

**Adherencia del personal encargado de facturar la prestación de los servicios de salud en el servicio de urgencias de una IPS en Medellín**

**Nini Jhoana Gil Cardona  
Karen Jaramillo Palacio**

**Trabajo de investigación para optar al título de administrador en servicios de salud con énfasis en gestión de servicios de salud**

**Asesor**

**Liliana María Villa García**

**Administradora en Salud con Especialización en Economía y Finanzas de la Salud. Maestría en Administración en Salud. Docente de cátedra de pregrado Administración en Salud Universidad de Antioquia.**



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**  
1803

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Medellín  
2019**

## Tabla de contenido

1.	Planteamiento del problema .....	7
2.	Pregunta de investigación .....	9
3.	Justificación .....	9
4.	Objetivos .....	10
4.1	Objetivo general .....	10
4.2	Objetivos Específicos:.....	10
5.	MARCO TEÓRICO.....	11
5.1	La gestión por procesos.....	11
5.2	El término Adherencia.....	12
5.3	Facturación de los servicios de salud .....	12
5.3.1	Conceptos de la facturación.....	13
5.3.2	Objetivo general del proceso de facturación .....	13
5.4	Etapas del proceso de facturación .....	13
5.4.1	Pasos del proceso de facturación.....	14
5.5	Clasificación de los usuarios.....	16
5.5.1	Clasificación por responsable de pago.....	17
5.5.2	Clasificación por tipo de régimen.....	17
5.5.3	Clasificación por tipo de riesgo .....	18
5.6	Requerimientos de información para la facturación .....	19
5.7	Soportes de la factura (anexo 5) .....	21
5.8	Facturación en el servicio de urgencias .....	21
5.8.1	Ingreso por Urgencias: .....	21
6.	MARCO CONTEXTUAL .....	23
7.	MARCO NORMATIVO .....	24
7.1	ley 23 de 1981 .....	24
7.2	Ley 100 de 1993 .....	24
7.3	Ley 1122 de 2007 .....	24
7.4	Ley 1231 de 2008 .....	24
7.5	Ley 1438 de 2011 .....	25
7.6	Decreto 2423 de 2006.....	25
7.7	Decreto 4747 de 2007 .....	25
7.8	Decreto 780 de 2016.....	25

7.9 Resolución 3047 de 2008 .....	26
7.10 Acuerdo No. 256 de 2001.....	27
8. METODOLOGÍA.....	27
8.1 Enfoque .....	27
8.2 Diseño.....	27
8.3 Población.....	27
8.4 Técnicas y procedimientos.....	27
8.5 Metodología de evaluación.....	28
8.6 Diseño muestral .....	28
8.7 Tabulación y plan de análisis.....	28
8.8 Recolección de información .....	29
8.8.1 Objetivo número uno .....	29
8.8.2. Objetivo número dos.....	29
8.8.3 Objetivo número tres (listas de chequeo).....	31
8.8.4 Objetivo número cuatro.....	35
9. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
9.1 Objetivo número uno .....	36
9.1.1 Descripción sociodemográfica de la población.....	36
9.2 Objetivo número dos.....	40
9.2.1 Descripción del nivel de conocimiento sobre el proceso de facturación en el servicio de urgencias según la encuesta diseñada .....	40
9.3 Objetivo número tres. ....	44
Análisis de resultados de adherencia según listas de chequeo .....	44
9.3.1 Lista de chequeo procedimiento ingreso usuarios. ....	44
9.3.2 Lista de chequeo facturación usuarios.....	49
9.4 Objetivo número cuatro.....	52
9.4.1 Variables sociodemográficas que se relacionan con la adherencia al procedimiento ingreso usuarios .....	53
9.4.2 Variables de conocimiento que se relacionan con la adherencia al procedimiento ingreso usuarios .....	54
9.4.3 Variable sociodemográfica que se relacionan con la adherencia al procedimiento facturación usuarios.....	58
9.4.4 Variables de conocimiento relacionadas con la adherencia al procedimiento facturación usuarios .....	60

10. Conclusiones.....	65
11. Recomendaciones .....	66
12. Consideraciones éticas.....	67
13. Cronograma de actividades.....	68
14. Presupuesto .....	69
14. Bibliografía .....	71
15. Anexos .....	74
15.1 Anexo 1.....	74
Carta de aprobación en Metrosalud .....	74

### Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Variables sociodemográficas que se utilizaron en la herramienta que indica el conocimiento sobre el proceso de facturación (encuesta). Metrosalud. 2018.....	31
<b>Tabla 2.</b> Variables para identificar conocimiento del proceso (encuesta). Metrosalud. 2018.....	32
<b>Tabla 3.</b> Variables para medir adherencia del personal facturador al procedimiento ingreso usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018.....	34
<b>Tabla 4.</b> Variables para medir adherencia al personal facturador al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018.....	36
<b>Tabla 5.</b> Distribución de las características sociodemográficas del personal facturador en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018.....	38
<b>Tabla 6.</b> Variable sexo según cada una de las Unidades Hospitalarias. ....	39
<b>Tabla 7.</b> Variable rango de edad y según cada una de las Unidades Hospitalarias.....	40
<b>Tabla 8.</b> Variable perfil profesional según cada una de las Unidades Hospitalaria.....	40
<b>Tabla 9.</b> Variable experiencia laboral según cada una de las Unidades Hospitalarias.....	41
<b>Tabla 10.</b> Variable años de antigüedad según cada una de las Unidades Hospitalarias.....	42
<b>Tabla 11.</b> Conocimiento del proceso de facturación en el servicio de urgencias, Metrosalud, 201.....	43

<b>Tabla 12.</b> Conocimiento de términos importantes dentro del proceso de facturación en urgencias, Metrosalud, 2018.....	44
<b>Tabla 13.</b> Conocimiento de información institucional del proceso de facturación, Metrosalud, 2018.....	45
<b>Tabla 14.</b> Descripción de variables lista de chequeo ingreso usuarios en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018.....	47
<b>Tabla 15.</b> Descripción de variables lista de chequeo ingreso usuarios en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018.....	49
<b>Tabla 16.</b> Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según las 5 Unidades Hospitalarias.....	49
<b>Tabla 17.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios y el conocimiento de los contratos con cada una de las UH.....	50
<b>Tabla 18.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios y el conocimiento del alcance del proceso con cada una de las UH.....	50
<b>Tabla 19.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios y el conocimiento de las principales causas de glosas de la institución con cada una de las 5 UH.....	51
<b>Tabla 20.</b> Descripción de variables lista de chequeo facturación usuarios en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018. ....	52
<b>Tabla 21.</b> Resultados de adherencia procedimiento facturación usuarios en urgencias, Metrosalud, 2018.....	53
<b>Tabla 22.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y las 5 Unidades Hospitalarias.....	53
<b>Tabla 23.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento de los contratos con cada una de las UH. ....	53
<b>Tabla 24.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento del alcance con cada una de las UH.....	54
<b>Tabla 25.</b> Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento de las principales causas de glosas de la Institución con cada una de las UH.....	54
<b>Tabla 26.</b> Asociación de variables sociodemográficas con el nivel de adherencia al procedimiento ingreso usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018.....	55
<b>Tabla 27.</b> Asociación de variables de conocimiento con el nivel de adherencia ingreso usuarios. Metrosalud. 2018.....	57
<b>Tabla 28.</b> Asociación de variables sociodemográficas con el nivel de adherencia al procedimiento de facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018.....	61

**Tabla 29.** Asociación de variables de conocimiento con el nivel de adherencia al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018.....62

## 1. Planteamiento del problema

El término adherencia, es utilizado comúnmente para referirse a la adherencia terapéutica en el campo de la salud, refiriendo que: “la adherencia al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, en la medida que este ofrezca las instrucciones con la claridad requerida y se asegure de la comprensión por parte del paciente” (1)

Sin embargo, según una investigación sobre “adherencia del personal de salud a normas de bioseguridad” realizada en la Universidad de Antioquia en el año 2016, los investigadores concluyen respecto a la adherencia, que el término se ha utilizado con frecuencia para detallar el comportamiento de las personas responsables de los procesos en el campo de la salud, que permita, además de cumplir las normas institucionales, asumir una actitud mental, consciente y responsable, que brinde la oportunidad de dimensionar los riesgos que involucra no cumplir con las guías de la institución” (2), radicando aquí la importancia de hacer un seguimiento y control periódicamente a los procesos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), (tanto procesos asistenciales como administrativos) buscando siempre mejorar la efectividad en la ejecución de los procesos.

Así pues, la adherencia está ligada al comportamiento y actitudes que emplea un individuo ante el desarrollo o ejecución de guías institucionales, con las cuales se busca detallar y estandarizar la manera más efectiva de ejecutar los procesos y quiénes son sus responsables, con el fin de evitar confusión con la información, confusión de roles, duplicidad de tareas, etc. Sin embargo el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (Minsalud), establece en el Manual metodológico para la medición y evaluación de la adherencia sostenible a las recomendaciones de las guías de práctica clínica, en este caso hablaremos de guías de procesos administrativos, que si bien el “concepto de sostenibilidad aún está poco desarrollado, algunos estudios lo han abordado desde el punto de vista amplio de la salud” desde la asistencia médica hasta la salud pública; definiendo la adherencia sostenible como la incorporación del conocimiento y aptitudes del individuo y que requiere dos procesos; el primero es la transferencia del conocimiento, orientado a fortalecer la receptividad del individuo en la adopción y manejo de las guías; y el segundo, organizacional, fomentado la incorporación y manejo de las guías en los procesos educativos y cultura organizacional.(3)

El lugar donde se llevó a cabo la investigación es Metrosalud, una Institución que presta servicios de salud de mediana complejidad, está enfocada a la gestión por procesos buscando siempre generar la satisfacción del usuario, familia y/o

comunidad en general. Según lo establece el mapa de procesos de la institución, el enfoque de dicha investigación estaría en el macro proceso de Gestión Financiera, al cual hace parte el proceso de facturación de los servicios de salud. La gestión por procesos trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de actividades o tareas, al uso inadecuado de recursos, entre otros (4), con el fin de crear una base sólida de trabajo que busque alcanzar las metas institucionales. La institución cuenta con un manual de procesos establecido, donde se describe paso a paso las tareas y actividades que se deben llevar a cabo durante el proceso, pero ¿dará cumplimiento el personal a lo establecido en el manual? es importante tener en cuenta que para facturar eficientemente es necesario fortalecer el proceso con el compromiso de todo el personal encargado de desarrollar las tareas y actividades establecidas en este.

La facturación de los servicios de salud tiene como objetivo principal, llevar un control y generar facturas, de las actividades y procedimientos realizados a cada paciente, teniendo en cuenta los insumos y/o recursos utilizados durante la prestación del servicio y a su vez generar toda la información necesaria para hacer los respectivos cobros a las Entidades Responsables de Pago (ERP) y que se dé una correcta coordinación e interrelación con las distintas áreas de la institución (5). Llevar control de la correcta ejecución de este proceso, involucra directamente el personal encargado de realizar las actividades que lo conforman, es decir, para hacer una adecuada gestión y control del proceso es necesario verificar que el personal tenga conocimiento y realice correctamente las actividades establecidas, lo cual apuntaría a la mejora de la efectividad en la institución.

La facturación, es un proceso que se debe llevar a cabo de la manera más efectiva, evitando siempre cometer errores que puedan traer consecuencias negativas para la Institución, principalmente de tipo financiero como la generación de glosas por facturación que se presentan cuando hay diferencia al comparar el tipo y cantidad de servicios prestados con los facturados, cuando los conceptos pagados por el usuario no se descuentan de la factura (copagos cuotas moderadoras, periodos de carencia u otros), o cuando se presenten errores administrativos durante el proceso de facturación relacionados con: tarifas, soportes, autorizaciones, cobertura, pertinencia, devoluciones y la respuesta a glosas y devoluciones (6)

En consecuencia, llevar control de la ejecución del proceso de facturación por parte de sus encargados evitaría retrasos o anulación de pagos por parte de la Entidad Responsable de Pago, también involucra la gestión de cartera, indicadores de gestión, la atención al usuario, entre otros, por ende es de gran importancia realizar periódicamente evaluaciones que le permitan a la institución determinar la adherencia que tiene el personal encargado de facturar, al manual de procesos y procedimientos Institucional, ya que mediante esta estrategia se podrá identificar posibles fallas humanas que se estén presentando durante la ejecución del



proceso, las cuales corregidas a tiempo y optando por las mejores soluciones luego de realizar un respectivo diagnóstico de la problemática, podría evitar el desencadenamiento de inconvenientes mayores.

El seguimiento realizado al personal administrativo respecto al manual de procesos y procedimientos manejado por la Institución, supone una manera eficaz de poder lograr “altos estándares de aplicabilidad de las guías, en pro del incremento en la calidad de los servicios prestados a la comunidad y la optimización de recursos institucionales”(7).

La Institución donde se llevó a cabo el proyecto de investigación requería un estudio que ayudara a tener respuestas sobre la adherencia que tiene el personal facturador al proceso de facturación en el servicio de urgencias, es por esto que llegamos a la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuál es adherencia del personal encargado de facturar la prestación de los servicios de salud en urgencias, de la unidad hospitalaria Metrosalud, sedes San Javier, Belén, Manrique, Santa Cruz y Castilla al manual de procesos y procedimientos de la institución ?

## **2. Pregunta de investigación**

¿Cuál es adherencia del personal encargado de facturar la prestación de los servicios de salud en urgencias, de la unidad hospitalaria Metrosalud, sedes San Javier, Belén, Manrique, Santa Cruz y Castilla al manual de procesos y procedimientos de la institución?

## **3. Justificación**

En el marco de las diversas políticas de calidad que deben estar instauradas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en donde el foco principal es poder alcanzar las metas de la organización cada vez con los mejores estándares, “es de gran relevancia para las diferentes instituciones prestadoras de servicios, implementar diferentes estrategias y acciones encaminadas al mejoramiento continua” (8) y a obtener los mejores resultados posibles. En la actualidad, las entidades prestadoras de servicios de salud, se ven enfrentadas constantemente a nuevos retos y esquemas administrativos que tienden a desarrollar modelos eficientes que de una u otra manera les permitan ser autosuficientes y que a su vez les den la oportunidad de interactuar en el mercado en el que se desenvuelven ofreciendo buenos servicios y cumpliendo con los principios que deben regir las ESE, con el fin de poder demostrar su viabilidad financiera.

Por lo anterior, “es necesario fijar la atención en procesos tan importantes como el de la facturación, el cual comprende temas como la contratación hospitalaria,

admisiones y atención al usuario, calidad del servicio, manejo de manuales, tarifas y guías integrales; gestión de cartera, indicadores de gestión, centros de costos, auditoría médica de cuentas; RIPS y sistema de información y software de facturación” (9). Es de este modo, donde se puede dar cuenta que, el proceso de facturación dentro de la organización es un aspecto bastante complejo y delicado a la hora de ejecutarlo, lo que significa que debe realizarse con el mayor compromiso y dedicación posible por parte del personal que está a cargo, puesto que para la Institución constituye la principal fuente de ingresos e información, ambos factores representativos para la viabilidad la organización.

Basados en lo descrito anteriormente, la presente investigación tiene como principal propósito determinar cuál es la adherencia que tiene el personal del área de facturación en el servicio de urgencias de la Unidad Hospitalaria Metrosalud, en cinco sedes, a las guías, manuales e instructivos que conforman dicho proceso, con el fin de poder detectar posibles fallas que se puedan presentar durante el proceso, y a partir de ahí, brindarle a las directivas una herramienta que les posibilite tomar decisiones e implementar acciones de mejora para prevenir situaciones que afecten el proceso y por ende el correcto funcionamiento de la Institución.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo general**

Determinar la adherencia del personal encargado de facturar la prestación de los servicios de salud en urgencias, de la unidad hospitalaria Metrosalud, sedes San Javier, Belén, Manrique, Santa Cruz y Castilla al manual de procesos y procedimientos de la institución.

### **4.2 Objetivos Específicos:**

- ❖ Describir las características sociodemográficas de la población.
- ❖ identificar el nivel de conocimiento del proceso de facturación mediante el diseño de una encuesta estructurada
- ❖ Identificar el porcentaje de adherencia a las guías institucionales ingreso usuario y facturación usuarios, que tiene el personal encargado de facturar en el servicio de urgencias, mediante la aplicación de dos listas de chequeo con un formato suministrado por la institución.
- ❖ Establecer la relación entre las características sociodemográficas y de conocimientos del proceso con la adherencia.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 La gestión por procesos

En primer lugar, es importante destacar que la gestión por procesos se considera hoy un instrumento importante para administrar de manera adecuada los hospitales, que además permite reducir la variabilidad de la práctica clínica y contribuye a la efectividad del resultado y a la satisfacción del paciente (10). Dicha gestión por procesos tiene como principal fin poder analizar periódicamente la forma en que se están realizando las diferentes actividades y procesos dentro de una Institución, en la búsqueda de un mejoramiento u optimización continua de los resultados que se logran obtener como producto de esa gestión realizada. Según Mira, la gestión por procesos busca reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, al consumo inapropiado de recursos, entre otras (11). En lo mencionado anteriormente radica la importancia de implementar y desarrollar una óptima gestión por procesos dentro de la Institución, puesto que se dice que una organización es tan eficaz como sus procesos, es por ello que se hace necesario comprender la complejidad e importancia de los procesos que se desarrollan dentro de la organización, sus objetivos particulares, la interacción que tienen con otros procesos, los flujos de información que existen dentro de la organización, la relación con clientes y proveedores, tanto internos como externos; con miras siempre a poder alcanzar los objetivos institucionales propuestos.

