



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

**PROPUESTA DE REDISEÑO DEL PROCESO DE COBRANZA DE
PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS DE UNA CLÍNICA DE SANTIAGO**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

FELIPE IGNACIO PALMA CARVAJAL

PROFESOR GUÍA:
JUAN CUMSILLE LATRACH

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
RENÉ ESQUIVEL CABRERA
GUSTAVO SALINAS NARANJO

SANTIAGO DE CHILE
2022

**RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE:** Ingeniero Civil Industrial
POR: Felipe Ignacio Palma Carvajal
FECHA: 2022
PROFESOR GUÍA: Juan Cumsille Latrach

PROPUESTA DE REDISEÑO DEL PROCESO DE COBRANZA DE PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS DE UNA CLÍNICA DE SANTIAGO

RedSalud Providencia es una organización perteneciente al sector de la salud privada en Chile, dedicada a la entrega de servicios ambulatorios y hospitalarios de mediana y alta complejidad. El año 2020 tuvo ingresos cercanos a los MM\$48.615, donde el 57.9% se asocia a la entrega de prestaciones hospitalarias. La cobranza de estos conlleva una serie de actividades que dependen de las áreas médicas y administrativas de la organización, donde los tiempos de recuperación de saldos clínicos pueden superar, en promedio, los 120 días corridos.

Producto de la crisis económica, social y sanitaria, se han realizado una serie de modificaciones en el portafolio de servicios hospitalarios, afectando la gestión del ciclo de ingresos de la clínica. Lo anterior ha ocasionado que exista una disminución en los niveles de liquidez, teniendo que adquirir deuda o recurrir al aplazamiento de compromisos con proveedores para cumplir con sus obligaciones. Por ello, este proyecto de memoria presenta una propuesta de rediseño del proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios, con el fin de disminuir el tiempo del ciclo de caja y mejorar los niveles de liquidez a través de la recuperación de saldos clínicos.

Para lograrlo, el desarrollo metodológico contempla un diagnóstico de la situación actual de la Gerencia de Administración y Finanzas, donde se detectan brechas y oportunidades de mejora existentes en torno a los procesos involucrados en la gestión de cobranza. Luego, la realización de un benchmark de otros recintos clínicos y hospitalarios para conocer los principales objetivos y lineamientos que tienen en torno a la cobranza de cuentas. Utilizando lo anterior, se plantea una propuesta de rediseño que se hace cargo de solucionar los problemas detectados, proponiendo un nuevo modelo de gestión que permite controlar la eficiencia y eficacia en la gestión de cuentas a partir del diseño y visualización de indicadores que promueven la mejora continua de procesos.

A partir del rediseño, se presenta una propuesta de implementación que considera buenas prácticas para una correcta gestión del cambio, permitiendo disminuir el riesgo de fracaso de las iniciativas planteadas y consolidar su permanencia en el tiempo. La viabilidad de la propuesta es evaluada en términos económicos, técnicos y del impacto que tendrá al interior de la organización, siendo factible en cada uno de estos aspectos.

Con esta propuesta se espera disminuir en 7 días el ciclo de recuperación de la venta hospitalaria, teniendo un impacto de MM\$747 en la generación de liquidez, la cual puede ser utilizada para el pago de intereses por deudas contraídas, o para generar ingresos vía inversión. Además, de las modificaciones planteadas se espera potenciar la creación y captura de valor de la clínica de cara al paciente, brindando una correcta experiencia de entrega y cobranza de procedimientos hospitalarios.

A Eloísa Venegas y Patricia Carvajal

*“Empezaron a dejar todo al azar,
y el azar nunca ha tenido compasión por nadie”*

Albert Camus

AGRADECIMIENTOS

Comienzo por agradecer a quienes dejaron de existir en el plano terrenal durante el transcurso de estos años, pero que siguen estando presentes. A mi tata Marino, por todas las historias, aprendizajes y valores transmitidos; a mi tío Tello, por siempre haber estado; a mi tía Lucre, por su infinito amor, los cafés, los pasteles compartidos y haberme apoyado en todo momento; y a mi abuela Fresia, por su ejemplo de vida.

Agradezco profundamente a Eloísa, mi tita, y a Patricia, mi mamá. Gracias a ustedes por todo lo que han hecho por sacarnos adelante, a pesar de que la vida siempre estuvo cuesta arriba. Gracias por su amor genuino e incondicional. Por enseñarme a apreciar y disfrutar de las cosas sencillas de la vida. Por las conversaciones, los abrazos, las muestras de afecto, las lágrimas, las comidas, las agüitas calientes después de almuerzo y por soportarme. Por encontrar siempre los caminos cuando todo era incierto. Haber llegado a este punto de la vida es gracias a ustedes.

Agradezco a mi papá por enseñarme los caminos que quiero y no quiero seguir. A mi hermano, por estar siempre cuando lo he necesitado y enseñarme tantas cosas de la vida. A mi hermana, por su sinceridad y apoyo en todas las etapas que hemos vivido. A mis primos y primas. A mis perros Balto y Samy por su amor desinteresado y compañía en las largas noches de estudio. A mis gatos y gatas que me dormían placenteramente sobre los libros cuando yo tenía que leerlos.

Agradezco a Cifuentes, Mastur, Veguita, Vikingo y Jano, mis amigos de la vida, por haberme acompañado a lo largo de todos estos años y por todas las cervezas compartidas. A Jaito, Dropito, Diego y Hugo por todas las vivencias e historias compartidas. A la Barbi, Dru, Julio, Kary, Luciano, Edu, Fran y Javi por hacer más amena la estadía en la universidad. A Ian y Nico por ser mis panitas y máquinas de pasar ramos.

Agradezco a María Reneé, por guiarme y ampliar mi visión de mundo. A los profesores Juan Luis, René y Omar por su apoyo en la realización de este trabajo de memoria y en la formación como profesional. A Jonathan, Denise, Julio, Alejandro, Cristian y Natacha de RedSalud por su disposición a colaborar con mi proyecto. A Rosa de la Subdirección de Gestión Docente por su preocupación, cariño y facilidades para que pudiera compatibilizar todas mis actividades. A Juan Claudio, Margarita, Ignacio y Claudio de CIS por haberme apoyado y alentado a terminar de buena forma este proceso.

Agradezco al Club Social y Deportivo Colo-Colo por todas los bellos momentos y alegrías que hemos vivido juntos. Por todas las copas levantadas y las personas que he conocido gracias al rol social del club, muchas de ellas marginadas y estigmatizadas por la sociedad, de las cuales he aprendido más que en cualquier escuela.

Y a muchos rostros y nombres que se quedan en el tintero. De una u otra forma soy todo lo que he vivido y conversado con ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	ANTECEDENTES GENERALES	3
2.1	REDSALUD PROVIDENCIA	3
2.2	MERCADO Y MARCO INSTITUCIONAL	4
2.3	DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL	7
2.4	SERVICIOS Y PROCESOS DE SERVICIOS	8
3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.1	ÁREA DE TRABAJO	9
3.2	PROBLEMA DETECTADO	10
3.3	HIPÓTESIS INICIALES	13
4.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	14
4.1	OBJETIVO GENERAL	14
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.3	ALCANCES	14
4.4	RESULTADOS ESPERADOS	15
5.	MARCO CONCEPTUAL	16
5.1	REDISEÑO DE PROCESOS	16
5.2	BUSINESS PROCESS MODEL NOTATION (BPMN)	16
5.3	GESTIÓN DEL CAMBIO	19
5.3.1	MODELO DE LOS 8 PASOS DE JOHN KOTTER	20
6.	METODOLOGÍA	21
6.1	DEFINIR EL PROYECTO DE REDISEÑO	21
6.2	MODELAR LA SITUACIÓN ACTUAL	22
6.3	BENCHMARK DE OTRAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD	22
6.4	ESTABLECER DIRECCIONES DE CAMBIO	23
6.5	FORMULAR PROPUESTA DE REDISEÑO E IMPLEMENTACIÓN	24
6.6	EVALUAR LA PROPUESTA DE REDISEÑO	24
7.	DEFINICIÓN DEL PROYECTO	25
7.1	OBJETIVOS DEL REDISEÑO	25
7.2	ÁMBITOS DE LOS PROCESOS A REDISEÑAR	26
7.3	HACER ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL	26
8.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	28

8.1	MODELAR LA SITUACIÓN ACTUAL	28
8.1.1	PROCESO DE CIERRE DE CUENTAS AS IS	32
8.1.2	PROCESO DE BONIFICACIÓN AS IS.....	34
8.1.3	PROCESO GENERAL DE COBRANZA AS IS	36
8.1.4.	PROCESO DE RECEPCIÓN Y CUADRATURA DE CAJAS HOSPITALARIAS AS IS.....	38
8.2	HALLAZGOS PRINCIPALES	40
8.3	VALIDACIÓN Y MEDICIÓN.....	43
9.	BENCHMARK INTERNO Y EXTERNO	47
9.1	CLÍNICAS DE REDSALUD	47
9.2	CLÍNICAS Y HOSPITALES EXTERNOS	50
10.	PROPUESTA DE REDISEÑO	51
10.1	DIRECCIONES DE CAMBIO	51
10.1.1	Asignación de responsabilidades.....	51
10.1.2	Integración de procesos conexos.....	52
10.1.3	Anticipación.....	52
10.1.4	Mantenimiento consolidado del estado	52
10.1.5	Coordinación	52
10.1.6	Prácticas de trabajo.....	52
10.1.7	Apoyo computacional	53
10.2	DESCRIPCIÓN DEL REDISEÑO	53
10.2.1	Días de Facturación.....	53
10.2.2	Cierre de Cuentas en Pabellón Central	53
10.2.3	Workflow de Cuentas.....	56
10.2.4	Visualización de datos	62
10.3	BPMN TO BE DEL PROCESO	63
10.3.1	PROCESO DE REVISIÓN DE CARPETAS PABELLÓN CENTRAL TO BE	63
10.3.2	PROCESO DE CIERRE DE CUENTAS TO BE	65
10.3.3	PROCESO DE BONIFICACIÓN TO BE.....	66
10.4	TECNOLOGÍAS HABILITANTES	67
10.4.1	Centro de Soluciones (CDS).....	67
10.5	INDICADORES DE DESEMPEÑO.....	68
10.6	RESUMEN DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO	70
11.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN.....	71
11.1	METAS.....	71

