturar todas las actividades que se realicen de Promoción y Prevención a los usuarios de la **EPS CAPRECOM**, donde se les hace énfasis en la importancia de cumplir metas, direccionar los usuarios cada vez que llegan al servicio así como dar trato amable a los mismos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ NO LO CONSIDERA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

7. Que ideas desean aportar para el mejoramiento del cumplimiento de las metas de Promoción y Prevención con la **EPS CAPRECOM**, y que está haciendo actualmente la **ESE ISABU**, para mejorar?

---

---

---

---