Teniendo en cuenta que una Institución Prestadora de Servicios de Salud es una organización bastante compleja y que requiere de una gestión integral para su correcto funcionamiento, lo cual implica una adecuada coordinación de todos sus procesos, procedimientos y tareas en un orden lógico, es importante tener claridad sobre dichos conceptos. Un proceso se puede definir como un conjunto de actividades, interacciones y recursos con una finalidad común: transformar las entradas en salidas que agreguen valor a los clientes. El proceso es realizado por personas organizadas según una cierta estructura, tienen tecnología de apoyo y manejan información; lo anterior se puede percibir como una forma integradora de acercamiento a la organización que permite comprender la compleja interacción entre acciones y personas distantes en el tiempo y el espacio (12), es decir, ayuda a comprender la globalidad de las tareas que se desempeñan. Como segundo concepto clave para tener claridad en torno a la temática tratada es el de “procedimiento”, el cual representa dentro del proceso el método de ejecutarlo, es decir, el cómo se realiza dicho proceso, se cuenta con unos pasos fijos para avanzar, se puede aplicar en parte del proceso o en el proceso completo y su objetivo es obtener de determinada manera un resultado en concreto. En el caso particular de la presente investigación y basándose en uno de los documentos oficiales de Metrosalud se define que el proceso a tratar es la Gestión Financiera,

cuyo nivel es de Apoyo dentro de la Institución; y el procedimiento dentro de éste es Facturación a usuarios, teniendo como objetivo facturar y recaudar a usuarios y entidades los servicios prestados con el fin de recuperar los recursos financieros generados en la prestación de los servicios de salud.

## **5.2 El término Adherencia**

Al traer a colación la definición que le dan DiMatteo y Di Nicola al término “adherence”, los cuales lo definen como “una implicación activa y voluntaria de cada persona, en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado deseado” (1), se puede percibir que la apropiación de este término también se debe relacionar con otro tipo de conceptos como lo son: el cumplimiento, colaboración, seguimiento, cooperación, alianza y adhesión por parte de quienes lo implementan.

Según la diversa literatura que se ha revisado, y como se ha mencionado anteriormente, se sabe que el término “adherencia” se encontraba relacionado casi que exclusivamente con la adhesión que tienen los pacientes a los diferentes tratamientos y recomendaciones dadas por los profesionales de la salud, lo cual se conoce como “adherencia terapéutica”. Esta última se refiere al conjunto de conductas que se dan entre médico-paciente, en donde el profesional le brinda cierto conocimiento al paciente sobre el tratamiento que debe adoptar, estableciendo un acuerdo terapéutico entre ambos, aceptando formar parte de un plan o programa, poniendo en práctica continuamente las indicaciones del médico, evitando comportamientos de riesgo, y por el contrario, comprometerse con incorporar un estilo de vida saludable basado en conductas saludables (14)

Sin embargo, el término se ha utilizado últimamente con frecuencia para detallar el comportamiento de las personas que son responsables de los procesos en el campo de la salud, que permita, además de cumplir con las normas institucionales, asumir una actitud mental, consciente y responsable, que brinde la oportunidad de dimensionar los riesgos que involucra no cumplir con las guías de la institución (2), y es allí donde se logra identificar que para una correcta adopción e implementación del término, no basta con solo conocer los manuales de la organización, sino que también depende de la manera en que el personal se apropia de los documentos, que tan conscientes son de las actividades y tareas que están realizando para llevar a cabo el proceso.

## **5.3 Facturación de los servicios de salud**

La facturación por venta de servicios de salud “es un proceso antiguo dentro del sector de la salud. Se consideraba uno de los procesos únicos y de avance para las instituciones privadas, pero a raíz de la Ley 100 de 1993 nace la descentralización

de las instituciones de salud públicas. Dicha descentralización origina la creación de procesos y procedimientos como la facturación, la gestión de cartera y la auditoría de cuentas médicas, que aún hoy en día están en crecimiento y ajustes” (15). Lo anterior da cuenta de que no es posible concebir una Institución en la que su personal administrativo o financiero no conozca claramente todo lo relacionado con un procedimiento de tal importancia como lo es la facturación, puesto que esta gestión representa para la organización su base financiera.

### **5.3.1 Conceptos de la facturación**

- ❖ Se define la facturación como un procedimiento administrativo en el que se realiza un registro, una valorización y posteriormente una liquidación de los procedimientos y actividades asistenciales, y consumos prestados a un determinado paciente hospitalario o ambulatorio, para efectos de su respectivo cobro (13).
- ❖ Conjunto de actividades que permiten liquidar la prestación de servicios de salud, para poder realizar la respectiva atención al usuario dentro de la Institución.

### **5.3.2 Objetivo general del proceso de facturación**

Los principales objetivos de la facturación son: facturar actividades y procedimientos realizados a cada paciente en la Institución Prestadora de Salud (IPS), teniendo en cuenta suministros y medicamentos utilizados durante la prestación del servicio, informar los ingresos con los cuales se financiará la Institución y enviar la información necesaria a las diferentes áreas de la institución y a las Instituciones Responsables de Pago (13), logrando colaborar de esta manera a la supervivencia, crecimiento, sostenibilidad y rentabilidad de la IPS.

### **5.4 Etapas del proceso de facturación**

Como primer aspecto relevante que se presenta durante la respectiva planeación, implementación, mejoramiento y puesta en marcha de un adecuado procedimiento de facturación, es de vital importancia que, quienes están a cargo de desarrollar dicho procedimiento cuenten con un vasto y actualizado **conocimiento** de la contratación que se tiene estipulada en la IPS.

La contratación se considera como la primer entrada del procedimiento, “es el punto inicial donde se conocen cada uno de los responsables de pago, las condiciones contractuales, las tarifas, los requisitos del contrato en la presentación de las cuentas y los usuarios que se van a atender” (13). Es en este punto donde se encuentra la importancia de que todos los involucrados del proceso lo conozcan y se apropien de él de la mejor manera, que ese conocimiento sea desde la primera

instancia: la contratación. El desconocimiento de lo descrito anteriormente es el principal causante de los errores más comunes dentro del procedimiento, como los son: las objeciones, glosas y devoluciones; es decir, si no se conoce suficientemente un contrato antes de poner en marcha la facturación, ésta corre mayor riesgo de ser devuelta, y que por consiguiente genere reproceso para la Institución.

El componente directivo de la Institución son los que se encargan de concretar y difundir dentro de la organización los contratos de venta de servicios que se van a manejar, pero es el personal operativo el que debe saber y tener total claridad de a quien atender, cuando atender, con qué tarifas se debe atender según las características del usuario, bajo que modalidad (capitación, evento, pago global prospectivo, etc.), cuales son los soportes que se deben tener en cuenta, quien es el responsable del pago, cuándo y cómo presentar la cuenta de cobro y finalmente cuando pagan la cuenta; los anteriores aspectos son los mínimos conocimientos que debe tener una persona que tenga bajo su responsabilidad facturar un servicio de salud.

#### **5.4.1 Pasos del proceso de facturación**

##### **5.4.1.1 Contratación de servicios**

“Es el acuerdo, pacto, compromiso o convenio que se contrae como consecuencia del proceso de negociación entre dos partes (una o varias personas), obligándose mutuamente, sobre materia o cosa determinada y a cuyo cumplimiento están recíprocamente obligados” (15). Éste primer paso involucra al personal facturador en el sentido de que deben conocer claramente los tipos de contratos que se manejan dentro de la organización, ya que es la primera entrada para poner en marcha el procedimiento de facturación.

##### **5.4.1.2 Admisión del usuario**

“Cuando el usuario ingresa a la Institución se inicia la atención, primero con la recepción en el área de admisiones, responsable de tomar los datos de identificación, verificar los derechos, y clasificar” (13). Es en este paso donde se inicia el procedimiento financiero, puesto que es justo en este momento donde se realiza la respectiva identificación de quien es el responsable de la cuenta. “Posteriormente, se continúa con la solicitud de documentos, soportes para cobro de la cuenta a la entidad responsable de la atención del paciente (EPS, ARP, ARS, Aseguradora, Adres, etc.)” (13). Dado lo anterior es importante rescatar que la fase de admisiones juega un papel fundamental dentro de todo el procedimiento de facturación, ya que es la puerta de entrada de los usuarios que asisten diariamente a la IPS, es el sitio y el momento justo en el cual se identifica, tanto el usuario como

el responsable del pago, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la normatividad vigente y los contratos celebrados dentro de la institución.

#### **5.4.1.3 Recolección de documentos**

“Es el mecanismo mediante el cual se recopila toda la información de las actividades, procedimientos y consumos por paciente, registrados en los formatos (registros, cargos, consumos, etc.) que se producen en cada servicio, departamento o centro de costos” (13). Este paso se considera uno de los más importantes dentro del procedimiento de facturación, ya que, si la información no llega adecuadamente, la información que se genere en los pasos posteriores a éste será equívoca, ocasionando posibles fallas dentro de la ejecución del procedimiento.

#### **5.4.1.4 Clasificación y digitación**

Al tener recolectada la información, se procede a clasificar en grupos, “de acuerdo con cada unidad funcional, entidades responsables de pago, tipo de riesgo, etc.” (13). Posterior a esto, se digita sistemáticamente en el sistema de facturación de la Institución, lo cual se debe hacer diariamente, con el fin de evitar represamiento de registros por la cantidad de pacientes que se atienden a diario. En este paso se presenta la carga de los datos en el sistema de información y se consolida un archivo personal de cada uno de los pacientes, en el cual reposa toda su documentación según el área funcional.

#### **5.4.1.5 Liquidación y elaboración de la factura**

Cuando ya se tiene digitada la cuenta, ésta queda codificada y liquidada de acuerdo al manual que corresponda. De esta forma es posible analizar y valorizar la liquidación final, pero para poder dar éste paso se tienen que tener presente los manuales de tarifas que se manejan dentro de la Institución, ya sea Manual tarifario ISS o Manual tarifario SOAT, lo anterior depende de los convenios que se hayan celebrado internamente. “Al liquidar la cuenta, ya sea de forma manual o con el sistema de facturación disponible, se debe proceder a emitir la factura o liquidación para cada usuario” (13).

#### **5.4.1.6 Preparación de la cuenta**

Este es el paso en el que se recibe la facturación y se le realiza una auditoría previa con el objetivo de detectar posibles errores y corregirlos. Luego, se le da el aval y se procede a armar cada una de las cuentas ordenándolas por ente responsable y por periodo. Finalmente la factura se envía al área de cartera para que ésta realice la radicación de la cuenta.

#### **5.4.1.7 Radicación de la cuenta**

La respectiva radicación de las cuentas se considera el último paso del proceso de preparación y presentación de las facturas. “Mediante este procedimiento se notifica

a la empresa o entidad, el monto de la deuda que tiene con la IPS por concepto de prestación de servicios. En este paso no solo se hace entrega de los documentos, sino que se debe:

- ❖ Asegurar la recepción de la documentación y dejar constancia escrita del recibo y aceptación de la cuenta de cobro.
- ❖ Obtener constancia de la fecha de entrega de la cuenta de cobro, dato necesario para verificar el cumplimiento o incumplimiento de los plazos establecidos.
- ❖ Conocer los números de radicación o identificación interna” (13).

#### **5.4.1.8 Gestión de la cartera**

Al realizar la entrega de las cuentas de cobro a las respectivas entidades responsables de pago, es necesario hacerles un seguimiento constante, el cual incluye: darle un buen manejo a las objeciones y a las glosas, control de la cartera y por último, aplicación de los indicadores de gestión de cartera.

#### **5.4.1.9 Recaudo**

Es la fase final dentro de los pasos del proceso de facturación, permite darle continuidad al objetivo social de la prestación de servicios de salud. Es importante conocer qué cuentas se están recaudando y la fecha en la que se realiza éste pago, con el fin de determinar si se está dando cumplimiento o no a los plazos establecidos dentro de los contratos. Como último aspecto, se puede proceder a descargar cartera.

En este punto es importante aclarar que las funciones del personal facturador dentro de estos 9 pasos comprende, desde el paso número 1 (contratación de servicios) hasta el paso número 6 (preparación de la cuenta), es en este rango de pasos donde los facturadores están directamente relacionados con el procedimiento, puesto que a partir del paso número 7 se involucran otros actores, como lo son el personal perteneciente al área de cartera, los cuales tienen como función realizar un seguimiento a la evolución individual y global de la facturación presentada por la IPS a las entidades responsables de pago.

### **5.5 Clasificación de los usuarios**

Con el propósito de poder facilitar la correcta identificación de los usuarios que a diario acuden a la IPS solicitando los diferentes servicios de salud que se prestan, éstos se clasifican en 3 grupos: por responsable de pago, tipo de régimen y tipo de riesgo. “La finalidad de esta clasificación es orientar el procedimiento de facturación desde el ingreso del paciente; por lo tanto, al cruzar la clasificación con estos tres parámetros es posible determinar de manera más precisa el responsable (asegurador) de la cuenta, las tarifas para liquidar la cuenta, de acuerdo con



contrato o normatividad, y el mecanismo de cobro de la misma (documentos requeridos en cada caso)” (13).

### **5.5.1 Clasificación por responsable de pago**

**5.5.1.1 Pacientes afiliados al régimen Contributivo:** son las personas afiliadas a una EPS dentro del Régimen Contributivo al igual que su núcleo familiar.

**5.5.1.2 Pacientes de aseguradoras de ARP:** pacientes que son atendidos en casos de atención inicial de urgencias, por accidente de trabajo o por programas de atención a enfermedades profesionales. Cabe resaltar que según la Ley 1122 de 2007 la prestación del servicio de urgencias para las personas que acudan por accidente laboral se puede brindar sin necesidad de contrato.

**5.5.1.3 Pacientes del Régimen Subsidiado:** hacen parte de este grupo las personas a las cuales se les prestan servicios de salud por el contrato establecido entre la IPS y los Municipios o Entidades Territoriales.

**5.5.1.4 Pacientes del Fondo de Solidaridad y Garantía:** pertenecen a este grupo “toda la población pobre y vulnerable del país, en áreas rurales y urbanas, clasificados por el sistema de información para identificación de beneficiarios del SISBEN y a su vez afiliados a las ARS. Estos pacientes se denominan subsidiados; los que no se encuentran dentro del SISBEN se denominan pacientes vinculados” (13).

**5.5.1.5 Pacientes vinculados con capacidad de pago (pacientes particulares):** son las personas que utilizan los servicios de salud en cualquier IPS pero que no se encuentran afiliados a ninguna EPS o ARS; estos pacientes se hacen responsables por el pago total de la factura que se genere de los servicios prestados.

**5.5.1.6 Pacientes de Aseguradoras de Accidentes de Tránsito y Adres:** son las entidades aseguradoras que se encuentran autorizadas para ofrecer el seguro obligatorio de daños corporales que son causados en accidentes de tránsito.

### **5.5.2 Clasificación por tipo de régimen**

#### **5.5.2.1 Afiliados al Régimen Contributivo:**

Son las personas que se encuentran vinculadas a través de un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. También se incluyen en este grupo los miembros del núcleo familiar del cotizante que dependan económicamente de él.

**5.5.2.2 Afiliados al Régimen Subsidiado:** personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, y se incluye también su grupo familiar.

**5.5.2.3 Vinculados:** Población pobre no asegurada y sin encuesta del SISBEN.

**5.5.2.4 Población especial:** son las personas que por las condiciones de vulnerabilidad, marginalidad, discriminación o situación de debilidad en la que viven deben pertenecer al régimen subsidiado, y así mismo, son identificados mediante listado censal y no por la encuesta SISBEN.

### **5.5.3 Clasificación por tipo de riesgo**

Esta clasificación establece el evento por el que asiste el usuario a la IPS.

**5.5.3.1 Atención inicial de urgencias:** para poder clasificar a un paciente dentro de la atención inicial de urgencias es necesario tener claridad sobre el concepto de urgencia: el cual se define como “la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte” (16). Basándonos en la resolución 5261 de 1994, artículo 10, podemos afirmar que todas las entidades o establecimientos públicos o privados que presten servicios de consulta de urgencias tienen por obligación atender estos casos en su fase inicial, aunque no se tenga contrato o autorización de la respectiva EPS o la persona en cuestión no cuente con una afiliación al Sistema (17).

**5.5.3.2 Enfermedad general y maternidad:** Paciente que ingresa a la IPS y se le brinda asistencia médica, quirúrgica, obstétrica, farmacéutica y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

**5.5.3.3 Accidente de trabajo:** “Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador” (18).

**5.5.3.4 Enfermedad profesional:** “Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de

enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacionales será reconocida como enfermedad laboral” (19).

**5.5.3.5 Accidente de tránsito:** son pacientes que ingresan a la IPS por lesiones causadas por vehículo automotor en accidente de tránsito, lo cual prima sobre cualquier tipo de afiliación que tenga el paciente. “Se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido un vehículo automotor en una vía pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito causa daño en la integridad física de una persona” (20)

**5.5.3.6 Eventos catastróficos:** son los casos de urgencias generados por terroristas, catástrofes naturales, tecnológicos y otros eventos aprobados expresamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual se determina por el Comité Local de Emergencias del lugar donde se presentó el evento. “Se entiende por víctima de evento catastrófico aquella persona que presenta algún tipo de daño directo e inmediato, en su integridad física como consecuencia de la ocurrencia de una catástrofe”

**5.5.3.7 Población desplazada:** el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997 establece “El Sistema General de Seguridad Social en Salud implementará mecanismos expeditos para que la población afectada por el desplazamiento acceda a los servicios de asistencia médica integral, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993” (21)

**5.5.3.8 Promoción y prevención:** son pacientes que se atienden en la IPS con el fin de prevenir las enfermedades que se encuentran contempladas en los programas de promoción y prevención, las cuales son programadas por las EPS, quienes son las responsables de estos programas ante el ministerio de salud. (23)(24)(25)

## **5.6 Requerimientos de información para la facturación**

Como se ha venido mencionando, la facturación de los servicios prestados por la Institución a sus usuarios, se define como un procedimiento que consume y produce información, por lo tanto, del nivel de calidad de dicha información depende la calidad de los informes que se generen posteriormente. Por lo anterior, es de vital importancia poder garantizar que ésta área genere este insumo en la cantidad, calidad, veracidad, eficiencia y oportunidad que permita un excelente desempeño.