11.2 FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN	71
11.2.1 Definiciones.....	71
11.2.2 Puesta en marcha.....	73
11.3 CARTA GANTT.....	75
12. EVALUACIÓN DE LA SOLUCIÓN	76
12.1 IMPACTO DE LA PROPUESTA	76
12.2 EVALUACIÓN TÉCNICA.....	77
12.3 EVALUACIÓN ECONÓMICA	77
12.3.1 Beneficios	78
12.3.2 Costos.....	78
12.3.3 Flujo de caja.....	78
13. CONCLUSIONES	80
13.1 CONCLUSIONES GENERALES	80
13.2 RECOMENDACIONES	81
14. BIBLIOGRAFIA	82
15. ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación de recintos según nivel de complejidad.....	6
Tabla 2: Tiempos promedios de cierre de cuentas y tramitación en Isapres.....	10
Tabla 3: Saldos totales por cobrar.....	11
Tabla 4: Objetos de flujo BPMN.....	17
Tabla 5: Objetos de conexión BPMN.....	18
Tabla 6: Canales en BPMN.....	19
Tabla 7: Artefactos en BPMN.....	19
Tabla 8: Descripción de entrevistas realizadas.....	28
Tabla 9: Estados de cuentas en MEDIC II.....	41
Tabla 10: Síntesis de hallazgos de la situación actual.....	42
Tabla 11: Evolución origen de cuentas médicas entre junio y agosto del 2021.....	44
Tabla 12: Seguimiento de cuentas.....	45
Tabla 13: Resumen benchmark de clínicas RedSalud.....	47
Tabla 14: Distribución de cuentas cerradas a una muestra de clínicas RedSalud.....	48
Tabla 15: Resumen de entrevistas a una muestra de clínicas RedSalud.....	49
Tabla 16: Actividades Cierre de Cuentas Pabellón Central.....	55
Tabla 17: Roles y responsabilidades equipo de revisión Pabellón Central.....	55
Tabla 18: Indicadores propuestos.....	69
Tabla 19: Resumen de la propuesta de rediseño.....	70
Tabla 20: Tabla resumen de equipos de trabajo.....	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organigrama RedSalud Providencia.....	4
Figura 2: Esquema de actores del sistema de Salud en Chile.....	5
Figura 3: Organigrama Gerencia de Administración y Finanzas.	9
Figura 4: Flujo de procedimientos hospitalarios.	11
Figura 5: Flujo de procedimientos ambulatorios.	12
Figura 6: Árbol de problemas.	12
Figura 7: Modelo de 8 pasos de John Kotter.	20
Figura 8: Metodología del proyecto de memoria.	21
Figura 9: Fases del proceso de Cierre de Cuentas.	29
Figura 10: Fases del proceso de Bonificación.	30
Figura 11: Fases del proceso de Cobranza Copago Paciente.	31
Figura 12: Fases del proceso de Recepción y Cuadratura de Cajas Hospitalarias.	31
Figura 13: Proceso de Cierre de Cuentas.	32
Figura 14: Proceso de Bonificación.	34
Figura 15: Proceso General de Cobranza.	36
Figura 16: Proceso de Recepción y Cuadratura de cajas Hospitalarias.	38
Figura 17: Evolución de la cantidad de cuentas y saldos clínicos.	43
Figura 18: Seguimiento del indicador de días calle.	46
Figura 19: Arquitectura lógica del sistema del Workflow.	59
Figura 20: Esquema lógico del workflow propuesto.	60
Figura 21: Proceso TO BE de Revisión de Carpetas Pabellón Central.	64
Figura 22: Proceso To Be de Cierre de Cuentas.	65
Figura 23: Proceso To Be de Bonificación.	66
Figura 24: Modificación de tiempo de facturación.	67
Figura 25: Carta Gantt de plan de implementación.	75
Figura 26: Flujo de caja privado.	79

1. INTRODUCCIÓN

RedSalud Providencia es una organización perteneciente al sector de la salud privada en Chile, dedicada a la entrega de atención médica de mediana y alta complejidad. Cuenta con personal médico, técnico y administrativo altamente capacitado para tener un alto desempeño las 24 horas del día, y con instalaciones acondicionadas para la realización de procedimientos ambulatorios, hospitalarios y de urgencia. Desde el año 2008, pasa a formar parte de la red de clínicas del grupo RedSalud S.A. bajo iniciativa de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC), comprometiéndose en avanzar hacia la construcción de un sistema de salud inclusivo y accesibles para sus pacientes.

A partir del año 2019, RedSalud Providencia busca lograr la excelencia operacional en la entrega de servicios, trazando líneas de trabajo en torno a la profesionalización de la gestión y estandarización de los procesos. Sin embargo, producto del contexto social, económico y sanitario, este proceso ha sido afectado por una serie de restricciones que no permiten que la clínica pueda desempeñar sus funciones con normalidad, modificando la realización de procedimientos ambulatorios y hospitalarios, donde estos los últimos tienen un mayor grado de complejidad respecto a su realización y gestión de cobranza.

Lo anterior, se ha traducido en que la clínica presente problemas en la gestión de su ciclo de ingresos producto de la gran cantidad de cuentas morosas, que contribuyen a la disminución de la liquidez necesaria para cumplir con sus obligaciones, teniendo que recurrir al aplazamiento de compromisos o contraer deuda. A pesar de que hasta la fecha no ha tenido consecuencias graves para la organización, los nuevos escenarios económicos imponen nuevas condiciones crediticias que son desfavorables para la contracción de deuda, e incluso implica un costo de oportunidad respecto a la liquidez.

Se identifica que una de las causas principales de este fenómeno responde a la baja estandarización de los procesos, donde las tareas, plazos y encargados no se encuentran definidos explícitamente, ni tampoco se cuenta con la capacidad de medir y visualizar información relevante para la toma de decisiones. Por otra parte, existen múltiples plataformas descentralizadas para registrar y manipular la información, las cuales son utilizadas por las distintas áreas involucradas que, bajo estas condiciones, no funcionan integradamente.

El presente proyecto de memoria busca robustecer la gestión del ciclo de caja, con el fin de disminuir sus tiempos y mejorar la liquidez a través de la recuperación de cuentas impagas, teniendo un impacto de MM\$106 por día hábil disminuido desde que se realiza el alta de paciente hasta que se comienza la cobranza del copago. Para esto, por medio de una propuesta de rediseño del proceso de cobranza del copago y facturación del bonificado de procedimientos hospitalarios, se presentan nuevas oportunidades que hacen más eficientes y efectivas las labores de la Gerencia de Administración y Finanzas, incorporando un modelo de gestión de cuentas que permite tener un mayor control del proceso a partir de nuevas prácticas de trabajo y herramientas tecnológicas de apoyo a la medición y visualización de la información.

De esta forma, mejorar la gestión del ciclo de ingresos resuelve una problemática que afecta económicamente a la organización bajo escenarios desfavorables en el mediano y largo plazo, pero también incentiva y marca un precedente respecto a la introducción de la mejora continua de procesos internos, aportando en la captura y entrega de valor de RedSalud Providencia de cara a sus pacientes.

1. ANTECEDENTES GENERALES

Como primer acercamiento al tema, en este capítulo se presentan los antecedentes más relevantes de la organización y el rubro de la salud en Chile.

1.1 REDSALUD PROVIDENCIA

RedSalud Providencia es una organización dedicada a la entrega de servicios de la salud ambulatoria y hospitalaria fundada en el año 1992 bajo el nombre de Clínica Avansalud Providencia S.A. El año 2008 pasa a formar parte de la red de clínicas de salud privada con mayor cobertura en el territorio nacional, las cuales se agrupan bajo el rol de Empresas RedSalud S.A., dependientes de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC). Hasta la fecha, RedSalud tiene presencia en 15 regiones a nivel nacional, contando con 9 clínicas, 25 centros médicos, 40 clínicas dentales y una dotación de 11.480 colaboradores [10].

Al formar parte de Empresas RedSalud S.A, la organización comparte las siguientes declaraciones estratégicas del grupo corporativo:

MISIÓN

“Contribuir a que las personas vivan más y mejor, a través de una atención integral de salud médica y dental centrada en el paciente y su familia. Nuestro compromiso es entregar amplio acceso, con altos estándares de calidad, según los principios y valores de la Cámara Chile de la Construcción”