La diversa información que se requiere dentro del procedimiento se puede clasificar en información general e información individual o específica.

“La información general es aquella necesaria para el manejo global del procedimiento de facturación en la organización. Tiene que ver con:

- ❖ **Identificación de la IPS:** todo documento que se genere dentro la IPS debe contener la razón social y NIT de la empresa.
- ❖ **Portafolio de servicios:** conocer la respectiva denominación y clasificación de los procedimientos y servicios que la Institución brinda. Teniendo en cuenta que existen diferencias en los servicios que cubren cada uno de los planes de beneficios de los regímenes, ya sea subsidiado o contributivo, es necesario saber que algunos procedimientos son cubiertos mediante convenios y de esta forma establecer a qué plan corresponde los procedimientos y servicios brindados.
- ❖ **Tarifas:** se deben aplicar las tarifas que se encuentran establecidas en los contratos celebrados entre la IPS y los entes aseguradores. Adicional a lo anterior, es importante que se tenga conocimiento sobre las tarifas de carácter obligatorio contempladas en el Decreto 2423 de 1996, para los casos de atención inicial de urgencias, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
- ❖ **Contratos vigentes:** todo el personal involucrado en el procedimiento de facturación debe tener suficiente conocimiento, con plena claridad de los contratos vigentes establecidos dentro de la Institución con ARS, EPS, direcciones de salud locales, distritales o departamentales, o demás entidades aseguradoras; conocer también las condiciones establecidas en lo referente a los componentes básicos: objeto, servicios contratados, requisitos exigidos para la prestación de servicios, manejo de copagos o cuotas de recuperación, servicios a prestar, monto contratado, tarifas, etc.
- ❖ **Usuarios:** la información sobre los usuarios involucra listados de afiliados a las diferentes aseguradoras de los regímenes subsidiado y contributivo y listado de población identificada por SISBEN, que aún no ha sido asegurada. Es necesario conocer la clasificación socioeconómica de los usuarios.
- ❖ **Marco legal:** todo el personal que se encuentra involucrado dentro del procedimiento de facturación debe tener un vasto conocimiento del SGSSS, conocer la normatividad vigente y cambiante del sector salud, mantenerse informados y actualizados constantemente respecto a los cambios y novedades legales” (13).

Por otra parte, la información específica es aquella que se solicita justo en el momento de realizar la admisión del usuario, se relaciona con:

- ❖ **Usuario:** es necesario solicitar la identificación plena del usuario. la cual incluye: nombre completo, número de identificación, edad, sexo, domicilio,

régimen al que pertenece y empresa aseguradora responsable del pago de la cuenta.

- ❖ **Servicios:** definir la denominación, codificación y cantidad de los diferentes procedimientos que se le realizan al paciente; tener conocimiento sobre la denominación y especificaciones técnicas de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos que le han sido suministrados.

Es de gran importancia resaltar y dejar muy en claro que, el procedimiento de facturación en general abarca ciertos pasos que son esenciales: identificación y registro de información del usuario, registro de información de procedimientos, liquidación de los servicios prestados y recaudación de las cuentas; pero que a su vez varía dependiendo del servicio asistencial donde sea brindada la atención y los procedimientos establecidos en cada unidad funcional e Institución. “La facturación puede ser desarrollada de diferentes formas: manual o automatizada, previa, simultánea o posterior a la prestación de los servicios, previo o posterior al egreso del paciente” (13).

### **5.7 Soportes de la factura (anexo 5)**

- Factura o documento equivalente
- Detalle de cargos (CUPS,CUM)
- Autorización
- Resumen de atención o epicrisis
- Resultado de los exámenes de apoyo diagnóstico
- Descripción quirúrgica
- Registro de anestesia
- Comprobante de recibido del usuario
- Hoja de traslado
- Orden y/o fórmula médica
- Historia clínica
- Furips
- Informe patronal de accidente de trabajo (IPAT)
- Odontograma

### **5.8 Facturación en el servicio de urgencias**

#### **5.8.1 Ingreso por Urgencias:**

Cuando el paciente realiza su ingreso al servicio de urgencias, el primer paso a ejecutar es la identificación y clasificación del paciente por parte del personal del área de admisiones, comprobando los derechos y verificando los documentos que porta para su respectivo ingreso, los cuales son considerados soportes de acuerdo

a la normatividad legal de facturación o convenio establecido dentro de la Institución. Al finalizar con lo anterior, se continúa con lo siguiente:

- Creación del paciente en el sistema de información.
- Se solicita la firma de los documentos de ingreso a la IPS por parte del paciente o acompañante responsable.
- Se diligencia la apertura de la “hoja de ruta administrativa de autorizaciones” o también llamada la “hoja del ingreso al servicio”. El anterior documento se imprime y se anexa el original a la historia clínica y se archiva una copia en el archivo temporal de facturación en la oficina de admisiones.
- A la copia que se archiva se le anexan los documentos soportes en el evento de egreso del paciente o de paquete armado de la cuenta para el archivo de hospitalización cuando el paciente es ingresado a manejo hospitalario o quirúrgico.
- Teniendo en cuenta las normas de la IPS se debe asignar el número consecutivo de historia clínica de urgencias, se abre la hoja de registros de los procedimientos y consumos del servicio de urgencias. Cabe aclarar que a este formato se le debe colocar el mismo número de la hoja de ingreso al servicio de urgencias al igual que a los soportes recepcionados inicialmente.
- Los soportes de la comprobación de los derechos del paciente, la copia de la hoja de ingreso, orden de servicios o autorización (en los casos de autorización telefónica se escribe el número de autorización y el nombre de la persona que autoriza en la copia de los documentos soportes y hoja de ingreso); todo lo anterior debe ser guardado en el archivo temporal de facturación del servicio, con el propósito de ser almacenados en el archivo clasificándolos por paciente.

“En el caso de ingresar una persona particular no afiliada a ningún Sistema de Seguridad Social en Salud, la cual no presenta estado crítico o no requiera atención inmediata de urgencias, admisiones deberá remitir dicho paciente al área de liquidación con el fin de que se le elabore la liquidación del procedimiento que requiere y realice el correspondiente pago o cuota moderadora por el servicio que se le va a prestar, de acuerdo con lo estipulado por las normas del manual de tarifas” (5).

Si la persona ingresa en estado crítico, el familiar o quien sea su acompañante deberá efectuar todos los procedimientos mencionados anteriormente; en caso de que la persona no tenga familiares o un acompañante y a su vez carece de recursos para realizar el pago por los servicios que se le van a prestar, “admisiones deberá informar al coordinador de urgencias de turno con el fin de dar continuidad en la atención del paciente por concepto de atención inicial de urgencias de acuerdo a la Circular No 14 de 1995 de la Superintendencia Nacional de Salud, la Ley 715 de

2001; normas que establecen que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas o privadas que presten servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica y del régimen al cual se encuentre afiliado” (5).

## 6. MARCO CONTEXTUAL

Metrosalud es una organización de carácter público, comprometida con generar cultura de vida sana, en la población de la ciudad de Medellín y de la región, brinda servicios de salud integrales y competitivos a través de una amplia y moderna red hospitalaria: un talento humano con vocación de servicio, altamente calificado, cimentado en los valores institucionales (respeto, compromiso, calidad, equidad) y en armonía con el medio ambiente.

Acompaña al usuario en cada etapa de su ciclo vital a través de acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica y atención de enfermedades de interés en salud pública. Nuestro objetivo es favorecer los factores protectores y detectar y controlar los factores de riesgo.

Cuenta con 10 Unidades Hospitalarias las cuales cuentan con sus respectivos Centros de salud distribuidos en varias zonas:

- **UPSS Belén:** cuenta con 5 centros de salud (Belén Rincón, Altavista, Trinidad, Guayabal y el Poblado)
- **UPSS Castilla:** cuenta con 5 centros de salud (Moravia, Alfonso López, Santander, Aranjuez y Robledo)
- **UPSS Doce de Octubre:** cuenta con 4 centros de salud (Civitón, Picachito, El Triunfo y San Camilo)
- **UPSS Manrique:** cuenta con 4 centros de salud (San Blas, Campo Valdés, La Cruz y El Raizal)
- **UPSS Buenos Aires (actualmente en construcción):** cuenta con 8 centros de salud ( Sol de Oriente, San Lorenzo, El Salvador, Loreto, Llanaditas, Enciso, Santa Elena y Villatina)
- **UPSS San Javier:** cuenta con 5 centros de salud (Santa Rosa de Lima, Estadio, Villa Laura, La Esperanza y La Quiebra)
- **UPSS San Cristóbal:** cuenta con 2 centros de salud ( Palmitas, La Loma)
- **UPSS San Antonio de Prado:** cuenta con un centro de salud ( El Limonar)
- **UPSS Santa Cruz:** cuenta con 5 centros de salud (Villa del socorro, Popular Uno, Pablo VI, Santo Domingo y Carpinello)
- **UPSS Nuevo Occidente:** cuenta con 2 centros de salud (Las Margaritas y Manantial de Vida)

Es una institución de mediana complejidad, presta servicios de primer y segundo nivel de atención tales como: medicina general, salud oral, urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, ayudas diagnósticas, farmacia, otorrinolaringología, cirugía, ortopedia, ecografía, psicología, optometría, oftalmología, nutrición, urología, transporte asistencial, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y trabajo social. (26)

## **7. MARCO NORMATIVO**

### **7.1 ley 23 de 1981**

“Por la cual se dictan normas en materia de ética médica” (27)

### **7.2 Ley 100 de 1993**

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que afectan la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (25).

### **7.3 Ley 1122 de 2007**

“Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud” (28)

### **7.4 Ley 1231 de 2008**

“Por la cual se unifica la factura como título valor como mecanismo de financiación para la micro, mediano y pequeño empresario y se dictan otras disposiciones. Artículo 1: El emisor vendedor o prestador del servicio emitirá un original y dos copias de la factura. Para todos los efectos legales derivados del carácter de título valor de la factura, el original firmado por el emisor y el obligado, será título valor negociable por endoso por el emisor y lo deberá conservar el emisor, vendedor o prestador del servicio. Una de las copias se le entregará al obligado y la otra quedará en poder del emisor, para sus registros contables.” (29)



### **7.5 Ley 1438 de 2011**

“Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país” (30). Los aspectos más relevantes de la anterior Ley respecto a la prestación y facturación de los servicios de salud son los siguientes:

- **Capitación:** Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad.
- **Multas por inasistencia en las citas médica:** queda prohibido el cobro de cualquier tipo de multas a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como la población vinculada, en lo establecido para citas médicas programadas.
- **Trámite de glosas:** cambios en los tiempos de reporte y respuesta de las glosas.

También se hace mención a los temas relacionados con las Redes Integradas de Servicios de Salud, atención integral de salud mental y sistemas de emergencias médicas.

### **7.6 Decreto 2423 de 2006**

“Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones” (31)

### **7.7 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” (32).

### **7.8 Decreto 780 de 2016**

“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” (33). Cabe resaltar que dentro del presente decreto se hace mención al flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado, lo cual se encuentra directamente relacionado con el procedimiento de facturación de los servicios de salud.

## 7.9 Resolución 3047 de 2008

“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007” (34).

Es importante mencionar que en la resolución 0416 de 2009 y 4331 de 2012 se realizan algunas modificaciones de la 3047.

Principales temas de la Resolución 3047 de 2008:

- Formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago
- Anexos
- Manual único de glosas , devoluciones y respuestas
- Formato y procedimiento para el informe de la atención inicial de urgencias
- Soportes de las facturas de prestación de servicios de salud
- Revisión y visado previo a la presentación y/o radicación de facturas o cuentas.
- Registro conjunto de trazabilidad de la factura

### Anexos:

- **Anexo n°1** : inconsistencias en base de datos
- **Anexo n°2** : informe de la atención inicial de urgencias (24 horas /tres intentos)
- **Anexo n°3** : solicitud de autorización de servicios de salud.(4 horas /3 intentos)
- **Anexo n°4**: formato único de autorización de servicios. (5 días - 2 días hábiles)
- **Anexo n°5** soportes de las facturas
- **Anexo n°6** :manual único de glosas, devoluciones y respuestas
- **Anexo n°7**: estándares de datos para los anexos técnicos 1, 2, 3 y 4.
- **Anexo n°8** : registro conjunto de trazabilidad de la factura
- **Anexo n°9**: **formato** estandarizado de referencia de pacientes.
- **Anexo n°10**: formato estandarizado de contrarreferencia de pacientes.
- **Anexo n°11**: contenido de los avisos - que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud

### **7.10 Acuerdo No. 256 de 2001**

“Por el cual se aprueba el Manual de Tarifas de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social EPS-ISS” (35).

## **8. METODOLOGÍA**

### **8.1 Enfoque**

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, pues buscó determinar la adherencia del personal facturador al proceso de facturación en el servicio de urgencias, específicamente en los procedimientos de ingreso usuarios y facturación usuarios según lo que se encuentra establecido en los documentos institucionales para dichos procedimientos, mediante un análisis estadístico que permitió describir y concluir sobre cada uno de los resultados obtenidos.

### **8.2 Diseño**

Estudio transversal, ya que éste se realizó en un momento determinado, durante el segundo semestre del año 2018, no se realizó un seguimiento al evento de interés, y se tuvo en cuenta la situación actual de los individuos que participaron de la investigación para la recolección de los datos necesarios.

### **8.3 Población**

La población estuvo constituida por todo el personal encargado del proceso de facturación en el servicio de urgencias, en la Unidad Hospitalaria Metrosalud sedes San Javier, Belén, Manrique, Santa Cruz y Castilla, en total fueron 32 los participantes.

### **8.4 Técnicas y procedimientos**

Inicialmente se realizó una reunión con todas las personas interesadas en el desarrollo del proyecto, posteriormente hubo una reunión individual con cada uno de los coordinadores administrativos para exponer los objetivos del proyecto y solicitar cuadro de turnos para establecer cronogramas de visitas a cada sede y la autorización de los mismos para el ingreso al área de facturación de urgencias.

Se aplicó una encuesta a todos los encargados de facturar los servicios de salud en el área de urgencias de las cinco sedes de Metrosalud, 32 en total, fue una encuesta estructurada diseñada a partir de revisión de literatura sobre el proceso y a partir de sugerencias realizadas por la asesora desde su experiencia en procesos de facturación de servicios de salud, también fue revisada por uno de los miembros de Metrosalud (coordinador de San Javier ) quien realizó las respectivas sugerencias y correcciones desde los intereses institucionales. Estas encuestas fueron respondidas directamente por el facturador de forma escrita durante las visitas de

las investigadoras, las cuales se realizaron durante los turnos laborales, lo cual implicó dificultades a la hora de su diligenciamiento por congestiones en el servicio.

También se aplicaron dos listas de chequeo, una para el procedimiento ingreso usuarios y otra para facturación usuarios, las cuales se realizaron en un formato institucional, se diligenciaron durante los mismos turnos laborales mediante observación por parte de las investigadoras, mientras los facturadores realizaban sus tareas normales, cuando se presentaba el caso de que la tarea especificada en la guía no se realizaba durante el periodo de observación, correspondía a la investigadora realizar la pregunta directamente al facturador.

### **8.5 Metodología de evaluación**

Se realizó una reunión con uno de los coordinadores administrativos (sede San Javier), donde se nos suministran los formatos utilizados para las listas de chequeo y en el mismo formato se establece que el participante se considera adherente o que el procedimiento se cumple de acuerdo a lo descrito en la guía a partir del 90%; pero se nos aclara que no es necesario que utilicemos ese corte de porcentaje por lo que se nos da la libertad de presentar una escala de porcentajes distinta.

De acuerdo a lo anterior se plantean los porcentajes teniendo en cuenta la experticia de la asesora del trabajo, se propuso la siguiente escala en porcentajes para la interpretación de los resultados obtenidos:

Muy alto: 100%-90%

Alto: 89%-80%

Medio: 79%-60%

Bajo: 59%-0%

### **8.6 Diseño muestral**

Para la aplicación de los dos instrumentos empleados, se realizó un censo, donde por accesibilidad y disponibilidad se eligieron cinco de las diez instituciones o sedes con las que cuenta Metrosalud, las cuales fueron: San Javier, Belén, Castilla, Manrique y Santa Cruz, y se eligió el servicio de urgencias por ser considerado una de las principales puertas de entrada al proceso de facturación, al reunirnos con el coordinador administrativo de la sede Santa Cruz nos plantea que hay otra sede de urgencias ubicada en Santo Domingo pero que pertenece a esta misma Unidad Hospitalaria, por lo que consideramos debía ser incluida en el proyecto.

### **8.7 Tabulación y plan de análisis**

La tabulación de la información se realizó en el programa estadístico IBM SPSS statistics 21 (licencia Universidad de Antioquia), el cual nos permitió resumir los datos en tablas.

## 8.8 Recolección de información

### 8.8.1 Objetivo número uno

Para el alcance del primer objetivo específico planteado, se empleó la encuesta como instrumento para darle respuesta a las variables sociodemográficas establecidas, las cuales fueron diligenciadas personalmente.