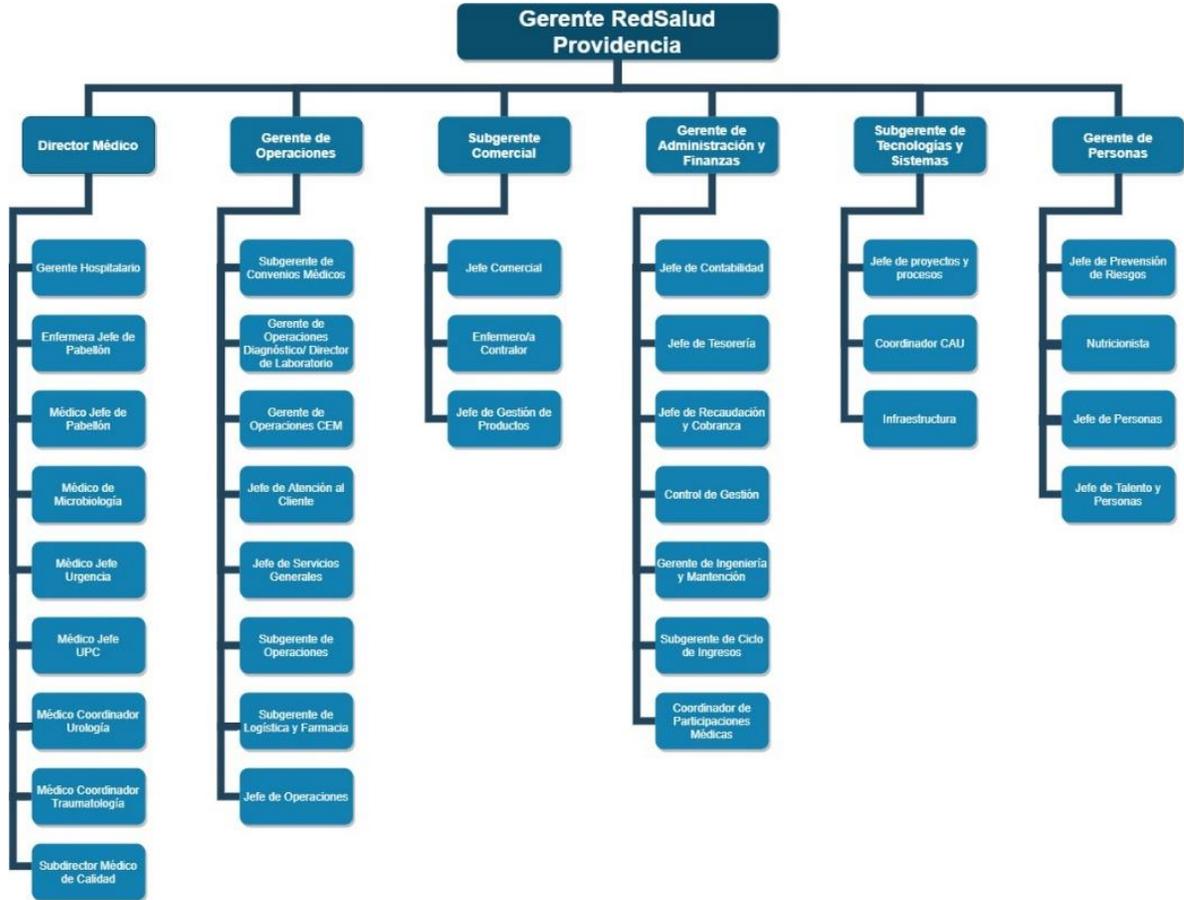
VISIÓN

“Ser un referente en salud médica y dental privada del país, reconocida por su amplia accesibilidad y prestigio; ser un muy buen lugar para trabajar, y resolver las necesidades de salud de gran parte de la población”

Además, su misión y visión se encuentran alineadas con el propósito de ser la red de salud privada líder en Chile, brindando salud accesible, disponible en diferentes puntos del país y con calidad humana; teniendo como ejes la excelencia operacional, ser un modelo clínico de excelencia en red, dinamismo comercial, tecnología e infraestructura, y personas y cultura.

Actualmente, RedSalud Providencia cuenta con aproximadamente 900 colaboradores, quienes se distribuyen dentro de las 6 grandes áreas lideradas por Matías Larraín, Gerente de la clínica. En la figura 1 se muestra el organigrama de RedSalud Providencia, donde se puede visualizar la relación horizontal de las 6 áreas de la clínica. La primera corresponde a la Dirección Médica, encargada de las relaciones con los colaboradores médicos; seguidas por la Gerencia de Operaciones y la Subgerencia de Tecnologías y Sistemas, que se encargan de estudiar las operaciones y brindar soporte a los procesos que se realizan. Luego, está el área Comercial, cuya función principal corresponde a la generación de acuerdos con aseguradoras, empresas y personas; la Gerencia de Administración y Finanzas, que se encarga de los procedimientos contables, cobranza y control de gestión; y finalmente la Gerencia de Personas, dedicada a llevar una correcta gestión del recurso humano.

Figura 1: Organigrama RedSalud Providencia.



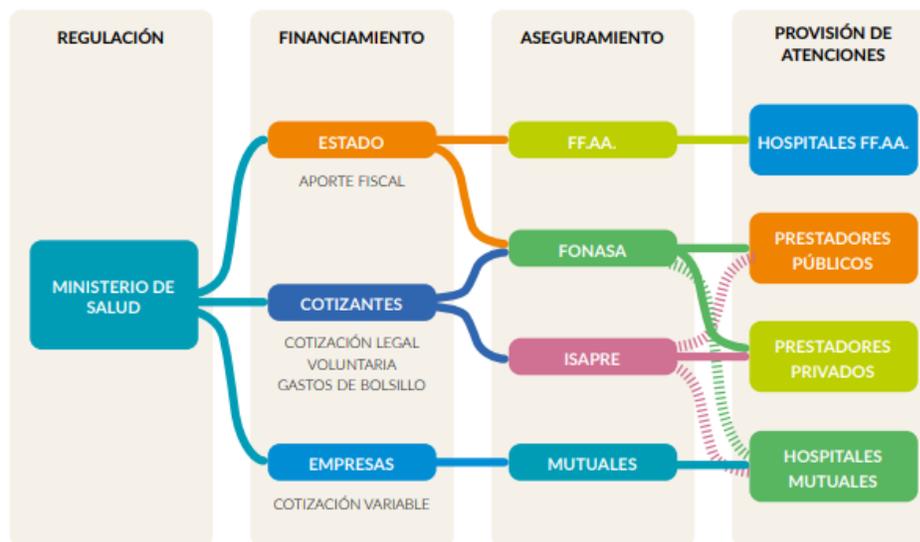
Fuente: Elaboración propia.

1.2 MERCADO Y MARCO INSTITUCIONAL

RedSalud Providencia se encuentra inmersa en el sector industrial de la salud en Chile, en el que coexisten agentes provenientes del ámbito público y privado, y se consignan disposiciones tanto para el financiamiento, el aseguramiento y la provisión de atención de las personas [6]. En particular, RedSalud pertenece al conjunto de organizaciones prestadoras de salud del sector privado, quienes al año 2018 resolvían el 48% del total de prestaciones de salud a nivel nacional, abordando una demanda de 10MM personas que acudieron a 137MM de atenciones en el mismo año.

A continuación, se muestra un esquema de los actores relevantes del Sistema de Salud en Chile:

Figura 2: Esquema de actores del sistema de Salud en Chile.



Fuente: Clínicas de Chile [6].

La regulación del sector salud chileno es de carácter unitario, donde las políticas y normativas son elaboradas por el Ministerio de Salud, entidad pública que formula, controla y evalúa los planes y programas generales de salud. Además, elabora los objetivos sanitarios nacionales, define y supervisa los instrumentos para evaluar la calidad de la atención, y coordina la cooperación intersectorial de las organizaciones de la salud, entre otras cosas.

El financiamiento se compone de un sistema mixto de aportes públicos y privados, los cuales pueden ser de carácter directo e indirecto. Las personas (cotizantes) financian el acceso a servicios a través de las cotizaciones que mantienen con sus respectivas aseguradoras o a través del pago directo en caso de no tener cobertura; las empresas mediante un aporte obligatorio de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades; y el estado a través del presupuesto nacional, que en el año 2018 se destinó el 8.9% del PIB nacional en esta materia (ver anexo A).

El aseguramiento está conformado por instituciones que se dedican a recaudar, administrar y distribuir recursos de las personas cotizantes. Dentro de estas se destacan Fonasa, el asegurador público que agrupa al 76% de la población; Instituciones de Salud Previsional (Isapre), aseguradores privados que agrupan a cerca de un 18,2%; Fuerzas Armadas y mutuales, que tienen cerca de un 5,6% de participación.

El Sistema de Salud cuenta con dos principales proveedores del servicio. El primero corresponde al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que cuenta con hospitales de baja, mediana y alta complejidad, además de centros de atención ambulatoria de especialidades, centros de salud o de atención primaria, y postas de salud rural. El segundo a los establecimientos privados, donde se encuentran los centros médicos, laboratorios, consultas particulares, clínicas y hospitales pertenecientes a mutuales de empleadores.

Los Establecimientos dedicados a la provisión se clasifican bajo los estándares de la Norma Técnica N°150 emitida por el Ministerio de Salud, la cual distingue según la calidad contractual

de la administración y por el nivel de complejidad de los recintos. La calidad contractual refleja la dependencia administrativa del hospital, diferenciando los establecimientos autogestionados en red, que corresponden a aquellos que presentan mayor nivel de complejidad organizacional, técnica, desarrollo de especialidades y número de prestaciones; y los establecimientos de menor complejidad, que corresponden a recintos con menores capacidades de espacios y oferta de prestaciones, determinadas por las características de la red a la cual pertenecen [7].

Respecto a la clasificación según el nivel de complejidad, esta se determina según tres criterios:

1. Función dentro de red asistencial a la cual pertenecen.
2. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, considerando su resolutivez, disponibilidad de personal, equipamiento, horario de atención y procedimientos que realiza.
3. Grado de especialización del personal.

La Tabla 1 resume los criterios que permiten clasificar los establecimientos de entrega de servicios de salud según los aspectos precisados.

Tabla 1: Clasificación de recintos según nivel de complejidad.

Criterios de clasificación	Hospital de menor complejidad		Hospital autogestionado en red
	Baja complejidad	Mediana complejidad	Alta complejidad
Número de camas	De 8 a 30 camas	De 31 a 300 camas	De 301 a 650 camas
Médico residente	De llamada.	Residencia médica en Unidad de Emergencia Hospitalaria compartida con el resto del establecimiento dependiendo del número de camas.	Residencia en Unidad de Emergencia Hospitalaria, camas críticas, pabellón y área de hospitalizados.
Especialización RR.HH.	Cuenta con atención médica y de otros profesionales de salud de forma generalista.	Puede contar con algunas o todas las especialidades básicas, y algunas más complejas.	Puede contar con todas las especialidades y subespecialidades. Puede ser parte de la red de alta especialidad.
Medicina física y rehabilitación (infraestructura)	Box de fisioterapia, gimnasio pequeño.	Box de fisioterapia, gimnasio, sala de terapia ocupacional, hidroterapia básica (turbiones)	Box de fisiología, gimnasio, sala de entrenamiento, sala de integración sensorial, sala de procedimientos, hidroterapia compleja, equipamiento para ergoterapia e integración sensorial. Tecnología e innovación.

Criterios de clasificación	Hospital de menor complejidad		Hospital autogestionado en red
	Baja complejidad	Mediana complejidad	Alta complejidad
Unidades de apoyo diagnóstico	Equipo de rayos osteopulmonar, ecografía básica. Laboratorio básico. Farmacia básica.	Equipo de rayos osteopulmonar y ecografía. TAC según población asignada, demanda y definición de la red. Laboratorio: Cartera de servicios definida para laboratorios de mediana complejidad. Anatomía patológica quirúrgica y algunas técnicas especiales y autopsias.	Radiología convencional e imagenología compleja (TAG, Resonancia magnética) Laboratorio: Cartera de servicios definida para laboratorios de alta complejidad. Incorpora citometría de flujo y biología molecular. Anatomía patológica: Citopatología clínica, anatomía patológica quirúrgica, técnicas especiales. Farmacia: dispensación de medicamentos y preparaciones estériles y no estériles.
Pabellones	Sala de procedimientos multifuncional.	Cirugía mayor ambulatoria y no ambulatoria de acuerdo con el grado de especialización. Cirugía de urgencia, pabellones centralizados e indiferenciados.	Cirugía mayor ambulatoria y no ambulatoria, cirugía de urgencia. Pabellones centralizados e indiferenciados.