**Tabla1. Variables sociodemográficas que se utilizaron en la herramienta que indica el conocimiento sobre el proceso de facturación (encuesta). Metrosalud. 2018**

Nombre	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Unidades de medida	Categorías
<b>UPSS a la que pertenece</b>	Sede a la cual pertenece actualmente el entrevistado	cualitativa	nominal	1 2 3 4 5	1= Santa Cruz 2= San Javier 3= Castilla 4= Belén 5= Manrique
<b>Edad</b>	número de años al momento de realizar la encuesta	cuantitativa	Razón	Años	
<b>Sexo</b>	sexo del encuestado	cualitativa	nominal	1 2	1= Femenino 2= Masculino
<b>Perfil profesional</b>	escolaridad alcanzada	cualitativa	ordinal	1 2 3	1= Técnico 2= Tecnólogo 3= Universitario
<b>Experiencia Laboral</b>	Número de años activo (a) laboralmente	Cuantitativa	Razón-Discreta	Años-meses	
<b>Antigüedad en la Institución</b>	Número de años laborando en la Institución	Cuantitativo	Razón-Discreta	Años-meses	1= 0 a 1 año 2= 1 a 5 años 3= 5 años o más

### 8.8.2. Objetivo número dos

Con el fin de alcanzar el segundo objetivo planteado, se diseñó una encuesta, la cual fue entregada al participante y éste la diligenció de forma personal, permitiendo así identificar los conocimientos macros que tiene el personal facturador sobre el proceso que ellos mismos ejecutan, es decir, conocimientos generales de la facturación, específicamente en el servicio de urgencias.

**Tabla 2. Variables para identificar conocimiento del proceso (encuesta). Metrosalud. 2018**

N°	Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Unidades de medida	Categorías
1	¿Describa cuáles son los principales contratos que tiene Metrosalud actualmente con otras entidades?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
2	¿Cuál es el alcance (dónde comienza y dónde termina) del proceso de facturación en el servicio de urgencias?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
3	¿Qué es el FURIPS?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
4	¿Qué es el ADRES?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
5	¿Qué es el ECAT?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
6	¿Cómo se realiza la respectiva verificación de derechos de un usuario y cuál es su objetivo?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
7	¿Qué se debe hacer en caso de que el usuario esté indocumentado o en estado de inconsciencia y sin acompañantes?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
8	¿Con qué fin se realiza el triage a un paciente?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
9	¿Con cuánto tiempo cuenta la ESE en el servicio de urgencias para notificar el paciente a la EPS?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
10	¿De qué trata el anexo técnico N°2 del decreto 3047 de 2008?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
11	¿De qué trata el anexo técnico N° 3 del decreto 3047 de 2008?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
12	¿Cuándo se debe llevar a cabo la pre anulación de facturas?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
13	¿Conoce las principales causas de glosas que tiene la institución?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
14	¿Qué procedimiento se debe seguir cuando acude al servicio un extranjero ilegal o sin ninguna póliza de seguros? ¿A quién se factura el servicio?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
15	¿Qué procedimiento se debe seguir cuando acude al servicio un usuario con problemas de identificación (doble identidad, documentos falsos, robo de identidad, etc.)?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
16	¿Qué procedimiento se debe seguir cuando acude al servicio una persona en situación de calle y que no se encuentra en bases de datos?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
17	¿Qué procedimiento se lleva a cabo si acude al servicio de urgencias un paciente que no aparece en NINGUNA base de datos y sin capacidad de pago?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no

18	¿Cuándo acude un usuario cuya EPS no tiene convenio con la ESE, bajo que modalidad se realiza la factura?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
19	¿Cuándo acude al servicio un paciente que aparece con doble afiliación (subsidiado, contributivo) a cual se le da prioridad?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
20	¿Qué debe tener en cuenta cuando acude al servicio un paciente que tiene afiliación en otra ciudad?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
21	¿Existen mecanismos que los ayuden a detectar errores en la facturación?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
22	¿Tiene alguna sugerencia que realizar en cuanto al sistema o software que utiliza la institución?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
23	¿Realizan capacitaciones constantes en cuanto a cambios en el sistema, cambios en normatividad, contratación o cualquier otra situación que involucre el proceso de facturación?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
24	¿Cuál es la importancia que tiene el proceso de facturación? ¿Tiene alguna sugerencia que realizar al proceso?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
25	¿Cuentan con un espacio en donde se socialicen las glosas con el fin de minimizar las falencias que se presentan en el proceso de facturación?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no
26	¿Cuentan con alguien a quien acudir en caso de que se presente alguna eventualidad y que no conozcan el procedimiento a seguir cuando no está presente un ente administrativo?	cualitativa	nominal	sí-no	1= sí 2= no

### 8.8.3 Objetivo número tres (listas de chequeo)

Identificar el porcentaje de adherencia a las guías institucionales ingreso usuario y facturación usuarios, que tiene el personal encargado de facturar los servicios de salud en el servicio de urgencias, mediante la aplicación de dos listas de chequeo con un formato suministrado por la institución.

#### Lista de chequeo

Para el logro del tercer objetivo planteado se utilizó un formato suministrado por la institución para realizar las respectivas listas de chequeo de las guías a los procedimientos ingreso usuarios y facturación a usuarios en el servicio de urgencias, la cual se diligenció por el investigador mediante la observación de la ejecución de funciones de los facturadores. Con estas listas de chequeo se pudo medir la aplicación que realiza el personal facturador de las guías establecidas en la institución para la ejecución de los procedimientos mencionados anteriormente.

**Tabla 3. Variables para medir adherencia del personal facturador al procedimiento ingreso usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018**

Lista de chequeo procedimiento ingreso a usuarios en urgencias						
N°	Nombre	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Unidades de medida	Categorías
1	Identificar necesidad del usuario y/o etapa	Saluda y pregunta al usuario el tipo de servicio que requiere.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
2	Ingresar el usuario al sistema	Solicita el documento de identificación del usuario, en caso de que el usuario se encuentre indocumentado o inconsciente y sin acompañante crea al usuario con consecutivo.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
3		Registra datos básicos del usuario con nombres, apellidos y documento de identidad.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
4	Comprobar derechos del usuario	Verifica en el aplicativo del triage, si el paciente será atendido por urgencias, lo llama para comprobar derechos.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
5		Solicita documento de identidad del usuario verifica la afiliación al sistema de seguridad social en salud.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
6		Solicita documentos soporte según sea el caso: SOAT, comparendo o croquis del accidente, certificación de seguro escolar.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar



7		Comprueba que la Institución a la cual está afiliado el usuario tenga convenios o contratos con la ESE Metrosalud, para acceder de los servicios cuando no se trate de una urgencia.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
8		Revisa que el servicio solicitado por el usuario esté amparado por el convenio o contrato y pueda ser prestado por la institución.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
9		Informa al usuario el derecho al servicio solicitado.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
10		Si el usuario no tiene el derecho al servicio solicitado se explica la situación y se brinda atención y orientación al usuario.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
11		Actualiza información de acuerdo a los documentos del usuario.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
12	Registrar ingreso por urgencias	Para accidentes de tránsito: saca copia a SOAT, matrícula de vehículo y cédula del paciente.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
13		Para pacientes atendidos por evento saca fotocopia de la cédula.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar

14		Cuando el usuario sea un NN asigna número consecutivo mientras se logra determinar la identidad del paciente.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
15		Realiza la unificación de la información clínica y administrativa con el documento de identidad real.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
16		Registra encabezado en el formato FUSOTA (Formato identificación y resumen de atención) en caso de accidente de tránsito y/o formato ADRES en caso de desplazados o eventos catastróficos.	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar

**Tabla 4. Variables para medir adherencia al personal facturador al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018**

Lista de chequeo procedimiento facturación a usuarios						
N°	Nombre	Descripción	Naturaleza	Nivel de medición	Unidades de medida	Categorías
1	Facturar Servicios	Verifica los cargos (módulo revisión de facturación) y tratamientos aplicados frente a la historia clínica tanto en urgencias como al momento del egreso	cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
2		Contrasta que los documentos soporte del servicio prestado corresponden con la historia clínica	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar

3	Solicita y envía documentos para autorización de servicios (trazabilidad) incluyendo los pacientes que se encuentran hospitalizados en el servicio de urgencias	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
4	Realiza y actualiza diariamente la liquidación parcial en caso de ser una remisión dentro de la ESE (módulo remisión)	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
5	Liquida la factura e informa al usuario el valor a pagar	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
6	Genera el mcustodi, informe corregido de inconsistencias de gestión y el informe pendientes por consolidar	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar
7	Entrega el informe de facturación del turno al técnico operativo (facturación evento UPSS) con los soportes físicos (factura firmada, copia historia clínica, autorizaciones o trazabilidad según normatividad vigente)	Cualitativa	nominal	0 1 2	0=no se hace, no está estandarizado 1=se hace pero no estandarizado 2=se hace de acuerdo al estándar

#### 8.8.4 Objetivo número cuatro

Establecer la relación entre las características sociodemográficas y de conocimientos del proceso con la adherencia.

Para la ejecución de este objetivo se utilizó el programa estadístico SPSS para realizar el cruce entre variables de conocimiento (encuesta) y los porcentajes de adherencia obtenidos de las listas, mediante la prueba de hipótesis del chi cuadrado. Posteriormente se utiliza el programa de Excel para elaborar las tablas y presentarla de una manera más clara.

## 9. ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 9.1 Objetivo número uno

Para dar respuesta al primer objetivo del proyecto, se incorporaron en la encuesta las variables sociodemográficas necesarias para dar respuesta a esta descripción, posteriormente se tabula la información en el programa estadístico IBM SPSS statistics 21 y se procede al análisis de los resultados.

#### 9.1.1 Descripción sociodemográfica de la población

En total se aplicaron 32 encuestas que corresponden al total de facturadores que hacen parte del servicio de urgencias en las cinco sedes de Metrosalud, todos los encuestados ejercen como auxiliares administrativos. Una vez recolectada la información se pudo observar que el 58,1% de los participantes fueron de sexo femenino, el 68,4% de estos cuentan con un perfil académico como técnicos, sin embargo se presenta una pérdida de datos del 40,6% para esta variable; para la variable años de antigüedad en la Unidad Hospitalaria (UH) se pudo observar que el 70% de estos lleva más de 5 años vinculados a la institución (tabla 1),

Se aplicó prueba de normalidad para variable edad, y se identificó que la misma distribuye sus datos de manera normal ( $p=0,25$ ). El promedio de edad de los participantes del estudio fue de 39,5 años con una desviación estándar (DE) de 1,5. También se aplicó prueba de normalidad para la variable experiencia laboral y se identificó que esta no distribuye normal ( $p=0,02$ ). La mediana de los años de experiencia es de 10,5 años, es decir, el 50% de los participantes se encuentran por debajo de esta cifra y el 50% restante por encima de la misma, con un rango intercuartil (RIQ = 1,5).

**Tabla 5. Distribución de las características sociodemográficas del personal facturador en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018**

Variable	N	Media (DE) o %
Sexo		
Femenino	18	58,1
Masculino	13	41,9
Edad	32	39,5 (RIQ:1,5)
Perfil académico		
Técnico	13	68,4
Tecnólogo	3	15,8
Profesional	3	15,8

Experiencia laboral	32	10,5 (14)
Años de antigüedad en UH		
0-1 años	4	13,3
1-5 años	5	16,7
5 años o más	21	70,0

### 9.1.1.2 Variables sociodemográficas según cada una de las UH.

Una vez se recolectó la información, se pudo observar que el 25% del total de encuestados pertenecen a la UH Belén, de éstos el 3,13% son hombres y el 21,88% restante son de carácter femenino. La UH Castilla cuenta con un 12,50% del total de encuestados, de los cuales el 9,38% son hombres y el 3,13% son mujeres. De la UH Manrique se obtuvo que cuenta con el 25% del total de participantes, de éstos el 15,63% son hombres y el 9,38% restante son mujeres. La UH San Javier cuenta con 12,50% del total de personas encuestadas, de los cuales el 3,13% son hombres y 9,38% son mujeres. Por último, se obtuvo que la UH Santa Cruz cuenta con el 25% del total de participantes, de los cuales el 9,38% son hombres y el 15,63% mujeres.

**Tabla 6. Variable sexo según cada una de las Unidades Hospitalarias.**

UNIDAD HOSPITALARIA													
	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL	
SEXO	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Hombre	1	3,13%	3	9,38%	5	15,63%	1	3,13%	3	9,38%	13	40,63%	
Mujer	7	21,88%	1	3,13%	3	9,38%	3	9,38%	5	15,63%	19	59,38%	
Total general	8	25,00%	4	12,50%	8	25,00%	4	12,50%	8	25,00%	32	100,00%	

Para el análisis de la variable edad según UH, se realizó la agrupación de las edades obtenidas y se crea una variable denominada "rango de edad", según la información que a continuación se presenta, se puede evidenciar que la mayor parte de los encuestados se encuentran entre 31-35 años de edad, es decir, el 37,50% del total de encuestados, siendo Belén y Santa Cruz las UH con el mayor porcentaje de empleados dentro de éste rango, ambas con un 9,38%. En una escala de mayor a menor, sigue el rango de edad de 36-40 años con un 18,75%, en donde Belén y Castilla cuentan con el mayor porcentaje de participantes pertenecientes a dicho rango, ambas con un 6,25%. Continuando con el orden anteriormente mencionado, el rango de edad de 46-50 años cuenta con un 15,63% del total, en donde resalta

la UH Santa Cruz con un 9,38% de dicho valor. En el orden sigue el rango de 41-45 años de edad con un 12,50% del total de participantes, en el cual se encuentran las UH Belén, Castilla, Manrique y Santa Cruz con un 3,13% cada una. El rango de edad de 25-30 años arroja un 9,38% del total de los encuestados, el cual se divide entre la UH Belén con un 6,25% y San Javier 3,13%. Por último y con un 6,25% del total de participantes se encuentra el rango de edad de 51-55 años, el cual cuenta con un 3,13% en la UH Castilla y otro 3,13% en San Javier.

**Tabla 7. Variable rango de edad según cada una de las Unidades Hospitalarias.**

UNIDAD HOSPITALARIA												
RANGO DE EDAD	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
31-35	3	9,38%		0,00%	5	15,63%	1	3,13%	3	9,38%	12	37,50%
41-45	1	3,13%	1	3,13%	1	3,13%		0,00%	1	3,13%	4	12,50%
46-50		0,00%		0,00%	1	3,13%	1	3,13%	3	9,38%	5	15,63%
36-40	2	6,25%	2	6,25%	1	3,13%		0,00%	1	3,13%	6	18,75%
51-55		0,00%	1	3,13%		0,00%	1	3,13%		0,00%	2	6,25%
25-30	2	6,25%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	3	9,38%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>

Haciendo relación entre la variable “perfil profesional” y “unidad hospitalaria” se pudo observar que 13 personas del total de los encuestados (40,63%) no dieron respuesta a dicha variable, por lo tanto se consideraron como valores perdidos. El 40,63% manifestaron ser Técnicos, de los cuales el 12,50% pertenecen a la UH Belén, 12,50% a Manrique, 9,38% a Santa Cruz y el 6,25% restante a San Javier. El 9,38% del total de participantes se ubican en el perfil profesional de tecnólogos, dicho porcentaje se divide entre las UH Castilla, Manrique y Santa Cruz con un 3,13% cada una; finalmente se pudo evidenciar que el 9,38% hacen parte del perfil profesional Universitario, en donde el 6,25% se ubican en la UH Manrique y el 3,13% restante en la UH Belén.

**Tabla 8. Variable perfil profesional según cada una de las Unidades Hospitalarias.**

UNIDAD HOSPITALARIA												
PERFIL PROFESIONAL	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
999	3	9,38%	3	9,38%	1	3,13%	2	6,25%	4	12,50%	13	40,63%
Técnico	4	12,50%		0,00%	4	12,50%	2	6,25%	3	9,38%	13	40,63%
Tecnólogo		0,00%	1	3,13%	1	3,13%		0,00%	1	3,13%	3	9,38%
Universitario	1	3,13%		0,00%	2	6,25%		0,00%		0,00%	3	9,38%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>

Mediante el análisis de la información se pudo observar que para la variable “experiencia laboral” el 25,00% del total de participantes no dieron respuesta a dicha variable, por tal razón se consideraron valores perdidos dentro de la investigación. El 75,00% restante de la población se divide de la siguiente forma: 40,63% se ubican en el rango de 1-10 años, de los cuales 12,50% pertenecen a la UH Belén, 3,13% a Castilla, 6,25% a Manrique, 3,13% a San Javier y la mayor parte de éstos se encuentran en Santa Cruz con un 15,63%. En el rango de 11-20 años se encontró un 15,63% de participantes, en donde solo dos UH están presentes, Manrique con un 12,50% y Santa Cruz con un 3,13%. Finalmente se encuentra el rango de 21-30 años, el cual representa el 18,75% del total de participantes, 3,13% de ellos se ubican en la UH Belén, 6,25% en Castilla, 3,13% en Manrique y 6,25% en San Javier.

**Tabla 9. Variable experiencia laboral y cada una de las Unidades Hospitalarias.**

UNIDAD HOSPITALARIA												
EXPERIENCIA LABORAL	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>999</b>	3	9,38%	1	3,13%	1	3,13%	1	3,13%	2	6,25%	8	25,00%
<b>1-10 años</b>	4	12,50%	1	3,13%	2	6,25%	1	3,13%	5	15,63%	13	40,63%
<b>11-20 años</b>		0,00%		0,00%	4	12,50%		0,00%	1	3,13%	5	15,63%
<b>21-30 años</b>	1	3,13%	2	6,25%	1	3,13%	2	6,25%		0,00%	6	18,75%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>

Al relacionar la variable sociodemográfica “años de antigüedad” con cada una de las 5 Unidades Hospitalarias se logró determinar que la mayor cantidad de participantes se concentra en el rango de 5 años o más, éste representa el 71,88% del total de la población y se divide de la siguiente forma: Belén 15,63%, Castilla 9,38%, Manrique 18,75%, San Javier 12,50% y Santa Cruz 15,63%. Para el rango de 1 a 5 años se encuentran las UH Belén y Castilla con un 3,13% cada una, y Santa Cruz con un 9,38%, lo anterior para un porcentaje total del rango de 15,63%. Finalmente se encontró que el rango de 0 a 1 año representa el 12,50% del total de encuestados, en donde solo están presentes dos UH, Belén y Manrique, ambas con un 6,25%.

**Tabla 10. Asociación entre la variable años de antigüedad y cada una de las Unidades Hospitalarias.**

UNIDAD HOSPITALARIA												
AÑOS DE ANTIGÜEDAD	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0 a 1 año	2	6,25%		0,00%	2	6,25%		0,00%		0,00%	4	12,50%
1 a 5 años	1	3,13%	1	3,13%		0,00%		0,00%	3	9,38%	5	15,63%
5 años o mas	5	15,63%	3	9,38%	6	18,75%	4	12,50%	5	15,63%	23	71,88%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>4</b>	<b>12,50%</b>	<b>8</b>	<b>25,00%</b>	<b>32</b>	<b>100,00%</b>

## 9.2 Objetivo número dos.

Para dar respuesta a este objetivo se diseñó una encuesta que constaba de 26 preguntas y en la cual se tenían en cuenta preguntas de conocimiento del proceso, de conocimiento de términos importantes para el proceso y conocimiento de información institucional relacionada con el proceso de facturación, la encuesta fue diligenciada personalmente por el facturador durante el turno laboral en el que se realizaron las observaciones a cada uno, posteriormente la información recolectada fue tabulada en el programa estadístico IBM SPSS statistics 21, en la cual se agrupan las respuestas como “si conoce” o “no conoce” y se realizó el análisis correspondiente.

### 9.2.1 Descripción del nivel de conocimiento sobre el proceso de facturación en el servicio de urgencias según la encuesta diseñada

A los 32 facturadores se les aplicó una encuesta que constaba de 26 preguntas relacionadas con el proceso de facturación a usuarios en el servicio de urgencias, las cuales para el análisis se dividieron en tres grupos, el primero describe el conocimiento que tienen los facturadores sobre el proceso en general (tabla 6).

Se pudo observar que el personal tiene un buen conocimiento acerca de los contratos que tiene Metrosalud en general y cada sede según su portafolio de servicios con un porcentaje de asertividad de 96,9%, es necesario resaltar que según los datos recolectados, ninguno de los participantes reconoce cuál es el alcance (donde comienza y dónde termina) que tiene el proceso en el servicio de urgencias, según lo descrito en la guía institucional de facturación usuarios inicia con la facturación de los servicios y finaliza con la entrega de soportes a nivel central (32), en general las respuestas se enfocan a que el proceso inicia y termina en la taquilla de urgencias, con el ingreso y egreso del paciente, el facturador no admite que el proceso en urgencias suministra información importante o soportes para otras áreas de la institución. En variables como tiempo que tiene para notificar la urgencia



a la Entidad Promotora de Salud (EPS) se obtuvo un porcentaje de aciertos de 75%, ante la pregunta sabe cómo ingresar usuarios con problemas de identificación, se tuvo en cuenta como respuesta correcta aquellos que describieron una forma de solucionar o tratar la situación si se llegara a presentar el caso lo que equivale a que un 68,2% de los facturadores no sabe qué hacer en este tipo de situaciones.

**Tabla 11. Conocimiento del proceso de facturación en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018**

N°	Variable	N	%
1	Conocimiento de contrato		
	Si	31	96,9
	No	1	3,1
2	Conocimiento del alcance del proceso		
	Si	0	0,0
	No	32	100,0
3	Sabe qué hacer en caso de usuario indocumentado y sin acompañante		
	Si	30	93,8
	No	2	6,3
4	Sabe cuánto tiempo tiene para reportar la urgencia a la EPS		
	Si	24	75,0
	No	8	25,0
5	Sabe cuándo se debe llevar a cabo la pre anulación de facturas		
	Si	29	90,6
	No	3	9,4
6	Sabe a quién se le cobra cuando el usuario no aparece en base de datos y no tiene capacidad de pago		
	Si	29	90,6
	No	3	9,4
7	Conoce bajo qué modalidad se factura cuando no hay contrato con una EPS		
	Si	24	75,0
	No	8	25,0
8	Sabe a cuál régimen se le hace el cobro cuando el usuario está activo en ambos		
	Si	28	87,5
	No	4	12,5
9	Sabe que se debe tener en cuenta cuando el usuario tiene afiliación en otra ciudad		
	Si	19	65,5
	No	10	34,5
10	sabe qué hacer en caso de usuario extranjero sin capacidad de pago, a quien se le cobra		
	Si	22	71,0
	No	9	29,0
11	sabe cómo ingresar un usuario con problemas de identificación		
	Si	7	31,8

	No	15	68,2
12	sabe cómo ingresar un habitante de calle sin base de datos y a quien se le cobra		
	Si	25	80,6
	No	6	19,4

En el segundo grupo se encuentran las variables que indagaban por términos que son importantes en el proceso y que deberían ser conocidos por este personal teniendo en cuenta la importancia de su labor (tabla 3). Para el análisis de variables que involucran siglas se tuvo en cuenta como respuesta correcta aquellos que mencionaron o explicaron a qué se refiere o cual es la función de las mismas, ya que no se considera necesario el saber estrictamente el significado de las siglas por el contrario aquellos que respondían exactamente lo que significaba podrían dar indicios de haber realizado la consulta ya que tenían acceso a internet mientras respondían a la encuesta.

Del total de los encuestados el 83,9% reconoce lo que es el Formulario Único de Reclamación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (FURIPS) y que es utilizado en caso de accidentes de tránsito o eventos catastróficos, el 83,3% reconoce el ADRES como la entidad administradora de los recursos de la salud y como la misma base de datos que permite hacer la respectiva verificación de derechos de un usuario, por el contrario al indagar sobre el ECAT el porcentaje de error en la respuesta fue de 93,8%, limitándose en su mayoría a responder que esta era la "historia clínica del accidente de tránsito", aparentemente ignoran que realmente es una subcuenta del ADRES que se encarga de ayudar con el costo de la atención y no solo en caso de accidentes de tránsito también de eventos catastróficos. El 100% de los facturadores sabe en qué consiste y cómo se realiza una verificación de derechos a un usuario, el 90,6% conoce cuál es el objetivo del triage, para el conocimiento de los anexos N°2 y 3 se presenta un porcentaje de aciertos del 80,6% y 75% respectivamente. Cuando se indaga por mecanismos que ayuden a detectar errores durante la facturación el 73,3% de los encuestados manifiesta que no hay ningún mecanismo de ayuda, al hablar de la importancia del proceso de facturación para la institución el 60,7% de los encuestados habla de la importancia financiera de este para la misma mientras que el 39,3% arroja que no conoce la importancia de este, obteniendo respuestas como "es parte importante para la institución", pero no reconocen el porqué.

**Tabla 12. Conocimiento de términos importantes dentro del proceso de facturación en urgencias, Metrosalud, 2018**

13	Conoce qué es el FURIPS		
	Si	26	83,9
	No	5	16,1
14	Conoce qué es el ADRES		
	Si	25	83,3
	No	5	16,7
15	Conoce qué es el ECAT		

	Si	2	6,3
	No	30	93,8
16	Sabe en qué consiste la verificación de derechos		
	Si	32	100,0
	No	0	0,0
17	Sabe cuál es el objetivo del triage		
	Si	29	90,6
	No	3	9,4
18	Sabe de qué trata el anexo técnico N°2		
	Si	25	80,6
	No	6	19,4
19	Sabe de qué trata el anexo técnico N°3		
	Si	24	75,0
	No	8	25,0
20	Existen mecanismos que le ayuden a detectar errores en el proceso de facturación		
	Si	8	26,7
	No	22	73,3
21	Reconoce la importancia que tiene el proceso de facturación para la institución		
	Si	17	60,7
	No	11	39,3

Para el último se agruparon las variables que indagaban por información general de la institución y que se relacionan con el proceso de facturación, es necesario resaltar que el 100% de los participantes no conoce las principales causas de glosas que presenta la institución, que según la información suministrada son generadas por devoluciones por autorización y/u otro pagador, por sobrefacturación, por soportes y tarifas (33); el 75% de los encuestados reconocen que no cuentan con un espacio donde se socialicen estas glosas; el 64,5% admite que tampoco son socializados los indicadores relacionados con el proceso, el 65,6% manifiesta que no son constantes las capacitaciones relacionadas con el proceso y un 71,9% afirman que cuentan con un apoyo al cual pueden acudir en caso de que no conozcan cómo proceder con algún evento.

**Tabla 13. Conocimiento de información institucional del proceso de facturación, Metrosalud, 2018**

22	Conoce las principales causas de glosas que tiene la institución		
	Si	0	0,0
	No	32	100,0
23	Son socializados mensualmente los indicadores relacionados con el proceso		
	Si	11	35,5
	No	20	64,5
24	Realizan constantemente capacitaciones sobre situaciones que involucren el proceso		
	Si	11	34,4
	No	21	65,6
25	Cuentan con un espacio donde se socialicen las glosas		
	Si	8	25,0
	No	24	75,0

26	Cuentan con alguien a quien acudir en caso de eventualidad y no conozcan el procedimiento a seguir		
	Si	23	71,9
	No	9	28,1

### 9.3 Objetivo número tres.

Con el fin de lograr identificar el porcentaje de adherencia a las guías institucionales ingreso usuario y facturación usuarios, que tiene el personal encargado de facturar los servicios de salud en el servicio de urgencias, se realizó la aplicación de dos listas de chequeo con un formato suministrado por la institución.

#### Análisis de resultados de adherencia según listas de chequeo

El formato de las listas utilizado fue suministrado por uno de los miembros de Metrosalud, el cual se adecua con el documento institucional donde se documenta el procedimiento de ingreso usuario y facturación usuarios, la información fue recolectada mediante observación a las tareas que realizaban los facturadores durante el desempeño normal de sus labores y algunas de las tareas descritas en los documentos eran indagadas directamente al facturador cuando no se presentaba el desarrollo de la misma durante el periodo de observación del investigador, es importante resaltar que las listas de chequeo presentaban un patrón de respuestas, es decir, generalmente la forma de los facturadores realizar las tareas es la misma.

#### 9.3.1 Lista de chequeo procedimiento ingreso usuarios.

Se pudo observar que para la variable “verifica en el aplicativo del triage si el paciente será atendido por urgencias y lo llama para comprobar derechos” el 77,4% de los facturadores lo realiza pero no como está estandarizado, generalmente al paciente salir del consultorio del triage es este quien se acerca a la taquilla de urgencias a solicitar que le hagan la admisión, posteriormente el facturador le pide que espere a que sea llamado por el médico de urgencias. El 100% de los participantes solicita los documentos soportes según el caso pero no de manera estandarizada, por un lado los documentos que deben solicitar para cada caso no están descritos en el documento institucional y por otro lado algunos facturadores solicitan documentos como complemento no porque sean necesarios, por ejemplo, en caso de accidente de tránsito en general los documentos que solicitan son: cédula, SOAT, matrícula del vehículo y pase del conductor; pero algunos facturadores solicitan además de estos el comparendo, el cual está incluido en el estándar pero no se considera necesario según el personal para soporte de facturación.

Es importante mencionar que el 100% de los participantes “comprueba que la EPS a la cual está afiliado el usuario tenga convenio con la UH (unidad hospitalaria) para acceder a los servicios cuando no se trate de una urgencias” pero no lo hace de

acuerdo al estándar, estos manifiestan que la información de los contratos toda está guardada en el sistema y ellos solo ingresan los códigos de los contratos, los cuales lo reconocen por el manejo diario de estos o mantienen a la mano en caso de que no lo recuerden; por otro lado si un usuario acude al servicio de urgencias ellos como facturadores no pueden negar la atención de este, es el médico del triage el que determina el tipo de urgencia o si realmente requiere otro tipo de servicio, generalmente el mismo médico le indica si debe solicitar cita prioritaria o de consulta externa y en algunas ocasiones el usuario se acerca a la taquilla a solicitar indicación.

Ante la variable "registra encabezado formato fusota para accidente de tránsito o formato adres en caso se desplazado o evento catastrófico", el 100% de los facturadores niegan conocer lo que es el formato FUSOTA, por experiencia de la asesora se logró determinar que posiblemente exista un error de redacción en el documento y se refiere realmente al formato FUSOAT que es el Formulario único de reclamación de las Entidades Hospitalarias para el seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito; sin embargo ninguno de los 32 participantes realizó tan siquiera una asociación con el posible error. Para el procedimiento de ingreso usuario en el servicio de urgencias se obtuvo un punto medio de adherencia de 72,0%, lo cual significa que el 50% de los encuestados se encuentra por debajo de esta cifra, y el otro 50% por encima de la misma.

**Tabla 14. Descripción de variables lista de chequeo ingreso usuarios en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018.**

N°	Variable	N	Media (DE) o %
1	Saluda y pregunta tipo de servicio que requiere		
	No se hace, no estandarizado	5	15,6
	Se hace pero no estandarizado	3	9,4
	Se hace de acuerdo al estándar	24	75,0
2	Solicita documento o crea consecutivo en caso de requerirlo		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
3	Registra y actualiza datos básicos del usuario		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
4	verifica en el aplicativo del triage si el paciente será atendido por urgencias , lo llama para comprobar derechos		
	No se hace, no estandarizado	6	19,4
	Se hace pero no estandarizado	24	77,4
	Se hace de acuerdo al estándar	1	3,2
5	solicita documento de identidad y verifica la afiliación al sistema de seguridad social del usuario		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
6	solicita los documentos soporte según sea el caso		

	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	32	100,0
	Se hace de acuerdo al estándar		0,0
7	Comprueba que la Institución a la cual está afiliado el usuario tenga convenios o contratos con la ESE Metrosalud, para acceder a los servicios cuando no se trate de una urgencia.		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	32	100,0
	Se hace de acuerdo al estándar	0	0,0
8	Revisa que el servicio solicitado por el usuario esté amparado por el convenio o contrato y pueda ser prestado por la institución		
	No se hace, no estandarizado	32	100,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	0	0,0
9	Informa al usuario el derecho al servicio solicitado. Si el usuario no tiene el derecho al servicio solicitado se explica la situación y se brinda atención y orientación al usuario.		
	No se hace, no estandarizado	31	96,9
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	1	3,1
10	Actualiza información de acuerdo a los documentos del usuario		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
11	crea usuario ingresando: identificación personal, tipo de usuario, información personal		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
12	Para accidentes de tránsito: saca copia a SOAT, matrícula de vehículo y cédula del paciente.		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	4	12,5
	Se hace de acuerdo al estándar	28	87,5
13	saca fotocopia de la cédula para pacientes atendidos por evento		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	14	43,8
	Se hace de acuerdo al estándar	18	56,3
14	asigna número consecutivo para NN mientras se logra establecer la identidad		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
15	unifica la información clínica y administrativa con el documento de identidad real		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
16	registra encabezado formato fusota para accidente de tránsito o formato adres en caso se desplazado o evento catastrófico		
	No se hace, no estandarizado	32	100,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	0	0,0
17	Porcentaje de adherencia		Me 72(6)

Para el análisis de los porcentajes de adherencia obtenidos en cada procedimiento se hizo una agrupación considerando adherentes aquellos que superaran el 80%, la agrupación se realizó así:

- 0%-69%: adherencia baja
- 70%-79%: adherencia media
- 80%-100%: adherencia alta

Se pudo observar que para el procedimiento ingreso usuario en urgencias, en general el personal tiene una adherencia media equivalente a un 56,3%.

**Tabla 15. Resultados de adherencia procedimiento ingreso usuarios, Metrosalud, 2018**

N°	Variable	N	Media (DE) o %
1	Adherencia alta	1	3,1
2	Adherencia media	18	56,3
3	Adherencia baja	13	40,6

Se consideró importante estratificar algunas variables del estudio con cada una de las Unidades Hospitalarias, en un principio se relacionaron las variables sociodemográficas con las UH, posteriormente el porcentaje (%) de adherencia de la lista de chequeo ingreso usuario y facturación usuarios con 13 variables de la encuesta, las cuales fueron seleccionadas por su relevancia.

**Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según algunas variables seleccionadas y cada una de las UH.**

Haciendo relación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios y las 5 Unidades Hospitalarias, se observa que del total de participantes solo 1 (3,13%) persona presenta adherencia alta ante el documento mencionado anteriormente, la cual hace parte del equipo de trabajo de la UH Santa Cruz. El 56,25% del total de encuestados presentan adherencia en nivel medio, distribuido de la siguiente forma: 21,88% en la UH Belén, Castilla y Manrique con un 9,38% cada una, San Javier 3,13% y finalmente Santa Cruz con 12,50%. Para el nivel de adherencia baja se tiene un 40,63%, de los cuales las UH Belén y Castilla aportan un 3,13% cada una, Manrique 15,63%, San Javier y Santa Cruz registran un 9,38% cada una.

**Tabla 16. Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según las 5 Unidades Hospitalarias.**

NIVEL DE ADHERENCIA A LA LISTA DE CHEQUEO INGRESO USUARIOS SEGÚN CADA UNIDAD HOSPITALARIA												
NIVEL DE ADHERENCIA	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		N TOTAL	% TOTAL
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		

ALTA		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%	1	3,13%
BAJA	1	3,13%	1	3,13%	5	15,63%	3	9,38%	3	9,38%	13	40,63%
MEDIA	7	21,88%	3	9,38%	3	9,38%	1	3,13%	4	12,50%	18	56,25%
Total general	8	25,00%	4	12,50%	8	25,00%	4	12,50%	8	25,00%	32	100,00%

Al realizar la tabulación de los datos, se pudo percibir que solo uno de los participantes perteneciente a la Unidad Hospitalaria Manrique desconoce los contratos que tiene la Institución con otras entidades, es decir, el 3,13%; ésta persona se ubica en un nivel de adherencia media, al igual que la mayoría de encuestados, los cuales representan un 56,25% del total.