Fuente: Departamento de Gestión de Procedimientos Clínicos Asistenciales.

Por último, existen ciertas tendencias dentro de esta industria que modifican la oferta y demanda por servicios asociados a la salud. Dentro de estas encontramos el envejecimiento y estado de salud de la población, el crecimiento económico, el acceso a servicios médicos, los precios, la disponibilidad de personal y recursos tecnológicos. Además, se debe considerar el fenómeno asociado a las nuevas enfermedades provenientes de la denominada “era de las pandemias”, las cuales provocan un shock exógeno del funcionamiento y capacidad de los recintos.

1.3 DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL

Según lo consignado en la memoria anual del año 2019, en RedSalud Providencia se realizaron 21.722 intervenciones quirúrgicas, 22.539 consultas de urgencia y 379.457 consultas médicas, aumentando un 1,4% la actividad y realización de procedimientos en relación con el año 2018. A

partir de lo anterior, en el ámbito financiero se presentó un crecimiento del 1,1% en relación con el periodo anterior producto de los MM\$55.688 en ingresos y MM\$3.498 en utilidades.

En cuanto al periodo 2020, debido a las restricciones y modificaciones que se han realizado producto del Covid-19, los procedimientos ambulatorios y hospitalarios se vieron afectados considerablemente. En particular, según cifras elaboradas por el Área de Control de Gestión, los procedimientos hospitalarios han caído en cerca de un 40% desde el último trimestre del 2019, mientras que las cirugías programadas se han visto modificadas en su capacidad debido a la generación de disponibilidad de camas UCI y UTI en la hotelería de la clínica producto de las disposiciones emitidas por la autoridad sanitaria. Por ello, en este periodo se registraron ingresos por MM\$48.615, presentándose una caída considerable respecto a los ingresos del año 2019.

Sin embargo, pese a las dificultades operacionales y de funcionamiento que se han presentado desde octubre del 2019, según los resultados de la encuesta Chile 3D elaborada por GfK Adimark, RedSalud ha sido sindicada como la marca más valorada por los chilenos y chilenas en la categoría Clínicas y Centros médicos [10], donde la filial Providencia se destaca por el aumento y reacondicionamiento de camas críticas en respuesta a la crisis sanitaria.

1.4 SERVICIOS Y PROCESOS DE SERVICIOS

RedSalud Providencia cuenta con un moderno centro de atención ambulatorio y hospitalario, que le permite ofrecer servicios de hospitalización de pacientes críticos e intermedios, atención de especialidades médicas, imagenología, laboratorio, kinesiología, banco de sangre, y procedimientos y exámenes (ver anexo B para mayor detalle). Estos se pueden dividir en tres tipos de categorías según los procesos involucrados:

- **Quirúrgicos:** corresponden a aquellos en los cuales se realiza una intervención quirúrgica que involucra el uso de pabellón. La modalidad de ingreso de pacientes puede ser programado o por urgencia. En el primer caso, los procedimientos se realizan una vez que el paciente acepta el presupuesto generado por la clínica y pasan la evaluación médica previa a la programación de la cirugía. En el otro caso, se realizan cuando el paciente ingresa vía urgencias y presenta un estado que requiere intervención quirúrgica para salvaguardar su vida.
- **No quirúrgicos:** comprende a los servicios de prestaciones ambulatorias que requieren agendar una previamente, como lo son las especialidades médicas, imagenología o kinesiología. Los pacientes deben llegar 30 minutos previo a su cita, donde hacen el ingreso y pago de la prestación.
- **Laboratorio y banco de sangre:** agrupa a los servicios donde se utilizan instalaciones para la toma y análisis de muestras. Para la mayoría de estos procedimientos, los pacientes acceden al servicio una vez que cancelan el valor de la prestación sin la necesidad de agendar previamente.

Por otra parte, para poder brindar esta atención de cara al paciente, la clínica cuenta con una serie de procesos administrativos que están ligados a la provisión de insumos médicos, higiénicos y alimentarios, y a la cobranza y logística interna, entre otros, lo que permite asegurar el funcionamiento del recinto con regularidad durante todo el año.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

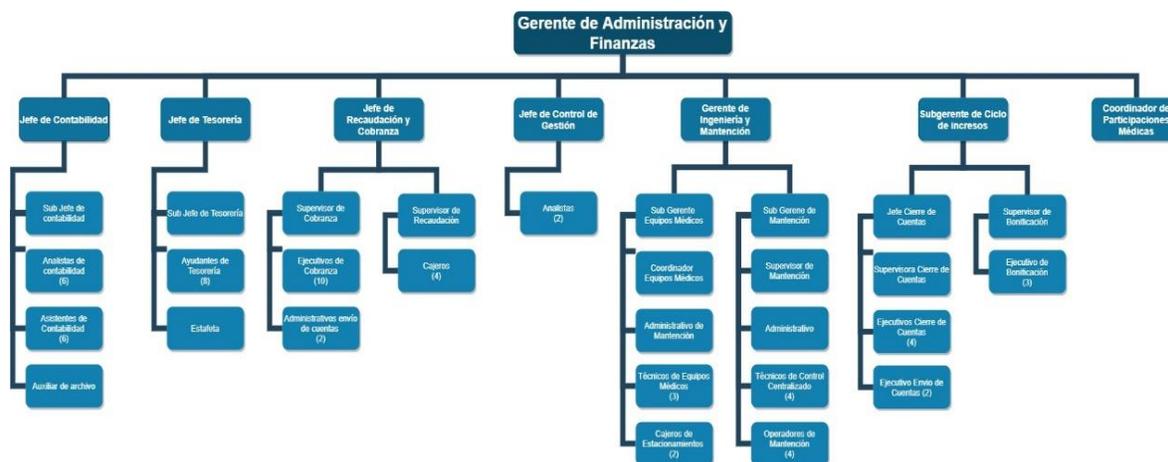
En el siguiente capítulo se expone una síntesis de los elementos más relevantes que contextualizan y dan origen a la formulación y comprensión del problema que se aborda en este trabajo de memoria.

2.1 ÁREA DE TRABAJO

Este trabajo de título se realiza en la Gerencia de Administración y Finanzas de la clínica—liderada por Cristián Etchegaray—la cual se encarga de velar por una correcta gestión y supervisión de los ingresos, activos y pasivos involucrados en los procesos que se llevan a cabo en la organización, junto con hacer un control eficiente de los mismos.

Esta gerencia se compone de 7 áreas (ver figura 3) en las cuales colaboran 81 personas. Particularmente, 4 áreas están directamente involucradas en el flujo de ingresos de la clínica: Ciclo de Ingresos, que se encarga de realizar el cierre y envío de cuentas de los procedimientos hospitalarios a las aseguradoras, para luego liquidar el bonificado cubierto por estas, o los documentos de resguardo emitidos por personas y/o empresas; Recaudación y Cobranzas, cuya labor es realizar la cobranza del copago de las cuentas de los pacientes; Tesorería, encargada de la facturación y seguimiento del pago de bonificado, y de otras labores asociadas a la gestión de la recaudación de la clínica; y por último Contabilidad, encargada de llevar el registro de los movimientos financieros y del pago a proveedores.

Figura 3: Organigrama Gerencia de Administración y Finanzas.



Fuente: Elaboración propia.

Además, estas áreas se relacionan de forma horizontal con las otras 3 de la gerencia, las cuales proveen de información al área de Control de Gestión, cuyo objetivo principal de esta área es asegurar el cumplimiento de las principales metas definidas por la plana directiva, junto con supervisar que las tareas relacionadas a los principales procesos involucrados en el flujo de ingresos de la clínica se realicen de forma eficiente.

2.2 PROBLEMA DETECTADO

Desde el año 2019, RedSalud S.A. busca lograr la excelencia operacional en la entrega de servicios, avanzado hacia la estandarización de los procesos en sus distintas clínicas y centros médicos afiliados. Sin embargo, producto del estallido social y la cercanía de la clínica con los focos de manifestación, en RedSalud Providencia se han presentado una serie de problemas que no permiten que la clínica funcione eficientemente. Lo anterior se agudiza aún más con la complejidad que presenta la clínica para operar debido a las restricciones y modificaciones que se deben hacer producto del Covid-19, afectando la realización de los procedimientos ambulatorios y hospitalarios, y modificando el mix de ingresos a partir de estos. Según estimaciones, los procedimientos hospitalarios han caído cerca de un 40% desde el último trimestre del 2020. Mientras que las cirugías programadas se han visto modificadas en su capacidad debido a la generación de disponibilidad de camas UCI y UTI en la hotelería de la clínica producto de las disposiciones emitidas por la autoridad sanitaria.

El año 2020, la clínica percibió ingresos por MM\$48.615 que se componen de la entrega de servicios hospitalarios, correspondientes al 57.9% de los ingresos anuales; ambulatorios, con 39.8% de los ingresos; y urgencia y otras actividades relacionadas al funcionamiento de la organización, que se reparten el 3.1% restante. Por este motivo, los procesos de facturación y cobranza de los procedimientos hospitalarios y ambulatorios, que componen el grueso de la estructura de ingresos, son indispensables para la generación de liquidez de la clínica. Estos procesos se pueden iniciar de dos formas. Cuando se trata de procedimientos hospitalarios, el ciclo se inicia una vez que el paciente recibe su alta médica. En ese momento, la Unidad de Cierre de Cuentas revisa los consumos y procedimientos realizados, y genera los cargos a la respectiva cuenta. Una vez que esto se tiene, se genera la liquidación de la cuenta y se envía a la aseguradora del paciente, lo que en la actualidad se realiza, en promedio, dentro de los 15 días corridos desde el alta médica (Ver Tabla 2).

Tabla 2: Tiempos promedios de cierre de cuentas y tramitación en Isapres¹.