**Tabla 17. Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según la variable conocimiento de los contratos en cada una de las UH.**

CONOCIMIENTO DE CONTRATOS POR UNIDAD HOSPITALARIA														
NIVEL DE ADHERENCIA	SI										NO		TOTAL GENERAL	
	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		Manrique		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
ALTA		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	1	3,13%
BAJA	1	3,13%	1	3,13%	5	15,63%	3	9,38%	3	9,38%		0,00%	13	40,63%
MEDIA	7	21,88%	3	9,38%	2	6,25%	1	3,13%	4	12,50%	1	3,13%	18	56,25%
Total general	8	25,00%	4	12,50%	7	21,88%	4	12,50%	8	25,00%	1	3,13%	32	100,00%

Como se logra evidenciar en la tabla presentada a continuación, ninguno de los participantes manifiesta conocer cuál es el alcance del proceso, resultado que causa relevancia dentro del estudio, puesto que es un aspecto en el que debería haber claridad.

**Tabla 18. Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según la variable conocimiento del alcance del proceso en cada una de las UH.**

CONOCIMIENTO ALCANCE DEL PROCESO POR UNIDAD HOSPITALARIA													
NIVEL DE ADHERENCIA	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		Total N	Total %	
	NO										N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
ALTA		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	3,13%	1	3,13%	
BAJA	1	3,13%	1	3,13%	5	15,63%	3	9,38%	3	9,38%	13	40,63%	



<b>MEDIA</b>	7	21,88 %	3	9,38%	3	9,38%	1	3,13%	4	12,50 %	18	56,25%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>32</b>	<b>100,00 %</b>

Estableciendo la relación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios con el conocimiento que tienen los participantes ante las principales causas de glosas que presenta la Institución, se puede ver claramente que solo el 9,38% del total de encuestados manifiestan saberlo, de dicha cifra el 6,25% presentan adherencia media y el 3,13% restante nivel de adherencia baja; los datos anteriores pertenecen a la UH Manrique.

**Tabla 19. Nivel de adherencia a la lista de chequeo ingreso usuarios según la variable conocimiento de las principales causas de glosas de la institución en cada una de las 5 UH.**

<b>CONOCIMIENTO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS DE LA INSTITUCIÓN</b>								
	Belén	Castilla	Manrique			San Javier	Santa Cruz	Total general
<b>NIVEL DE ADHERENCIA</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total Manrique</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	
<b>ALTA</b>	0,00%	0,00%	0,00 %	0,00 %	0,00%	0,00%	3,13%	3,13%
<b>BAJA</b>	3,13%	3,13%	12,50 %	3,13 %	15,63%	9,38%	9,38%	40,63%
<b>MEDIA</b>	21,88 %	9,38%	3,13 %	6,25 %	9,38%	3,13%	12,50%	56,25%
<b>Total general</b>	<b>25,00 %</b>	<b>12,50%</b>	<b>15,63 %</b>	<b>9,38 %</b>	<b>25,00%</b>	<b>12,50%</b>	<b>25,00%</b>	<b>100,00%</b>

### 9.3.2 Lista de chequeo facturación usuarios

Tras los resultados de la observación al procedimiento facturación usuarios en urgencias, se pudo observar que el 100% de los facturadores realiza la verificación de cargos, contrasta los documentos soportes del servicio prestado con la historia clínica y realiza la trazabilidad según como está estandarizado, se obtuvo que cuando se trata de una remisión el 53,1% de los facturadores cumplen con tareas para lograr el objetivo pero no se hace tal cual está estandarizado, los participantes manifiestan que generalmente no les da tiempo de hacer toda la documentación y liquidaciones antes de que se haga la remisión, esto se realiza posterior a la misma. También se pudo observar que el 100% de los facturadores manifiesta que en la variable, "genera el Mcustodi, informe de gestión y el informe pendientes por consolidar" no es una tarea que haga parte de sus funciones, esto corresponde al área de consolidación de facturas. Según el documento institucional del procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias se obtuvo una mediana o punto medio de adherencia del 69,0%, es decir, el 50% de los

encuestados se encuentran por debajo de esta cifra, y el otro 50% por encima de la misma, con un rango intercuartil de 0, lo cual quiere decir que la mayor parte de los encuestados dieron las mismas respuestas para la presente lista de chequeo.

**Tabla 20. Descripción de variables lista de chequeo facturación usuarios en el servicio de urgencias, Metrosalud, 2018.**

N°	Variable	N	Media (DE) o %
<b>1</b>	verifica cargos y tratamientos frente a la historia clínica		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
<b>2</b>	contrasta que los documentos soporte del servicio prestado corresponden al de la HC		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
<b>3</b>	realiza la trazabilidad incluyendo los pacientes hospitalizados en urgencias		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
<b>4</b>	realiza y actualiza la liquidación parcial en caso de ser una remisión dentro de la ESE		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	17	53,1
	Se hace de acuerdo al estándar	15	46,9
<b>5</b>	liquida factura e informa al usuario el valor a pagar		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
<b>6</b>	genera el Mcustodi, informe de gestión y el informe pendientes por consolidar		
	No se hace, no estandarizado	32	100,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	0	0,0
<b>7</b>	entrega el informe de facturación del turno al técnico operativo con los soportes físicos		
	No se hace, no estandarizado	0	0,0
	Se hace pero no estandarizado	0	0,0
	Se hace de acuerdo al estándar	32	100,0
<b>8</b>	porcentaje de adherencia		Me 69,6

Para el análisis de la adherencia al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias, se tuvo en cuenta los mismos porcentajes que indican el nivel de adherencia anteriormente descritos y se obtuvo que el 90,6% de los facturadores participantes presentan una adherencia baja a este procedimiento.

**Tabla 21. Resultados de adherencia procedimiento facturación usuarios en urgencias, Metrosalud, 2018**

N°	Variable	N	Media (DE) o %
1	Adherencia alta	0	0,0
2	Adherencia media	3	9,4
3	Adherencia baja	29	90,6

**Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios, las variables seleccionadas según su relevancia y cada una de las UH.**

Analizando los valores presentados en la tabla, es evidente que la mayor cantidad de participantes se ubican en el nivel de adherencia baja, representando así el 90,63% de la población. Ordenando el dato anterior de manera descendente entre las 5 UH, se logra determinar que Belén aporta un 25,00%, Manrique 21,88%, Santa Cruz 18,75%, Castilla y San Javier 12,50% cada una. El 9,38% restante del total pertenecen al nivel de adherencia media.

**Tabla 22. Nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y las 5 Unidades Hospitalarias.**

NIVEL DE ADHERENCIA A LA LISTA DE CHEQUEO FACTURACIÓN USUARIOS SEGÚN CADA UNIDAD HOSPITALARIA												
NIVEL DE ADHERENCIA	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz		Total N	Total %
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>BAJA</b>	8	25,00 %	4	12,50 %	7	21,88 %	4	12,50 %	6	18,75 %	29	90,63%
<b>MEDIA</b>		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	2	6,25%	3	9,38%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>32</b>	<b>100,00 %</b>

Aunque el 96,88 % de los encuestados manifiestan conocer los contratos que tiene la Institución con las demás entidades, el 90,63% de éstos se ubican en el nivel de adherencia baja y el 6,25% restante en el nivel de adherencia media.

**Tabla 23. Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento de los contratos con cada una de las UH.**

CONOCIMIENTO DE CONTRATOS POR UNIDAD HOSPITALARIA																
NIVEL DE ADHERENCIA	NO		SI										N SI	% SI	N Total	Total %
	Manrique		Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
<b>BAJA</b>		0,00 %	8	25,00 %	4	12,50 %	7	21,88 %	4	12,50 %	6	18,75 %	29	90,63 %	29	90,63 %

<b>MEDIA</b>	1	3,13 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2	6,25 %	2	6,25 %	3	9,38%		
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>3,13 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>7</b>	<b>21,88 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>31</b>	<b>96,88 %</b>	<b>32</b>	<b>100,0 0%</b>

Ninguno de los participantes conoce cuál es el alcance del proceso, ante esta situación es relevante que el 90,63% de los participantes se encuentran en el nivel de adherencia baja, y el 9,38% restante al nivel de adherencia media.

**Tabla 24. Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento del alcance con cada una de las UH.**

<b>CONOCIMIENTO DEL ALCANCE DEL PROCESO POR UNIDAD HOSPITALARIA</b>														
	NO										N NO	% NO	Total N	Total %
	Belén		Castilla		Manrique		San Javier		Santa Cruz					
<b>NIVEL DE ADHERENCIA</b>	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
<b>BAJA</b>	8	25,00 %	4	12,50 %	7	21,88 %	4	12,50 %	6	18,75 %	29	90,63%	29	90,63%
<b>MEDIA</b>		0,00%		0,00%	1	3,13%		0,00%	2	6,25%	3	9,38%	3	9,38%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,50 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>32</b>	<b>100,00 %</b>	<b>32</b>	<b>100,00 %</b>

A pesar de que Manrique es la única UH en donde 3 personas (9,38%) dicen conocer las principales causas de glosas de la institución, ninguna reporta adherencia en el nivel alto, por el contrario, de éste 9,38% el 6,25% arrojan nivel de adherencia bajo, y el 3,13% restante nivel de adherencia medio. Para el resto de UH ninguno de los encuestados manifestó conocer las principales causas de glosas.

**Tabla 25. Asociación entre el nivel de adherencia a la lista de chequeo facturación usuarios y el conocimiento de las principales causas de glosas de la Institución con cada una de las UH.**

<b>CONOCIMIENTO PRINCIPALES CAUSAS DE GLOSAS DE LA INSTITUCIÓN</b>																
	Belén		Castilla		Manrique					San Javier		Santa Cruz		Total N	Total %	
	NO		NO		NO		SI		N TOTAL	% TOTAL	NO		NO			
<b>NIVEL DE ADHERENCIA</b>	N	%	N	%	N	%	N	%					N	%	N	%
<b>BAJA</b>	8	25,0 0%	4	12,5 0%	5	15,6 3%	2	6,25 %	7	21,88 %	4	12,5 0%	6	18,7 5%	29	90,63 %
<b>MEDIA</b>		0,00 %		0,00 %		0,00 %	1	3,13 %	1	3,13%		0,00 %	2	6,25 %	3	9,38%
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>25,0 0%</b>	<b>4</b>	<b>12,5 0%</b>	<b>5</b>	<b>15,6 3%</b>	<b>3</b>	<b>9,38 %</b>	<b>8</b>	<b>25,00 %</b>	<b>4</b>	<b>12,5 0%</b>	<b>8</b>	<b>25,0 0%</b>	<b>32</b>	<b>100,0 0%</b>

#### 9.4 Objetivo número cuatro

Para dar cumplimiento a este objetivo se utilizó la prueba de hipótesis del chi cuadrado utilizando el programa estadístico IBM SPSS statistics 21, buscando la asociación de las variables de conocimiento utilizadas en la encuesta con los

resultados sociodemográficos y los porcentajes de adherencia obtenidos para cada procedimiento (ingreso y facturación de usuarios), posteriormente se realiza la tabulación y el análisis de la información obtenida.

#### 9.4.1 Variables sociodemográficas que se relacionan con la adherencia al procedimiento ingreso usuarios

Al explorar la asociación de las variables sociodemográficas con el nivel de adherencia que se obtuvo para cada procedimiento se pudo observar que, del total de las participantes femeninas el 50% presentaron un nivel de adherencia medio y un 5,5% una adherencia al procedimiento alta, para el sexo masculino se obtuvo un 0% de adherencia alta y un 61,5% de adherencia media, para la variable sexo no se obtienen relación significativa con los porcentajes de adherencia ( $p=0,616$ ). Para la variable edad se logra observar que en caso de los participantes entre 20-30 años el mayor porcentaje se concentra en la adherencia baja, en el rango de 31-40 años se divide por igual 46,2% en adherencia media y baja, el rango de 41-50 años concentra el 66,7% de los encuestados en adherencia media y para el rango de 51-60 años se presenta un 50% de encuestados en adherencia media y otro 50% adherencia baja, no se obtiene relación significativa para la variable edad y adherencia ( $p=0,885$ ). Para el perfil profesional se obtiene que el mayor porcentaje de los encuestados se concentra en el nivel técnico con un 68,42% de los cuales el 61,5% presentan un porcentaje de adherencia media y el 38,5% de adherencia baja, no se presenta relación estadísticamente significativa entre esta variable y el porcentaje de adherencia ( $p=0,977$ ). Por otro lado se pudo evidenciar que el mayor porcentaje de encuestados se concentra en el rango de experiencia laboral de 1-10 años y de los cuales un 50% presentan un porcentaje de adherencia media y un 8,3% de adherencia alta y para los años de antigüedad en la UH el 70% de los datos se concentra en 5 años o más de los cuales un 52,4% presentan adherencia media y un 42,9% de adherencia baja, no se encuentra relación estadísticamente significativa ( $p=0,839$ ), por último para la variable años de antigüedad el 70% de los facturadores reportan más de 5 años de antigüedad en la UH, de este 70% el 52,4% presenta una adherencia media y un 42,9% adherencia baja, no presenta relación estadísticamente significativa ( $p=0,970$ ) (Tabla 25).

**Tabla 26. Asociación de variables sociodemográficas con el nivel de adherencia al procedimiento ingreso usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018**

N°	Variable sociodemográfica	Nivel de adherencia ingreso usuarios						N	total	P
		N	alt o	N	Medi o	N	Bajo			
1	sexo									
	Femenino	1	5,50 %	9	50%	8	44,40 %	18	58,06	0,616
	Masculino	0	0,00 %	8	61,50%	5	38,50 %	13	41,93	
								31	100	

2	<b>Edad</b>									
	20-30 años	0	0,00 %	1	33,30%	2	66,70 %	3	11,11	0,885
	31-40 años	1	7,70 %	6	46,20%	6	46,20 %	13	48,14	
	41-50 años	0	0,00 %	6	66,7 %	3	33,30 %	9	33,33	
	51-60 años	0	0,00 %	1	50%	1	50%	2	7,4	
								27	100	
3	<b>Perfil profesional</b>									
	Técnico	0	0,00 %	8	61,50%	5	38,50 %	13	68,42	0,977
	Tecnólogo	0	0,00 %	2	66,70%	1	33,30 %	3	15,79	
	universitario	0	0,00 %	2	66,70%	1	33,30 %	3	15,79	
								19	100	
4	<b>Experiencia laboral</b>									
	1-10 años	1	8,30 %	6	50%	5	41,70 %	12	50	0,839
	11-20 años	0	0,00 %	4	66,70%	2	33,30 %	6	25	
	21-30 años	0	0,00 %	3	50%	3	50%	6	25	
								24	100	
5	<b>Años de antigüedad</b>									
	0-1 año	0	0,00 %	2	50%	2	50%	4	13,33	0,97
	1-5 años	0	0,00 %	3	60%	2	40%	5	16,67	
	5 años o mas	1	4,80 %	1	52,40%	9	42,90 %	21	70	
								30	100	

#### 9.4.2 Variables de conocimiento que se relacionan con la adherencia al procedimiento ingreso usuarios

Para la asociación de variables de conocimiento con el nivel de adherencia obtenido al procedimiento ingreso usuarios se pudo observar que para la variable 1 de conocimiento de contratos no se presenta relación estadísticamente significativa ( $p=0,669$ ), para la variable 2 y 6 se presenta una constante en las respuestas, el 100% de los encuestados no conocen el alcance que tiene el proceso de facturación en urgencias, de los cuales el 56,3% presentaron un nivel de adherencia media y un 49,6% baja, de igual forma el 100% de los facturadores sabe cómo realizar la verificación de derechos de un usuario de los cuales el 56,3% presentan un nivel de adherencia media. Se obtiene una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de adherencia y la variable de conocimiento de cual régimen se debe facturar en caso de que el usuario este activo en ambos ( $p: 0,035$ ), sin embargo, del 87,5% de encuestados que respondieron correctamente el 64,3% presentan un nivel de adherencia medio; para las demás variables de conocimiento no se obtuvo

ninguna asociación con el nivel de adherencia al procedimiento ingreso usuarios en el servicio de urgencias (Tabla 26).

**Tabla 27. Asociación de variables de conocimiento con el nivel de adherencia ingreso usuarios. Metrosalud. 2018**

N°	Variable de conocimiento		Nivel de adherencia ingreso usuarios						N	total	P
			encuesta	N	alto	N	Media	N			
1	<b>Conoce los principales contratos que tiene la UH</b>	si	1	3,2	17	54,8	13	41,9	31	96,9	0,669
		no	0	0	1	100	0	0	1	3,1	
									32	100	
2	<b>Conoce el alcance que tiene el proceso</b>	si	0	0	0	0	0	0	0	0	.
		no	1	3,1	1	56,3	13	40,6	32	100	
									32	100	
3	<b>conoce que es el FURIPS</b>	si	0	0	15	57,7	11	42,3	26	83,9	0,659
		no	0	0	3	60	2	40	5	16,1	
									31	100	
4	<b>Sabe que es el ADRES</b>	si	0	0	15	62,5	9	37,5	24	77,4	0,079
		no	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7	22,6	
									31	100	
5	<b>Sabe que es el ECAT</b>	si	0	0	1	50	1	50	2	6,3	0,938
		no	1	3,3	17	56,7	12	40	30	93,8	
									32	100	
6	<b>Sabe realizar verificación de derechos y conoce su objetivo</b>	si	1	3,1	18	56,3	13	40,6	32	100	.
		no	0	0	0	0	0	0	0	0	
									32	100	
7	<b>Sabe que hacer en caso de usuario indocumentado, inconsciente y sin acompañante</b>	si	1	3,3	17	56,7	12	40	30	93,8	0,938
		no	0	0	1	50	1	50	2	6,3	
									32	100	
8	<b>Sabe cuál es el objetivo del triage</b>	si	1	3,45	17	58,6	11	37,9	29	90,63	0,617
		no	0	0	1	33,3	2	66,7	3	9,375	
									32	100	

9	<b>Sabe cuánto tiempo tiene la ESE para notificar la Urgencia a la EPS</b>	si	0	0	14	56	11	44	25	78,13	0,143
		no	1	14,3	4	57,1	2	28,6	7	21,88	
									32	100	
10	<b>Conoce de que trata el anexo técnico N°2</b>	si	1	4	12	48	12	48	25	80,65	0,29
		no	0	0	5	83,3	1	16,7	6	19,35	
									31	100	
11	<b>Conoce de que trata el anexo técnico N°3</b>	si	0	0	13	54,2	11	45,8	24	75	0,156
		no	1	12,5	5	62,5	2	25	8	25	
									32	100	
12	<b>Sabe cuándo se debe llevar a cabo la pre anulación de facturas</b>	si	1	3,45	16	55,2	12	41,4	29	90,63	0,9
		no	0	0	2	66,7	1	33,3	3	9,375	
									32	100	
13	<b>Conoce las principales causas de glosas de la institución</b>	si	0	0	2	66,7	1	33,3	3	9,375	0,9
		no	1	3,45	16	55,2	12	41,4	29	90,63	
									32	100	
14	<b>Son socializados mensualmente los indicadores relacionados con el proceso</b>	si	1	9,09	7	63,6	3	27,3	11	35,48	0,231
		no	0	0	10	50	10	50	20	64,52	
									31	100	
15	<b>sabe que hacer en caso de usuario extranjero sin capacidad de pago, a quien se le cobra</b>	si	0	0	14	63,6	8	36,4	22	70,97	0,279
		no	0	0	4	44,4	5	55,6	9	29,03	
									31	100	
16	<b>sabe cómo ingresar un usuario con problemas de identificación</b>	si	0	0	4	57,1	3	42,9	7	31,82	0,744
		no	1	6,67	9	60	5	33,3	15	68,18	
									22	100	



17	<b>sabe cómo ingresar un habitante de calle sin base de datos y a quien se le cobra</b>	si	1	4	14	56	10	40	25	80,65	0,824
		no	0	0	3	50	3	50	6	19,35	
									31	100	
18	<b>Sabe a quién se le carga el cobro cuando el usuario no aparece en base de datos y no tiene capacidad de pago</b>	si	1	3,45	16	55,2	12	41,4	29	90,63	0,9
		no	0	0	2	66,7	1	33,3	3	9,375	
									32	100	
19	<b>Conoce bajo que modalidad se factura cuando no hay contrato con una EPS</b>	si	0	0	14	58,3	10	41,7	24	75	0,212
		no	1	12,5	4	50	3	37,5	8	25	
									32	100	
20	<b>Sabe a cuál régimen se le hace el cobro cuando el usuario está activo en ambos</b>	si	1	3,57	18	64,3	9	32,1	28	87,5	0,035
		no	0	0	0	0	4	100	4	12,5	
									32	100	
21	<b>Sabe que se debe tener en cuenta cuando el usuario tiene afiliación en otra ciudad</b>	si	1	5,26	11	57,9	7	36,8	19	65,52	0,424
		no	0	0	4	40	6	60	10	34,48	
									29	100	
22	<b>Existen mecanismos que le ayuden a detectar errores en el proceso de facturación</b>	si	0	0	4	50	4	50	8	26,67	0,697
		no	1	4,55	13	59,1	8	36,4	22	73,33	
									30	100	

23	<b>Realizan constantemente capacitaciones sobre situaciones que involucren el proceso</b>	si	0	0	5	45,5	6	54,5	11	34,38	0,434
		no	1	4,76	13	61,9	7	33,3	21	65,63	
									32	100	
24	<b>Reconoce la importancia que tiene el proceso de facturación para la institución</b>	si	0	0	9	52,9	8	47,1	17	60,71	0,422
		no	1	9,09	6	54,5	4	36,4	11	39,29	
									28	100	
25	<b>Cuentan con un espacio donde se socialicen las glosas</b>	si	1	12,5	4	50	3	37,5	8	25	0,212
		no	0	0	14	58,3	10	41,7	24	75	
									32	100	
26	<b>Cuentan con alguien a quien acudir en caso de eventualidad y no conozcan el procedimiento a seguir</b>	si	1	4,35	12	52,2	10	43,5	23	71,88	0,671
		no	0	0	6	66,7	3	33,3	9	28,13	
									32	100	

X<sup>2</sup>: chi cuadrado, (.) variable constante

#### 9.4.3 Variable sociodemográfica que se relacionan con la adherencia al procedimiento facturación usuarios

Para la asociación de variables sociodemográficas con el nivel de adherencia al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias se observa que, del total de los encuestados de sexo femenino un 94,4% presentaron adherencia baja y del total de los encuestados de sexo masculino se presenta un 84,6% en adherencia baja, **no se obtiene relación estadísticamente significativa entre estas variables (p: 0,36)**; del total de los participantes un 48,1% se encuentran en el rango de edad de 31-40 años y de estos un 92,3% presenta baja adherencia al procedimiento, no se obtiene relación estadísticamente significativa (p:0,9); el 90,5% del total de los encuestados que llevan más de 5 años laborando en la UH presentan un nivel de adherencia bajo (p: 0,58); para ninguna de estas variables se presenta una asociación significativa con el nivel de adherencia (Tabla 27).

**Tabla 28. Asociación de variables sociodemográficas con el nivel de adherencia al procedimiento de facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018**

N°	Variable sociodemográfica	nivel de adherencia facturación usuarios						N	total	P
		N	alto	N	Media	N	Baja			
1	<b>Sexo</b>									0,36
	<b>Femenino</b>	0	0	1	5,6	17	94,4	18	58,1	
	<b>Masculino</b>	0	0	2	15,4	11	84,6	13	41,9	
								31	100	
2	<b>Edad</b>									0,9
	<b>20-30 años</b>	0	0	0	0	3	100	3	11,1	
	<b>31-40 años</b>	0	0	1	7,7	12	92,3	13	48,1	
	<b>41-50 años</b>	0	0	1	11,1	8	88,9	9	33,3	
	<b>51-60 años</b>	0	0	0	0	2	100	2	7,4	
								27	100	
3	<b>Perfil profesional</b>									0,35
	<b>Técnico</b>	0	0	1	7,7	12	92,3	13	68,4	
	<b>Tecnólogo</b>	0	0	0	0	3	100	3	15,8	
	<b>universitario</b>	0	0	1	33,3	2	66,7	3	15,8	
								19	100	
4	<b>Experiencia laboral</b>									0,58
	<b>1-10 años</b>	0	0	1	8,3	11	91,7	12	50	
	<b>11-20 años</b>	0	0	1	16,7	5	83,3	6	25	
	<b>21-30 años</b>	0	0	0	0	6	100	6	25	
								24	100	
5	<b>Años de antigüedad</b>									0,61
	<b>0-1 año</b>	0	0	0	0	4	100	4	13,3	
	<b>1-5 años</b>	0	0	1	20	4	80	5	16,7	
	<b>5 años o mas</b>	0	0	2	9,5	19	90,5	21	70	
								30	100	

#### 9.4.4 Variables de conocimiento relacionadas con la adherencia al procedimiento facturación usuarios

Para la asociación entre las variables de conocimiento y el nivel de adherencia al procedimiento facturación usuarios se observa que, para las variables 2 y 6 que son constantes en su respuesta el 90,6% de los encuestados que no conocen cual es el alcance del proceso en urgencias tienen un nivel de adherencia bajo, de igual forma aquellos que saben realizar la verificación de derechos presentan un 90,6% de adherencia baja. Se observa una asociación estadísticamente significativa ( $p:0,02$ ) entre la variable de conocimiento de contratos y el nivel de adherencia, ante la cual se logra determinar que a mayor porcentaje de asertividad en la respuesta menor porcentaje de adherencia, obteniendo un 93,5% de los encuestados que conocen los contratos que tiene Metrosalud presentan un nivel de adherencia bajo. También se obtuvo una asociación significativa ( $p: 0,014$ ) entre la socialización mensual de los indicadores que tienen que ver con el proceso y en nivel de adherencia obteniendo que entre menos se socializan los indicadores, menor es el nivel de adherencia obtenido, del total de los participantes el 64,5% respondieron que no son socializados los indicadores y de estos el 100% presentan un nivel de adherencia bajo y del 35,5% que respondieron que si son socializados los indicadores un 72,7% presentan una adherencia baja al procedimiento. Otra variable que arroja una relación significativa con el nivel de adherencia es el ingreso de un usuario con problemas de identificación, entre menos reconocen como actuar ante tales casos menor es el nivel de adherencia, del total de los encuestados 68,2% no saben cómo hacer el registro en situaciones de este tipo y de estos el 100% presentan un nivel de adherencia bajo. El 65,5% de los participantes saben qué hacer en caso de usuario con afiliación en otra ciudad el 100% arrojan un nivel de adherencia bajo y se obtiene una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p:0,012$ ) con la cual se puede observar que entre más aciertos hay en la respuesta menor es el porcentaje de adherencia y también se obtiene asociación ( $p:0,002$ ) entre la adherencia y reconocimiento de un espacio donde se socialicen las glosas institucionales, entre menos reconocen los facturadores un espacio donde se socialicen estas, menor es el porcentaje de adherencia, obteniendo un 75% de respuestas negativas y de estas un 100% de adherencia baja. Para las demás variables no se obtiene relaciones significantes.

**Tabla 29. Asociación de variables de conocimiento con el nivel de adherencia al procedimiento facturación usuarios en el servicio de urgencias. Metrosalud. 2018**

N°	Variable de conocimiento encuesta		Nivel de adherencia facturación usuarios						N	total	P
			N	alto	N	Media	N	Baja			
1		si	0	0	2	6,5	29	93,5	31	96,9	0,02

	<b>Conoce los principales contratos que tiene la UH</b>	no	0	0	1	100	0	0	1	3,1	
									32	100	
2	<b>Conoce el alcance que tiene el proceso</b>	si	0	0	0	0	0	0	0	0	
		no	0	0	3	9,4	29	90,6	32	100	
									32	100	
3	<b>conoce que es el FURIPS</b>	si	0	0	2	7,7	24	92,3	26	83,9	0,39
		no	0	0	1	20	4	80	5	16,1	
									31	100	
4	<b>Sabe que es el ADRES</b>	si	0	0	3	12,5	21	87,5	24	77,4	0,33
		no	0	0	0	0	7	100	7	22,6	
									31	100	
5	<b>Sabe que es el ECAT</b>	si	0	0	0	0	2	100	2	6,3	0,64
		no	0	0	3	10	27	90	30	93,8	
									32	100	
6	<b>Sabe realizar verificación de derechos y conoce su objetivo</b>	si	0	0	3	9,4	29	90,6	32	100	
		no	0	0	0	0	0	0	0	0	
									32	100	
7	<b>Sabe que hacer en caso de usuario indocumentado, inconsciente y sin acompañante</b>	si	0	0	3	10	27	90	30	93,8	0,64
		no	0	0	0	0	2	100	2	6,3	
									32	100	
8	<b>Sabe cuál es el objetivo del triage</b>	si	0	0	2	6,9	27	93,1	29	90,63	0,14
		no	0	0	1	33,3	2	66,67	3	9,375	
									32	100	
9	<b>Sabe cuánto tiempo tiene la ESE para notificar la Urgencia a la EPS</b>	si	0	0	2	8	23	92	25	78,13	0,61
		no	0	0	1	14,29	6	85,71	7	21,88	
									32	100	
10	<b>Conoce de que trata el anexo técnico N°2</b>	si	0	0	3	12	22	88	25	80,65	0,37
		no	0	0	0	0	6	100	6	19,35	

									31	100	
11	<b>Conoce de que trata el anexo técnico N°3</b>	si	0	0	3	12,5	21	87,5	24	75	0,29
		no	0	0	0	0	8	100	8	25	
									32	100	
12	<b>Sabe cuándo se debe llevar a cabo la pre anulación de facturas</b>	si	0	0	2	6,9	27	93,1	29	90,63	0,14
		no	0	0	1	33,33	2	66,67	3	9,375	
									32	100	
13	<b>Conoce las principales causas de glosas de la institución</b>	si	0	0	1	33,33	2	66,67	3	9,375	0,14
		no	0	0	2	6,9	27	93,1	29	90,63	
									32	100	
14	<b>Son socializados mensualmente los indicadores relacionados con el proceso</b>	si	0	0	3	27,27	8	72,73	11	35,48	0,01
		no	0	0	0	0	20	100	20	64,52	
									31	100	
15	<b>sabe que hacer en caso de usuario extranjero sin capacidad de pago, a quien se le cobra</b>	si	0	0	1	4,55	21	95,45	22	70,97	0,13
		no	0	0	2	22,22	7	77,78	9	29,03	
									31	100	
16	<b>sabe cómo ingresar un usuario con problemas de identificación</b>	si	0	0	3	42,86	4	57,14	7	31,82	0,06
		no	0	0	0	0	15	100	15	68,18	
									22	100	
17	<b>sabe cómo ingresar un habitante de calle sin base de datos y a quien se le cobra</b>	si	0	0	1	4	24	96	25	80,65	0,29
		no	0	0	2	33,33	4	66,67	6	19,35	
									31	100	

18	<b>Sabe a quién se le carga el cobro cuando el usuario no aparece en base de datos y no tiene capacidad de pago</b>	si	0	0	3	10,34	26	89,66	29	90,63	0,56
		no	0	0	0	0	3	100	3	9,375	
									32	100	
19	<b>Conoce bajo que modalidad se factura cuando no hay contrato con una EPS</b>	si	0	0	2	8,33	22	91,67	24	75	0,73
		no	0	0	1	12,5	7	87,5	8	25	
									32	100	
20	<b>Sabe a cuál régimen se le hace el cobro cuando el usuario está activo en ambos</b>	si	0	0	3	10,71	25	89,29	28	87,5	0,49
		no	0	0	0	0	4	100	4	12,5	
									32	100	
21	<b>Sabe que se debe tener en cuenta cuando el usuario tiene afiliación en otra ciudad</b>	si	0	0	0	0	19	100	19	65,52	0,01
		no	0	0	3	30	7	70	10	34,48	
									29	100	
22	<b>Existen mecanismos que le ayuden a detectar errores en el proceso de facturación</b>	si	0	0	1	12,5	7	87,5	8	26,67	0,78
		no	0	0	2	9,09	20	90,91	22	73,33	
									30	100	
23	<b>Realizan constantemente capacitaciones sobre situaciones que involucren el proceso</b>	si	0	0	2	18,18	9	81,82	11	34,38	0,22
		no	0	0	1	4,76	20	95,24	21	65,63	
									32	100	

24	<b>Reconoce la importancia que tiene el proceso de facturación para la institución</b>	si	0	0	1	5,88	16	94,12	17	60,71	0,3
		no	0	0	2	18,18	9	81,82	11	39,29	
									28	100	
25	<b>Cuentan con un espacio donde se socialicen las glosas</b>	si	0	0	3	37,5	5	62,5	8	25	0
		no	0	0	0	0	24	100	24	75	
									32	100	
26	<b>Cuentan con alguien a quien acudir en caso de eventualidad y no conozcan el procedimiento a seguir</b>	si	0	0	3	13,04	20	86,96	23	71,88	0,26
		no	0	0	0	0	9	100	9	28,13	
									32	100	

X<sup>2</sup>: chi cuadrado, (.) variable constante



## 10. Conclusiones

Los resultados de la presente investigación permiten concluir que:

- Al analizar las variables sociodemográficas tenidas en cuenta para la presente investigación, y con el fin de darle cumplimiento al primer objetivo específico, se logra concluir que del 100% de los participantes, el 58,1% pertenece al género femenino, y el 41,9% restante pertenece al masculino. Cuentan con una edad promedio de 39.5 años. En su mayoría (64,8%), los encuestados manifiestan ser técnicos y 21 de ellos (70,0%) dicen tener más de 5 años de antigüedad en la UH.
- Aunque la mayor parte de los participantes manifiestan tener más de 5 años de antigüedad en la institución, es significativo que ninguno de ellos haya mencionado conocer cuál es el alcance que tiene el proceso de facturación, información que se encuentra descrita en el respectivo documento del procedimiento facturación usuarios.
- Respecto al grupo de variables que indagaban por terminología manejada dentro del proceso, se logra concluir que en su mayoría, los participantes tienen conocimiento sobre el FURIPS y el ADRES, estando cada variable por encima del 80% de asertividad, siendo el caso contrario la variable “conoce que es el ECAT”, en donde el 93,8% desconoce que es una subcuenta del ADRES.
- En su mayoría (75%), los participantes manifestaron no contar con espacio en donde se les socialicen las glosas, a esto sumamos que en su totalidad los participantes NO conocen cuales son las principales causas de glosas institucionales, lo cual debería considerarse teniendo en cuenta que las principales causas surgen en el proceso de facturación usuarios
- En la variable “registra encabezado formato FUSOTA para accidente de tránsito o formato adres en caso de desplazado o evento catastrófico” perteneciente a la lista de chequeo “ingreso usuario”, ninguno de los participantes manifestó conocer dicho formato; este desconocimiento se puede deber al error de redacción en el documento institucional sin embargo, ninguno de los participantes logra hacer una asociación con el término FUSOAT al cual suponemos se refiere realmente el documento.
- Respecto a la lista de chequeo “ingreso usuario”, solo el 3,1% de los participantes tienen una adherencia alta, el 56,3% una adherencia media y el 40,6% restante presentan una adherencia baja.
- Tomando como referencia la lista de chequeo “facturación usuarios”, se pudo demostrar que el 9,4% de los encuestados presentaron una adherencia media a dicho documento, y el 90,6% restante presentó adherencia baja al mismo.
- Teniendo en cuenta que en los documentos tomados como referencia se encuentran descritas tareas que no son reconocidas por el facturador o bien a percepción de los investigadores falta tener en cuenta actividades que estos realizan y que no están descritas, esto puede alterar los resultados de

la adherencia, es decir, si no hay una buena formulación de las guías utilizadas no se va obtener un buen porcentaje de adherencia.