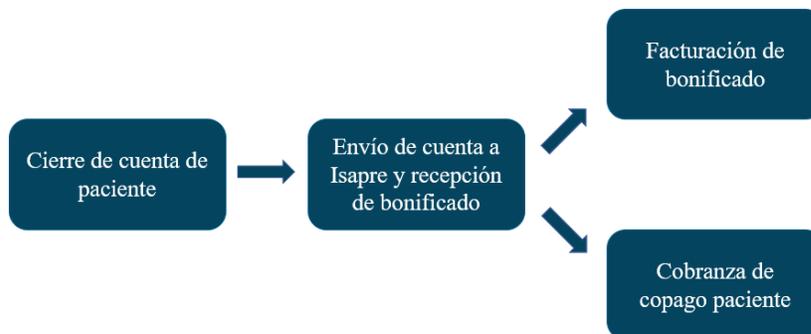
Aseguradora	Promedio de días cierre de cuentas	Promedio de días en Isapres
Colmena	15	28
Fonasa	14	39
Isalud (Codelco)	18	40
Banmédica	20	25
Consalud	18	64
Cruz Blanca	17	54
Fundación (Banco Estado)	20	43
Nueva Más Vida	25	53
Vida Tres	17	25
ISL	14	34
Particular	20	43

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por la clínica.

¹ Tiempos estimados a partir de una muestra de 4472 cuentas que completaron el proceso de cierre y tramitación en Isapres entre los meses de junio y diciembre del año 2020. Fonasa, Consalud y Cruz Blanca corresponden a las 3 Isapres con mayor cantidad de prestaciones realizadas.

Luego, la aseguradora hace una revisión de la documentación enviada por la clínica pudiendo objetar la liquidación enviada o enviar el bonificado de la cobertura que se realizará de la cuenta del paciente, contemplado un periodo que va desde los 20 hasta +120 días. En caso de que exista objeción, la clínica revisa los antecedentes expuestos por la aseguradora, pudiendo aceptarlos y enviar la nueva liquidación generada, o rechazarlos y enviar la justificación del porqué del rechazo, donde la cuenta queda en revisión hasta que se subsana la diferencia. En la actualidad no se cuenta con métricas de este tipo de casos, ya que el Sistema de Información Hospitalario (HIS) no considera la objeción como un estado.

Figura 4: Flujo de procedimientos hospitalarios.



Fuente: Elaboración propia.

Por el contrario, si es que la aseguradora envía los bonos de cobertura, la Unidad de Bonificado los consigna en la cuenta de los pacientes y los ingresa a través de una caja, la cual es enviada al Departamento de Tesorería para que se haga la facturación de los documentos. Cuando Tesorería realiza la facturación, lo cual demora entre 2 a 3 días hábiles desde que recibe la caja, es enviada a la respectiva aseguradora hasta que esta realiza el pago del documento. Por otra parte, en caso de que la cuenta no haya sido cubierta completamente por la aseguradora, se inicia el proceso de cobranza del copago, donde la cuenta pasa al estado de copago por un plazo de 60 días si es que no se hace efectivo el pago dentro del primer ciclo de contacto al paciente. Si excede ese plazo, la cuenta entra en estado de morosidad, iniciándose un segundo ciclo de cobranza de 30 días que, en caso de no ser fructífero, se externaliza a un estudio jurídico. En caso de que no se realice el pago del paciente dentro de 5 años, la cuenta pasa a ser irre recuperable y se transforma en pérdidas. Producto de esto, desde el año 2017 hasta el 26 de mayo del 2021, existen cuentas por cobrar que ascienden a un monto de MM\$6.425 (Ver Tabla 3).

Tabla 3: Saldos totales por cobrar.

Año	Saldo por cobrar
2017	\$ 215.938.254
2018	\$ 205.056.368
2019	\$ 708.744.008
2020	\$ 2.804.627.374
2021	\$2.491.037.484
Total	\$6.425.403.488

Fuente: Información proporcionada por Departamento de Cobranza.

Cuando se trata de procedimientos ambulatorios, el paciente debe pagar antes de recibir la prestación. Esta acción se puede realizar por completo a través de los distintos medios de pago habilitados por la clínica, o incluyendo la cobertura de aseguradoras. Si es que incluye la cobertura, esta se ingresa a través de la caja donde se generó la atención del paciente, la cual es enviada al Departamento de Tesorería una vez que es cerrada al final de cada turno. Al llegar a tesorería, se realiza el depósito de los pagos directos, lo cual ingresa como a la cuenta de la clínica entre 3 a 5 días desde que el paciente fue atendido, y la facturación de documentos de cobertura, los cuales son enviados a la respectiva aseguradora para que haga efectivo el pago, los que pueden realizarse entre 3 a 60 días hábiles desde que se envía la facturación.

Figura 5: Flujo de procedimientos ambulatorios.

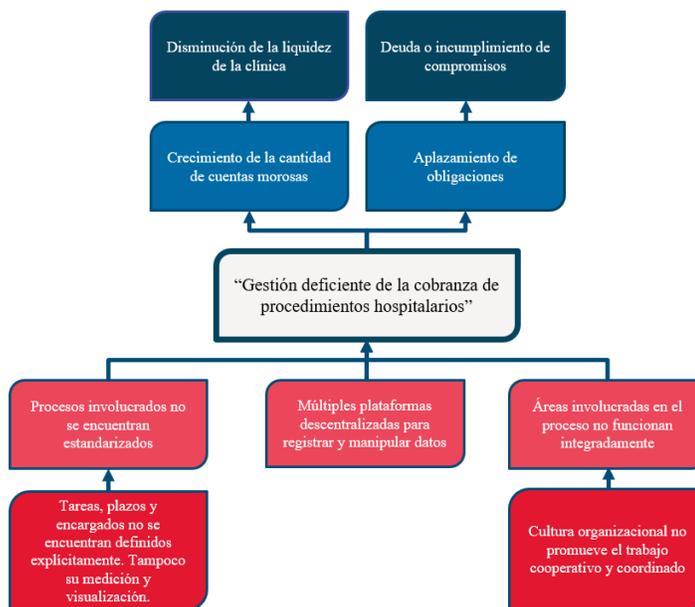


Fuente: Elaboración propia.

A partir de lo anterior, donde se vislumbra la existencia de una diferencia considerable entre el ciclo de cobranza de procedimientos ambulatorios respecto a los hospitalarios, es que se genera el problema de caja que afecta a la organización, dando origen a un crecimiento de cuentas morosas debido a la cantidad de tiempo transcurrido desde que se realizan los procedimientos, y a que no pueda cumplir con sus distintas obligaciones con normalidad, teniendo que recurrir a distintos mecanismos para compensar la falta de liquidez en la que incurre.

En la siguiente figura se muestra el árbol de problemas que esquematiza visualmente las principales causas y efectos asociadas a este proceso.

Figura 6: Árbol de problemas.



Fuente: Elaboración propia.

2.3 HIPÓTESIS INICIALES

El problema identificado tiene tres principales causas que lo podrían originar. Una de ellas corresponde a la baja estandarización de los procesos involucrados en el cierre y posterior cobranza de las cuentas. En la actualidad no se cuenta con documentación formal donde se establezcan las tareas, plazos y encargados en cada una de las áreas involucradas en el flujo de actividades iniciadas al momento en que se genera el alta médica, ni tampoco mecanismos de medición y visualización de la información, lo cual podría estar provocando ineficiencias que se traducen en un aumento de los tiempos estipulados para realizar el cierre de cuentas dentro de los primeros 7 días. Sobre esta hipótesis, se buscará conocer en detalle el flujo de actividades iniciadas desde cada una de las áreas donde se generan las altas médicas, realizando un seguimiento de un grupo controlado de cuentas para identificar cuellos de botellas y las distintas fuentes de ineficiencias del proceso.

Otra de las causas identificadas corresponde a la existencia de múltiples plataformas descentralizadas que no tienen capacidad de integración automatizada para realizar una correcta gestión de los datos. La clínica utiliza MEDIC II como Software de Información Hospitalaria, el cual permite registrar la información de cada paciente desde que ingresa al sistema de la clínica, hasta que se salda el pago del procedimiento realizado. Sin embargo, presenta limitaciones para hacer análisis a nivel agregado de la información, por lo que se utilizan distintas herramientas de Google para transformar datos generados en información que aporte valor a la gestión y toma de decisiones, lo cual se realiza manualmente.

De esto último, se desprende la hipótesis de que existen limitaciones respecto a las actuales tecnologías de la información que se utilizan, lo cual podría estar generando una pérdida de la trazabilidad de las cuentas que se están cerrando sobre el promedio del tiempo estipulado, y que no está siendo monitoreado efectiva y eficientemente. En base a esto, se plantea identificar cómo es la adaptación de estas plataformas respecto a la información que se captura y cambia de estado durante el flujo del proceso, ya que una de las posibles soluciones podría tener relación con la incorporación de estados en el que se encuentra la cuenta del paciente para hacer seguimiento y control a nivel agregado de las cuentas.

La tercera causa del problema corresponde a la baja capacidad de integración de las áreas involucradas en el proceso de generación de la liquidez, donde el traspaso de información se agudiza por las limitaciones de las T.I. mencionadas anteriormente, aumentando la insularidad al interior de la gerencia. Se plantea la hipótesis de que este comportamiento detectado responde a la falta de lineamientos estratégicos que valoren y promuevan una cultura organizacional basada en el trabajo colectivo y coordinado. Por ello, una de las alternativas de solución podría estar asociada a realizar entrevistas de la percepción de los colaboradores respecto a la ejecución de las actividades que realizan a diario, pudiendo incorporar estas nociones desde una arista más estratégica del rediseño.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

Desde el momento en que se genera el alta del paciente, cada día que transcurre hasta que la clínica percibe los ingresos asociados a los pagos de procedimientos realizados, tiene un impacto en la liquidez de la caja. Por ello, considerando la importancia de los procedimientos hospitalarios en la generación de ingresos y la capacidad de controlar solamente las actividades previas al envío de cuentas a las aseguradoras, se genera la oportunidad de rediseñar este proceso para hacer una gestión eficiente de las tareas que se realizan, contribuyendo a acortar el ciclo de cobranza y mejorar los niveles de liquidez.