## 11. Recomendaciones

- Al realizar la revisión de los documentos ingreso usuarios y facturación usuarios se pudo percibir que: en el primer documento mencionado se presenta redundancia entre los ítems 4, 5 y 6 de la etapa “comprobar derecho de usuarios”, ya que se evidencia la expresión de una misma idea en los tres ítems. Para el segundo documento se logra observar una descripción muy poco detallada de las tareas que implica el procedimiento para el servicio de urgencias, e incluso describe tareas que los facturadores dicen no corresponden a sus funciones. El personal no reconoce bien los documentos formales o institucionales, saben que existe pero no lo asimilan correctamente

Por ende, se recomienda a la institución realizar una revisión de los documentos institucionales teniendo en cuenta que la documentación de un proceso se realiza con el fin de obtener una síntesis de las actividades que se deben realizar para la correcta ejecución del proceso, y se pudo observar durante la recolección de la información del proyecto que la realización de funciones va más allá de lo que está plasmado en el documento, hay tareas que no están descritas en éste, y por otro lado se describen tareas que no corresponden a las funciones del responsable mencionado en el documento. Es necesario contar con documentos formales correctamente constituidos para de esta forma lograr mantener un mejor flujo de información en la institución, se pueda utilizar para alimentar o retroalimentar el personal y finalmente que se logre un buen porcentaje de adherencia a estos documentos.

- Es importante socializar a todo el personal toda aquella información que se genera como resultado de su trabajo o que involucran directamente sus funciones laborales, específicamente hablando de cumplimiento de indicadores del proceso de facturación, los porcentajes de glosas y las principales causas de estas, permitir un adecuado flujo de la información y que esta no se quede solo en los altos mandos, podría permitir a los facturadores realizar un reconocimiento de los posibles errores que esté generando desde sus acciones.
- El personal no conocen fondo el proceso de facturación, realizan las actividades diarias mecánicamente sin tener conciencia de lo que va más allá de la realización de acciones, una muestra de esto es que el personal en su gran mayoría no sabe cuál es el alcance del proceso de facturación, no sabe cuál es el objetivo planteado en los documentos formales y les cuesta reconocer que el área de facturación en urgencias es una parte del todo, que de allí se genera información y cuentas que salen a otras áreas o procesos de la institución. Se invita a la institución a realizar un reconocimiento del proceso de facturación y aquellos procedimientos que hacen parte de estos,

incluyendo facturación en los servicios de urgencias, incentivando el trabajo en equipo, el conocimiento a fondo de las actividades que se realizan diariamente y la forma en que la información generada alimenta las demás áreas de la institución, con el fin de concientizar sobre la magnitud e importancia de evitar errores en una parte del proceso que afecten la institución.

- A percepción de los investigadores es necesario fortalecer la parte de humanización de los servicios de salud desde el área administrativa, esto ayudará a mejorar la calidad de la atención al usuario, dirigiéndose a ellos con respeto, en un tono de voz adecuado teniendo en cuenta que una institución de salud especialmente en el servicio de urgencias maneja un público altamente sensible (enfermedad).

## **12. Consideraciones éticas**

El presente estudio según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 se clasifica: sin riesgo, definidos como “estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta” (37). Las personas que participaron en este estudio no tuvieron ningún riesgo según lo planteado anteriormente ya que solo se determinó la adherencia a la guía del proceso de facturación institucional. Para evitar la alteración en el desarrollo normal de la ejecución del proceso, los investigadores en cada una de las visitas explicaban a los facturadores de qué trataba el proyecto, sus objetivos y cómo se aplicarían los instrumentos, en caso de la encuesta que se respondió directamente por los participantes se tuvo en cuenta que al ser realizado durante la ejecución normal de sus tareas laborales podría ejercer presión, por lo que se explicó que no era necesario responder la encuesta inmediatamente, que podrían hacerlo según los espacios que se fueran presentando durante la visita del investigador y que la presencia del investigador era necesaria para diligenciar las listas de chequeo.

El equipo que desarrolló la investigación mantendrá en total reserva los datos de los participantes teniendo como base la privacidad y autonomía del personal facturador de servicios de salud de la institución y según las disposiciones generales para la protección de datos personales establecidas en la ley 1581 de 2012.

Con los resultados de esta investigación, la institución podrá obtener información acerca de la ejecución del proceso de facturación que es de suma importancia para asegurar la calidad y la efectividad en la consolidación y generación de cuentas de cobro para entidades responsables de pago, permitiría tomar correctivos ante las causas de generación de glosas y devoluciones, además de hacer un proceso de retroalimentación frente a los participantes y una oportunidad de generar

actividades de mejora en las posibles fallas detectadas. Por lo anterior y teniendo claros los objetivos de esta investigación no se deberán presentar conflictos de interés ya que el desarrollo de la misma va en pro de la institución.

### 13. Cronograma de actividades

núm.	actividades/semana	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Diseño anteproyecto																																								
2	Contactos institucionales																																								
3	Diseño de proyecto																																								
4	Aprobación de proyecto																																								
5	Ajustes y perfeccionamiento de proyecto																																								
6	aprobación del proyecto en la institución de interés																																								
7	Búsqueda y recolección de información (documentos internos institucionales)																																								
8	Análisis de la información recolectada																																								
9	Diseño de los instrumentos (lista de chequeo, encuesta)																																								
10	Validación de instrumentos																																								
11	Ajuste de instrumentos																																								
12	Socialización del proyecto e instrumentos con los participantes																																								
13	Recolección de la información (aplicación de instrumentos)																																								
14	Revisión, tabulación y análisis de la información obtenida (resultados)																																								
15	Elaboración de informe final																																								

## 14. Presupuesto

RECURSO HUMANO					
DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR UNIDAD	UNIDADES REQUERIDAS	COSTO TOTAL
INVESTIGADOR	Dirigir la investigación, revisar bibliografía, aplicar instrumentos, analizar resultados, elaborar informes.	HORA	\$ 7.000	160	\$ 1.120.000
INVESTIGADOR	Dirigir la investigación, revisar bibliografía, aplicar instrumentos, analizar resultados, elaborar informes.	HORA	\$ 7.000	160	\$ 1.120.000
PROFESIONAL ESTADISTICO	Asesorar sobre los procesos estadísticos presentes en la investigación.	HORA	\$ 8.750	32	\$ 280.000
TECNICO EN SISTEMAS	Asesorar sobre el manejo de los programas de Office	HORA	\$ 3.820	32	\$ 122.240
<b>TOTAL</b>		HORAS	\$ 26.570		\$ 2.642.240
RECURSOS TECNOLOGICOS					
EQUIPO DE COMPUTO		PESOS	\$ 1.099.000	2	\$ 2.198.000
CELULAR		PESOS	\$ 1.500.000	2	\$ 3.000.000
IPAD		PESOS	\$ 1.329.000	1	\$ 1.329.000

MICROSOFT OFFICE		PESOS	\$ 349.999	2	\$ 699.998
SOFTWARE SPSS		PESOS	\$ 150.000	2	\$ 300.000
IMPRESORA MULTIFUNCIONAL		PESOS	\$ 399.900	1	\$ 399.900
CARTUCHOS DE TINTA		PESOS	\$ 50.000	3	\$ 150.000
PLAN DE DATOS		PESOS/MENSUALES	\$ 98.000	10	\$ 980.000
INTERNET DOMICILIARIO		PESOS/MENSUALES	\$ 52.000	10	\$ 520.000
<b>TOTAL</b>		PESOS	\$ 5.027.899	N/A	\$ 9.576.898
<b>RECURSOS FISICOS</b>					
RESMA DE PAPEL		PESOS	\$ 11.000	2	\$ 22.000
CARPETAS PLASTICAS		PESOS	\$ 2.000	5	\$ 10.000
LAPICEROS		PESOS	\$ 600	5	\$ 3.000
RESALTADORES		PESOS	\$ 1.200	5	\$ 6.000
GRAPADORA		PESOS	\$ 2.800	2	\$ 5.600
EMPASTADO		PESOS	\$ 28.000	1	\$ 28.000
MOVILIDAD		PESOS	\$ 8.000	24	\$ 192.000
GASTOS GENERALES E IMPREVISTOS		PESOS	\$ 500.000	N/A	\$ 500.000
<b>TOTAL</b>		PESOS	\$ 553.600	N/A	\$ 766.600
<b>TOTAL GLOBAL</b>		PESOS	\$ 5.608.069		\$ 12.985.738

## 14. Bibliografía

1. Hernández J. cuadernos de psiquiatría comunitaria. adherencia terapéutica [internet]. Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Copyright. Vol. 9 número 1. 2009. p 16. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>
2. Quiroz CM, Durango SC, Teherán Y, Osorio JI. Factores Que Influyen En La Adherencia Del Personal De Salud a Las Normas De Bioseguridad, Medellín, 2016 [Internet]. Universidad de Antioquia; 2016. Disponible en: [http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5535/1/DurangoSandra\\_2016\\_FactoresAdherenciaPersonalSaludBioseguridad.pdf](http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5535/1/DurangoSandra_2016_FactoresAdherenciaPersonalSaludBioseguridad.pdf)
3. Ministerio de Salud y protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual Metodológico para la Medición y Evaluación de la Adherencia Sostenible a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica [internet]. Enero 2017. p 10. Disponible en: [https://biblioguias.uam.es/citar/estilo\\_vancouver](https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver)
4. Lorenzo S, Mira JJ, Moracho O. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Mod 8, Gestión Clínica 1, Gob Clínico [Internet]. p 179. Disponible en: [http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion\\_procesos.pdf](http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf)
5. Martínez M, Oviedo I. Facturación & auditoría de cuentas en salud [Internet]. 5th ed. ECOE ediciones; 2016. p 12-17. Disponible en: <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/02/Facturación-y-auditoría-de-cuentas-en-salud-5ta-Edición.pdf>
6. Martínez M, Oviedo I. Facturación & auditoría de cuentas en salud [Internet]. 5th ed. ECOE ediciones; 2016. p 2. Disponible en: <https://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/02/Facturación-y-auditoría-de-cuentas-en-salud-5ta-Edición.pdf>
7. Munera H, Piedrahita M. Evaluación de la baja adherencia a guías medicas implementadas en la ESE Hospital San Vicente de Paúl de Caldas Antioquia primer semestre 2008 [Internet]. Universidad de Antioquia; 2008. p 14. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/bitstream/10495/431/1/EvaluacionAdherenciaGuiasMedicas.pdf>
8. Paola N, Johana H, Laura M. Adherencia al instructivo para la seguridad quirúrgica medido a través del personal técnico en salud de una institución pública de tercer nivel de la ciudad de Medellín en el año 2015 [Internet]. Universidad CES; 2015. p 14 Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4182/1/ADHERENCIA\\_I\\_NSTRUCTIVO\\_SEGURIDAD.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4182/1/ADHERENCIA_I_NSTRUCTIVO_SEGURIDAD.pdf)
9. Corrales M, Corrales MM, Gómez IC, Hincapié LF. Auditoría al Proceso de Facturación del Servicio de Hospitalización del Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Antioquia [Internet]. Universidad CES; 2013. p 10. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1838/2/Auditoria\\_Facturacion\\_servicio\\_HMUA.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1838/2/Auditoria_Facturacion_servicio_HMUA.pdf)
10. Aranaz JM, Mira JJ, Beltrán J. La gestión por procesos asistenciales integrados. Calidad Asistencial. Neurología [Internet]. 2003. p 48-50. Disponible en: [https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2262/mod\\_resource/content/1/Modulo\\_1/DOC\\_3-\\_La\\_gestion\\_por\\_procesos\\_integrados.pdf](https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2262/mod_resource/content/1/Modulo_1/DOC_3-_La_gestion_por_procesos_integrados.pdf)
11. Mira JJ, Gómez JM, Blaya I, García A. La gestión por procesos [Internet]. Universidad Miguel Hernández del Elche. Disponible en: <http://navarrofree.com/Docencia/Calidad/UT4/procesos.pdf>
12. Salazar AA. Gestión de Procesos [Internet]. Rev. Calidad Asistencial 1999; Vol. 14. Santiago de Chile: Editorial Evolución S.A; 2011. p 245-246. Disponible en:

- <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=4>
13. Leuro M. Oviedo I. Facturación y Auditoría de Cuentas en Salud. 4th ed. Magda B, editor. Bogotá: ECOE ediciones; 2010. p 1-31.
  14. Hernández J. cuadernos de psiquiatría comunitaria. adherencia terapéutica [internet]. Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Copyright. Vol. 9 número 1. 2009. p 13-14. Disponible en: <http://www.aen.es/docs/cuadernos9-1.pdf>
  15. Leuro M. Gutiérrez C. contratación para los servicios de salud. Bogotá: ECOE ediciones; 2017. p 1-48.
  16. Ministerio de Salud Pública. Decreto 412 de 1992. 6 Marzo 1992. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma2013\\_html/Normas/Decreto\\_412\\_1992.pdf](http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma2013_html/Normas/Decreto_412_1992.pdf)
  17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Numero 5261 De 1994. S Agosto 1994. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)
  18. MINISTERIO DE GOBEIRNO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. DECRETO LEY 1295 DE 1994. Junio 22 de 1994: ARTÍCULO 9. Disponible en: <http://parquearvi.org/wp-content/uploads/2016/11/Decreto-1295-de-1994.pdf>
  19. El Congreso de la República de Colombia. Ley 1562 de 2012. 11 de Julio de 2012. Artículo 19. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>
  20. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1813 de 1994. 1994; 3 Agosto de 1994. Santa Fe de Bogotá D.C. Artículo 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Decreto-1813-1994.pdf>
  21. Congreso de la República de Colombia. Ley 387 de 1997. 18 Julio de 1997. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-387-de-1997.pdf>
  22. ministerio de salud. Resolución Numero 3997 de 1996. 30 de octubre de 1996. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCIÓN\\_3997\\_DE\\_1996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_3997_DE_1996.pdf)
  23. ministerio de salud. Resolución 412 de 2000. Febrero 25 de 2000. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
  24. Ministerio de salud. Resolución Número 968 de 2002. 24 de Julio de 2002. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION\\_0968\\_de\\_2002.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION_0968_de_2002.pdf)
  25. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 De 1993. 23 de Diciembre de 1993. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
  26. Metrosalud. ESE Metrosalud [Intranet]. Disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/sedes>
  27. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 23 de 1981. 27 de Febrero de 1981. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0023\\_1981.htm](https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0023_1981.htm)
  28. El Congreso de la República de Colombia. Ley Número 1122 de 2007. 9 de Enero de 2007. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en:






- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
29. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1231 de 2008. 17 de Julio de 2008. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31593>
  30. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1438 de 2011. 19 de Enero del 2011. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>
  31. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto 2423 de 1996. 31 de diciembre de 1996. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/manual\\_tarifario\\_soat\\_2017\\_-\\_consultorsalud.pdf](http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/manual_tarifario_soat_2017_-_consultorsalud.pdf)
  32. Ministerio de la Protección Social. Decreto Numero 4747 de 2007. 7 de Diciembre del 2007. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
  33. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. 6 de Mayo de 2016. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto\\_0780\\_de\\_2016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto_0780_de_2016.pdf)
  34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3047 de 2008. 14 de Agosto de 2008. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: [http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion\\_3047\\_2008.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/documents/Resolucion_3047_2008.pdf)
  35. Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales. ACUERDO No. 256 DE 2.001. 19 de diciembre de 2001. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <http://www.hrd.gov.co/documentos/facturacion/MANUAL%20DE%20FACTURACION%202013/TARIFAS%20ISS%20-01%20AC256.pdf>
  36. Metrosalud [intranet]. Procedimiento facturación usuarios. versión: 02. pág. 2. vigente a partir de: 10/05/2017. disponible en: <http://www.metrosalud.gov.co/>
  37. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. 4 de Octubre de 1993. Santa Fe de Bogotá D.C. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

## 15. Anexos

### 15.1 Anexo 1

#### Carta de aprobación en Metrosalud

 Metrosalud.	 Alcaldía de Medellín <b>Cuenta con vos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Especificar los productos y compromisos que quedarían al finalizar el proyecto como beneficio para la ESE.</li><li>• El proyecto debe finalizar en el año 2018, durante el periodo de ejecución se deben enviar informes de avances trimestrales y al terminar el informe final, así como presentar los resultados ante el comité de ética en investigación; en caso de no cumplir con los informes se realizará un bloqueo con el manejo de la información que impide presentar o publicar los resultados.</li><li>• Todas las publicaciones que se vayan a realizar derivadas del estudio deben ser informadas a la ESE para verificación de la información que se va a publicar y para el control de publicaciones en las que interviene la ESE.</li><li>• Una vez se vaya a iniciar el proyecto se debe realizar una reunión en la ESE Metrosalud para la firma del Acta de Inicio y dar información de las personas con las cuales se van a contactar en el lugar de desarrollo de la investigación.</li><li>• La ESE Metrosalud no dispone de asignación presupuestal para los proyectos de investigación.</li></ul>	
<p>Quedamos atentos a su respuesta.</p>	
<p>Atentamente</p>	
 <b>GUSTAVO ADOLFO HERNÁNDEZ GIRALDO</b> Presidente Comité Ética en Investigación Jefe Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional	
<p>01 Revisó: <b>AURA MARÍA GUTIERREZ MARTINEZ</b>, Profesional Especializado, Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional Diplo: <b>SANDRA BERNÉDEZ</b>, Auxiliar Administrativa 14/07/2018</p>	
<p>Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27 Commutador: 511 75 05 Medellín - Colombia</p>	<p><a href="http://www.metrosalud.gov.co">www.metrosalud.gov.co</a></p>