A continuación, se presentan el objetivo general y específicos del trabajo de memoria, junto con la delimitación de los alcances y la puntualización de los resultados esperados referentes a los resultados finales del proyecto.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de rediseño del proceso de cobranza del copago y facturación del bonificado de los procedimientos hospitalarios de la clínica RedSalud Providencia, con el fin de disminuir el tiempo del ciclo de caja y mejorar la liquidez a través de la recuperación de saldos por cobrar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OE1:** Realizar un diagnóstico de la situación actual de la Gerencia de Administración y Finanzas, con el fin de detectar las brechas existentes.
- **OE2:** Elaborar una propuesta de rediseño que se haga cargo de resolver los problemas de comunicación y coordinación de las áreas involucradas, permitiendo una correcta trazabilidad del estado de las cuentas.
- **OE3:** Incorporar un modelo de gestión que permita controlar la eficiencia y eficacia en la gestión de las cuentas a través del diseño y visualización de indicadores que promuevan la mejora continua de procesos dentro de la organización.
- **OE4:** Generar una propuesta de implementación del rediseño considerando buenas prácticas para una correcta gestión del cambio.

3.3 ALCANCES

Este trabajo de memoria aborda la elaboración de la propuesta y plan de implementación del rediseño de proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios, quedando fuera del alcance la implementación y análisis de éxito o fracaso, puesto que para esto se requiere la aprobación y un plan de inversión para la ejecución del proyecto que no depende únicamente de la voluntad de RedSalud Providencia, pudiendo extenderse más allá de los márgenes de tiempo consignados para el trabajo de título. Así mismo, queda fuera del alcance la iteración y mejora de la propuesta de rediseño a partir del proceso de aprendizaje desprendido de la implementación.

También, queda al margen del alcance de este trabajo todo lo que sea atingente a la relación de dependencia entre la clínica y RedSalud S.A. respecto al funcionamiento estandarizado de la red de clínicas. Del mismo modo, todo lo asociado a la relación e interacción de los acuerdos comerciales que sostiene con empresas y aseguradoras respecto a las disposiciones de los procedimientos hospitalarios que se realizan, por lo que este trabajo no incorpora una propuesta de valor directa respecto a los socios y productos estratégicos.

De esta forma, el proyecto contempla solamente el rediseño del proceso focalizado en las áreas de Ciclo de Ingresos, Tesorería, Contabilidad, y Recaudación y Cobranzas, buscando estandarizar y formalizar los procesos para el logro de una correcta gestión de la liquidez. Además, la evaluación de las actuales plataformas tecnológicas con miras a la incorporación de alternativas de solución respecto a lo existente, o la introducción de tecnologías habilitantes para alcanzar un funcionamiento integrado de las áreas.

3.4 RESULTADOS ESPERADOS

Para lograr el cumplimiento de los objetivos de este proyecto, se espera que la propuesta de rediseño tenga elementos que la hagan factible de implementar en el corto plazo, considerando la introducción gradual de cambios estructurales en un horizonte de mediano a largo plazo. La solución planteada debe permitir que se realice una correcta trazabilidad de las cuentas a nivel agregado e individual, donde las métricas e indicadores que se propongan estén alineados con conseguir una correcta gestión de la eficiencia y eficacia del proceso, siendo un insumo valioso para que la gerencia incorpore la mejora continua como un pilar fundamental.

También, se espera que la propuesta de implementación sea capaz de incorporar correctamente las buenas prácticas para una correcta gestión del cambio, disminuyendo la introducción de complejidad en el proceso y los riesgos que puedan ser identificados a lo largo del periodo de diagnóstico de la situación actual. Este plan debe ser un entregable que sirva como un insumo heredable en el tiempo, el cual debe ser comunicado a los colaboradores a través de reuniones o capacitaciones donde se cuente con la presencia de los líderes de cada una de las áreas, resaltando la importancia de los cambios que se implementen.

4. MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se describen una serie de tópicos y herramientas que son de utilidad en las distintas fases del desarrollo de este proyecto memoria. En primer lugar, se introduce el concepto de **Rediseño de Procesos**, el cual entrega una serie de directrices que permiten abordar el objetivo general de forma sistémica. De igual forma, se presenta la **Business Process Model Notation** como un elemento de comunicación esencial y de carácter universal para comprender el flujo de actividades involucradas en el proyecto, culminando con los fundamentos de la **Gestión del Cambio**, los cuales permiten disminuir los riesgos de fracaso en la implementación de la propuesta a elaborar.

4.1 REDISEÑO DE PROCESOS

Un proceso corresponde a “un conjunto de tareas lógicamente relacionadas que existen para conseguir un resultado bien definido dentro de un negocio; por lo tanto, toman una entrada y le agregan valor para producir una salida” (Barros, 2004). Estas tareas o actividades pueden ser clasificadas en dos tipos: las que se relacionan directamente con la transformación de los insumos en el producto o servicio final, o las que regulan esta transformación, pero no la realizan directamente. La clasificación anterior busca distinguir entre las actividades que tienen a los recursos económicos como insumo, respecto a las que reciben información para toma de decisiones.

Teniendo en cuenta lo anterior, “el rediseño de procesos consiste en tomar las actividades de un proceso en su totalidad y someterlas a un cambio fundamental, el cual habitualmente implica un uso intensivo de Tecnologías de la Información que garantice un desempeño claramente mejorado del mismo” (Barros, 2000). Por ello, el rediseñar conlleva una serie de modificaciones profundas y sistémicas que se encuentran alineadas con el logro de los objetivos globales de las organizaciones, las cuales obligan a tener una mirada integra de los actores y actividades interrelacionadas en la generación de productos y/o servicios.

Por último, el mismo autor establece que habitualmente las actividades diseñadas dentro del marco de un rediseño de procesos son internalizadas en un sistema computacional que permite orientar, apoyar y coordinar el proceso en cuestión, siendo grandes habilitadores para la generación de nuevas opciones para las organizaciones en contextos cada vez más cambiantes.

4.2 BUSINESS PROCESS MODEL NOTATION (BPMN)

Parte fundamental de este trabajo corresponde a poder identificar cómo ocurren las actividades dentro del proceso. Para ello, se utiliza la Business Process Model And Notation o Notación de Modelamiento de Procesos de Negocios en español, que corresponde a una notación gráfica estándar de modelado de procesos de negocios. Esta notación permite plasmar los flujos de actividades, conectando las arquitecturas de negocio, de proceso y de gestión necesarias para cumplir con los propósitos de una organización. La finalidad de la BPMN es servir como lenguaje común para cerrar la brecha de comunicación entre los distintos actores interesados en los procesos del negocio [1].

La BPMN contiene un conjunto de elementos gráficos que representan las actividades del proceso y los controles del flujo que determinan el orden en que estas se ejecutan. A

continuación, se presentan los elementos fundamentales que se incorporarán a lo largo de este trabajo, junto a una breve descripción y representación gráfica:

Objetos de flujo: corresponden a los elementos gráficos que definen el comportamiento del proceso. Dentro de estos, encontramos:

- **Eventos:** representan distintos escenarios que ocurren o podrían ocurrir durante el transcurso del proceso.
- **Actividades:** representan el trabajo realizado dentro de una organización, los cuales utilizan recursos.
- **Compuertas:** son elementos utilizados para controlar la convergencia y divergencia del flujo.

Tabla 4: Objetos de flujo BPMN.

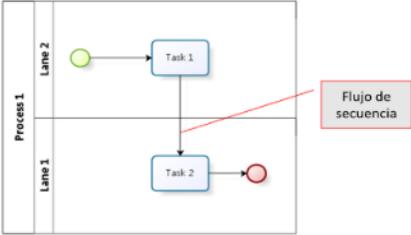
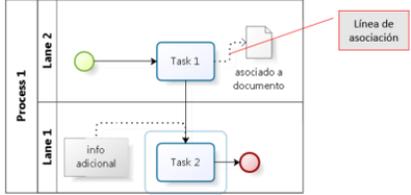
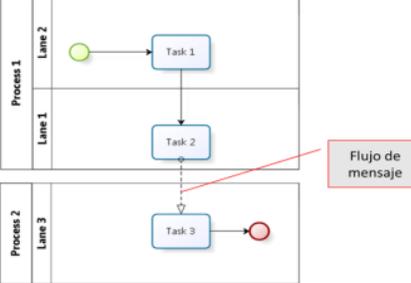
Objetos de flujo	Descripción	Tipos	Representación
Eventos de inicio	No tienen flujos entrantes e indican cuando se inicia un proceso. Puede o no indicarse un motivo de inicio.	Mensaje, señal, temporización, condición, múltiple y paralelo múltiple.	
Eventos intermedios	Indica algo que ocurre durante la ejecución del proceso. Pueden usarse para recibir o lanzar un evento, o como secuencia o límite de una tarea.	Mensaje, señal, temporización, condición, múltiple, compensación, escalabre y enlace.	
Eventos de fin	Indica el final de un proceso y no salen flujos de él.	Terminal, mensaje, señal, compensación, escalable, error, cancelación, múltiple.	
Actividad unitaria o tarea	Compuesta por una sola tarea.	De usuario, servicio, recepción, envío, manual, script, regla de negocio, simple, automáticas y repetitivas.	
Actividad compuesta o subproceso	Actividad compuesta por más actividades.	Embebido y reutilizables	

Objetos de flujo	Descripción	Tipos	Representación
Compuertas	Permiten el control de la convergencia y divergencias de los flujos.	Exclusiva, inclusiva, paralela, basada en eventos y compleja.	

Fuente: Guía de Referencia y Modelado BPMN [12].

Objetos de conexión: corresponden a aquellos elementos utilizados para conectar dos o más objetos del flujo dentro de un proceso.

Tabla 5: Objetos de conexión BPMN.

Objetos de conexión	Descripción	Representación
Líneas o flujos de secuencia	Permiten la comunicación de eventos, compuertas y actividades entre sí dentro de un mismo pool.	
Líneas de asociación	Permiten asociar información adicional a una actividad, tales como bases de datos, documentos, etc.	
Líneas o flujo de mensaje	Permiten reflejar la interacción entre dos actores el proceso que no pertenecen a la misma organización.	

Fuente: Guía de Referencia y Modelado BPMN [12].

Canales: elementos utilizados para representar y organizar las actividades del flujo en diferentes categorías visuales, definiendo áreas funcionales, roles o responsables.

Tabla 6: Canales en BPMN.

Canales	Descripción	Representación
Pool	Marco general donde se lleva a cabo el proceso. Cada Pool corresponde a una entidad responsable de la ejecución del proceso.	
Lane	Corresponde al área dentro del pool en la cual se especifican las tareas de un actor en particular.	

Fuente: Guía de Referencia y Modelado BPMN [12].

Artefactos: Son utilizados para entregar información adicional sobre el proceso.

Tabla 7: Artefactos en BPMN.

Artefactos	Descripción	Representación
Objetos de datos	Utilizados para mostrar los insumos de información necesario para la realización de una actividad. Representan documentos, información y otros objetos usados, recopilados, actualizados o almacenados durante el proceso. No afectan la secuencia del flujo.	
Grupos	Recurso utilizado para agrupar y organizar un grupo de actividades para efectos de documentación o análisis. No afectan la secuencia del flujo.	
Anotaciones	Elementos utilizados para proporcionar información adicional sobre el proceso.	

Fuente: Guía de Referencia y Modelado BPMN [12].

4.3 GESTIÓN DEL CAMBIO

Frente a las dinámicas y complejidad de las relaciones entre organizaciones y usuarios, se torna relevante el monitoreo constante y la realización de ajustes en los objetivos, procesos y tecnologías involucradas en el desarrollo de los modelos de negocios para obtener fuentes de ventaja competitiva. Sin embargo, cualquier cambio, por muy insignificante que sea afectará a todo el sistema, independiente que ese cambio sea una adaptación a un estímulo del medio, o una innovación generada en su interior [5].

Por ello, la gestión del cambio, que corresponde a un enfoque sistemático que se encarga de lidiar con la transición o transformación al interior de una organización, juega un rol protagónico para asegurar la efectividad de un proyecto de rediseño de procesos. En ella, se consigna la aplicación de estrategias para una correcta implementación, control y mitigación del riesgo asociado a la introducción de cambios, los cuales se realizan en conjunto con todos los colaboradores al interior de la organización.

4.3.1 MODELO DE LOS 8 PASOS DE JOHN KOTTER

Para efectos de este trabajo, se aplicará modelo de 8 pasos de John Kotter, uno de los más destacados y utilizados por las organizaciones para introducir y gestionar los procesos de cambio. Este modelo se basa en la capacidad movilizadora de los líderes de las organizaciones, quienes deben instaurar la necesidad de cambio en los colaboradores a través de una comunicación efectiva y empática. El convencimiento de la necesidad de cambio es uno de los factores más relevantes según Kotter, incluso más importante que la introducción del cambio en sí mismo, dado que, si no hay una sinergia y empoderamiento por parte de todos los actores involucrados, la transformación tendrá una alta probabilidad de fracasar [8].

La siguiente figura detalla los pasos de este modelo en función de los objetivos que persiguen:

Figura 7: Modelo de 8 pasos de John Kotter.

1	<p>Establecer sentido de urgencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demostrar que existe una necesidad de cambio. Se debe motivar a los equipos. ▪ Identificar y analizar riesgos potenciales u oportunidades para transmitirlos a los equipos.
2	<p>Crear un equipo de liderazgo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Construir un equipo compuesto por personas altamente comprometidas e inmersas en el problema para que guíen la transición.
3	<p>Crear la visión para el cambio</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar estrategias que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Se debe contar con un propósito.
4	<p>Comunicar la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar todos los medios necesarios para comunicar constantemente la visión y las estrategias elaboradas.
5	<p>Empoderar a otros para poner en práctica la visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generar espacios de comunicación para conseguir retroalimentación constructiva.
6	<p>Generar triunfos en el corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificar objetivos obtenibles en el corto plazo que permitan generar confianza y credibilidad. ▪ Otorgar reconocimientos y recompensas visibles a quienes los hicieron posibles.
7	<p>Consolidar las ganancias y generar más cambios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser persistentes en el proceso, dado que ahí radica el éxito del cambio. ▪ Aprovechar sinergias para modificar las barreras que se presenten y que no encajan con la visión.
8	<p>Arraigar los nuevos enfoques en la cultura</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lograr que los nuevos comportamientos y mecanismos de operar formen parte de la cultura organizacional, orientando hacia la mejora continua.

Fuente: Elaboración propia a partir de El líder del cambio.

5. METODOLOGÍA

En este apartado se explicita la metodología de trabajo que busca aplicar las nociones de Barros en relación a su concepción del rediseño de procesos, con el fin de establecer cambios a nivel de estructura, es decir, la forma en que se realizan; o a nivel de insumos, modificando aquellos elementos o herramientas que se utilizan para el funcionamiento y cumplimiento de los procesos. En una primera instancia, el autor identifica dos variantes metodológicas que dependen del estado de la situación actual de organización. La primera variante considera que es necesario realizar directamente un rediseño sin hacer un estudio sobre el estado de las actividades o procesos, implicando un cambio radical de los estos. La segunda, que será aplicada en este trabajo, contempla un estudio y modelamiento de la situación actual, la cual se justifica por la existencia de un nivel de desempeño aceptable de los procesos (Barros, 2004).

Para la realización de esta memoria, se detalla la metodología que permite abordar el objetivo general y los objetivos específicos caracterizados en la descripción del proyecto. En ella, se señalan las 6 etapas del trabajo realizado: Definir el proyecto de rediseño, Modelar la situación actual, Benchmark de organizaciones de la salud, Establecer de direcciones de cambio, Formular propuesta de rediseño e implementación, y Evaluar la propuesta de rediseño. Además, se detallan las actividades involucradas en cada una de ellas y se especifica la incorporación de los tópicos incluidos en el marco teórico para el desarrollo de esta memoria.

Figura 8: Metodología del proyecto de memoria.



Fuente: Elaboración propia.

En el esquema de la figura 7 se presenta la metodología de trabajo de este proyecto de memoria, que describe las 6 etapas que son abordadas secuencialmente. A continuación, se presenta el detalle de las actividades contempladas en cada una de las etapas, las cuales contribuyen al logro del objetivo general del proyecto.

5.1 DEFINIR EL PROYECTO DE REDISEÑO

En esta etapa se establece el ámbito de procesos a rediseñar y los objetivos específicos necesarios para la incorporación de los cambios, eligiendo y priorizando aquellos que generen un mayor grado de contribución a las líneas de trabajo establecidas por las áreas de la gerencia, y con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la clínica. La definición del proyecto de rediseño sigue un enfoque “topdown”, dado que la incorporación de modificaciones implica un cambio fundamental dentro de la organización, teniendo directa injerencia la decisión de la primera y

segunda línea ejecutiva de la clínica. No obstante, en las siguientes fases del proyecto se consideran iniciativas de participación ampliada con el resto de los colaboradores, las que permitirán recoger información de primera fuente y fomentar la participación e involucramiento.

Por ello, el desarrollo de esta etapa contempla:

- Reuniones con el Gerente de Administración y Finanzas para comprender, en un nivel táctico y estratégico, el contexto y los intereses de la clínica en relación con los procesos involucrados.
- Reuniones con los jefes de las áreas involucradas para tener una bajada operativa de los objetivos de la clínica respecto a la ejecución de los procesos.
- Establecimiento de los objetivos del rediseño en base a las variables asociadas a la reducción de costos, reducción de tiempos, mejora de calidad del servicio, y mejora de calidad de vida.
- Definición de los procesos a rediseñar acorde al impacto que tienen en el desarrollo del problema.
- Establecimiento del alcance del estudio de la situación actual en base al grado de formalización de los procesos existentes, existencia de plataformas y sistemas informáticos habilitantes, y prácticas de trabajo de las áreas.

5.2 MODELAR LA SITUACIÓN ACTUAL

En esta segunda etapa de la metodología se busca representar la situación actual de los procesos seleccionados en la definición del proyecto de rediseño, identificando cuellos de botellas, patrones y elementos que agregan valor en el logro del objetivo general de la memoria. A partir de lo anterior, se espera conocer cómo se realizan actualmente los procesos, identificando quiénes son los actores involucrados, las actividades que pertenecen al flujo de tareas y las tecnologías de información comprometidas, validando y midiendo el desempeño actual.

Las actividades contempladas en esta etapa son:

- Entrevistas con dueños de los procesos para conocer, de forma generalizada, el funcionamiento y desempeño de estos.
- Entrevistas con actores involucrados para hacer un levantamiento de información relativa a la forma en que se realizan los procesos.
- Modelamiento de los procesos mediante la notación BPMN.
- Seguimiento de un grupo de cuentas de pacientes desde que se da el alta médica hasta que se realiza el cierre y envío de cuenta a su respectiva aseguradora.
- Validación de los procesos levantados a partir de entrevistas con los jefes de las áreas.
- Medición del desempeño mediante análisis cualitativos y cuantitativos de los datos desprendidos de los procesos, buscando detectar las brechas existentes.

5.3 BENCHMARK DE OTRAS ORGANIZACIONES DE LA SALUD

Desde la perspectiva de Barros, una de las principales características de los procesos es que presentan patrones que se replican de una u otra forma en las organizaciones, independiente del ámbito al cual pertenezcan. En particular, el objetivo de esta etapa es adentrarse en la realidad de otros establecimientos de la salud, tanto aquellos que pertenecen a la red de clínicas de RedSalud,

como otros recintos pertenecientes a la red de salud privada en Chile. Con esto, se espera conocer cuáles son los objetivos y lineamientos que se tienen en torno al cobro de procedimientos hospitalarios, buscando tener un acercamiento a la forma en que se realizan los procesos a estudiar en las otras organizaciones.

Para estos efectos, se contempla:

- Formulación de preguntas claves en torno al cobro de procedimientos hospitalarios y manejo eficiente de los niveles de liquidez de las organizaciones.
- Entrevistas individuales presenciales y no presenciales a personas relacionadas a los recintos de la salud.
- Investigación de documentación pública de organizaciones de la salud, enfatizando en el desempeño económico y operativo.
- Identificación de oportunidades de mejora para cubrir brechas detectadas.

5.4 ESTABLECER DIRECCIONES DE CAMBIO

Entendiendo las direcciones de cambio como un conjunto de ideas que establecen la diferencia entre lo que existe y el rediseño propuesto, en esta etapa se busca identificar cuáles son los cambios globales a nivel táctico y estratégico que se deben realizar en fases incrementales. Estos cambios pueden ser de carácter interno, involucrando actividades, modelos de gestión de personas y estructura organizacional, o de carácter externo, modificando la relación con clientes (pacientes o aseguradoras) o proveedores.

Existen 4 posibles direcciones de cambio. La primera corresponde a Innovar, que tiene una implicancia directa en el cambio de paradigma bajo el cual funciona la organización; Mejorar coordinación, que busca precisamente contrarrestar la inercia de trabajar en silos en organizaciones más rígidas; Reestructurar, que considera la posibilidad de hacer transformaciones radicales en las áreas de trabajo y organigrama de la organización; y Mejorar programación y control, que busca lograr un mejor desempeño de las actividades que se realizan.

A la vez, estas direcciones se explican mediante las 7 variables de cambio que se busca con el rediseño. Mantención consolidada del estado, que implica una integración de datos a un alto nivel, facilitando la coordinación entre procesos debido a que permite realizar un seguimiento y control de las actividades; Anticipación, que corresponden a mecanismos a través de los cuales es posible establecer futuros requerimientos que deberá satisfacer el proceso; Integración de procesos conexos, que busca generar mecanismos concretos para lograr conectar o integrar dos o más procesos conexos; Prácticas de trabajo, que persigue el cambio en los modelos de gestión de trabajo, alineando la forma de realizar las actividades acorde a los objetivos propuestos; Coordinación, la cual trasciende a la organización, buscando mejorar las sinergias internas y externas; Asignación de responsabilidades, que se basa en la definición de las responsabilidades de los distintos actores del proceso; y Apoyo computacional, estableciendo directrices del rol de las plataformas y sistemas informáticos en el proceso.

A partir de lo anterior, se contempla:

- Formulación de propuesta de direcciones y variables de cambio acorde a la información desprendida de etapas anteriores.

- Reuniones de consenso en conjunto con la primera y segunda línea ejecutiva de la clínica para incorporar lineamientos sólidos en el rediseño.

5.5 FORMULAR PROPUESTA DE REDISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

En esta etapa se busca elaborar una propuesta de rediseño que incorpore los distintos análisis realizados para eliminar tareas sin aportes de valor, eliminar holguras o tiempos muertos, y conseguir un proceso más eficiente y efectivo, haciéndolo más administrable y predecible. Para ello, se busca la incorporación o modificación de las tecnologías habilitantes para el desarrollo de las actividades, modelando el nuevo flujo de actividades explicitando los distintos recursos informáticos y actores involucrados, junto a la forma en que estos últimos se relacionan interna y externamente.

Esta propuesta implica diseñar y especificar, con un alto grado de detalle, cada uno de los elementos que integran el rediseño del proceso, permitiendo el entendimiento y eventual implementación por parte de la organización. Para efectos prácticos, se debe contemplar la elaboración de documentos que describan la especificación de las herramientas tecnológicas que pueden ser implementadas, junto a la precisión de los roles y actividades que desempeñarán los colaboradores.

Además, se formula un plan de implementación de la propuesta de rediseño que incorpora las buenas prácticas para una correcta gestión del cambio contemplados en los 8 pasos propuestos por John Kotter [8]. Con esto se busca mitigar los riesgos de una eventual puesta en marcha del rediseño, y generar un precedente en la forma en que se deben realizar las actividades al interior de la organización, consolidando nueva forma de gestionar y la mejora continua de procesos.

Las actividades contempladas consisten en:

- Incorporación o modificación de tecnologías habilitantes del proceso.
- Formulación del rediseño de proceso a través de un modelamiento BPMN realizado en un software de diseño de flujos.
- Elaboración de un acercamiento al paquete tecnológico detrás del rediseño.
- Elaboración de documentación para colaboradores.
- Construcción de indicadores que permitan monitorear e incorporar la mejora continua de los procesos como una buena práctica al interior de la organización.
- Elaboración de un plan de implementación que contempla buenas prácticas para una correcta gestión del cambio y fomente la participación e involucramiento de los colaboradores.

5.6 EVALUAR LA PROPUESTA DE REDISEÑO

Una vez que se han realizado las etapas anteriores propuestas en esta metodología, se busca realizar una evaluación de la propuesta de rediseño de cara a una eventual implementación, contemplando un estudio en torno a su factibilidad técnica, económica y el impacto generado al interior de la organización. Con ello, se presentaría desde las distintas perspectivas el costo/oportunidad que podría tener el incorporar las mejoras propuestas.

6. DEFINICIÓN DEL PROYECTO

El presente capítulo presenta las definiciones más relevantes del proyecto de rediseño, las cuales se alinean con los objetivos y marco teórico del trabajo de memoria. Estas definiciones enmarcan el proyecto en función de la estrategia y los objetivos de negocios de RedSalud Providencia, buscando incorporar mejoras en los procesos prioritarios y con mayor impacto en la operación. A partir de lo anterior, se establecen cuáles son los procesos a rediseñar y los objetivos específicos en conjunto con el Gerente de Administración y Finanzas, y se define si corresponde realizar un estudio de la situación actual para utilizarlo como punto de partida.

6.1 OBJETIVOS DEL REDISEÑO

RedSalud Providencia posee una estrategia de negocios que se sustenta por su modelo clínico de excelencia en red, respondiendo a los lineamientos emanados desde el corporativo de clínicas que buscan cumplir sus metas en torno a la optimización de las operaciones, relaciones comerciales con stakeholders del sistema de salud privado, y la búsqueda y desarrollo de nuevas tecnologías e infraestructura. Para la cobranza de los procedimientos hospitalarios, esto se traduce en contar con procesos alineados en las distintas áreas involucradas en la recuperación de los montos clínicos, detectando e implementando soluciones que permitan tener una correcta gestión de las cuentas. Sin embargo, acorde a lo consignado en el apartado 3.2, la clínica presenta una serie de limitaciones en la estandarización, trazabilidad y monitoreo del proceso, que permiten aseverar que no se está cumpliendo con este propósito, lo que se traduce en ineficiencia del recurso humano disponible y pérdida de oportunidad en la recuperación de saldos para mejorar los niveles de liquidez.

A partir de lo anterior, la visión estratégica del rediseño de procesos busca disminuir los tiempos de recuperación de montos clínicos a partir de una correcta articulación de los procesos y áreas involucradas, logrando un incremento en los niveles de productividad, calidad de gestión de cuentas y una buena experiencia del paciente. Para ello, los objetivos específicos del proceso se alinean con:

- Generar una correcta experiencia de cobranza tanto para la clínica como para el paciente.
- Establecer niveles de servicio óptimo para cada una de las etapas del proceso.
- Eliminar actividades que no proporcionan valor en el logro de los resultados esperados.
- Aumentar la trazabilidad del seguimiento de cuenta en niveles agregados y atomizados.
- Medir y visualizar indicadores claves para la gestión de cuentas y resultados del proceso.

Estos objetivos están orientados en ser un aporte en la disminución de los días calle de las cuentas en la etapa de cierre de cuentas, lo cual debe ser medido desde el alta médica del paciente hasta que se realiza el envío de cuenta a la aseguradora respectiva, y también incluyendo el tiempo que demora esta última en emitir el bonificado a ser liquidado por la clínica. Estos indicadores se definen según las siguientes fórmulas:

$$\text{Días calle cierre} = \frac{\sum_{i=1}^N \text{Monto cuenta}_i * \text{Días cuenta}_i}{\sum_{i=1}^N \text{Monto cuenta}_i} \quad (1)$$

$$\text{Días calle con envío} = \frac{\sum_{i=1}^N \text{Monto cuenta}_i * \text{Días cuenta}_i}{\sum_{i=1}^N \text{Monto cuenta}_i} \quad (2)$$

Para lograr estos objetivos, los principales atributos de los procesos corresponden a la rapidez y calidad en la revisión, cierre y gestión de cobranza de las cuentas hospitalarias, dado que mientras menos errores se cometan en la realización de estas actividades, disminuye la cantidad de cuentas con errores antes y después de ser enviadas a las aseguradoras, y se logra comenzar tempranamente con el proceso de cobranza de copago paciente. Por último, los procesos deben ser ágiles, cuya implementación permita conseguir la rapidez y flexibilidad necesaria para adaptarse a los cambios de mercado, y dar respuesta oportuna en la atención de los pacientes.

6.2 ÁMBITOS DE LOS PROCESOS A REDISEÑAR

El ámbito de los procesos a rediseñar para lograr el cumplimiento de los objetivos declarados corresponde al Macroproceso de Gestión, producción y provisión del bien o servicio, el cual representa la cadena integral de valor de la Gerencia de Administración y Finanzas, contemplando el contacto inicial del paciente, la provisión de atención y la posterior cobranza, vinculándose con los otros procesos para generar un resultado final. Particularmente, el rediseño estará focalizado en el proceso de cierre de cuentas, ya que es la única instancia donde la clínica tiene mayor grado de independencia de otros actores dentro de la cadena de actividades enmarcadas en la cobranza de los montos clínicos, teniendo injerencia directa en la disminución de los tiempos y eficiencia del proceso.

Sin perjuicio de lo anterior, los procesos de bonificación, el general de cobranza y el de recepción y cuadratura de cajas hospitalarias forman parte del diagnóstico del rediseño, los que tendrán un menor grado de profundidad debido a que los tiempos en que se realizan, tienen dependencia directa de lo ocurrido con el cierre de cuentas. El foco de estudio de estos procesos está centrado en realizar recomendaciones que contribuyan a la eliminación de desperdicios.

6.3 HACER ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Un diagnóstico preliminar deja entrever que se cuenta con algunas definiciones de variables asociadas, donde se consignan valores esperados para estos y diferencias con los actualmente obtenidos. Una de estas variables corresponde al indicador de días calle de cierre de cuentas, el cual se encuentra alrededor de los 24 días corridos, teniendo niveles aceptables bajo las actuales definiciones dispuestas por RedSalud Corporativo, quienes buscan tener valores dentro del rango de los 20 a 25 días. Sin embargo, internamente, RedSalud Providencia busca disminuir los resultados de este indicador, teniendo cifras en un rango de 15 a 20 días.

Además, si bien no se cuenta con procesos estrictamente documentados, se detecta la existencia de prácticas de trabajo formales en cada una de las actividades involucradas en la recuperación de saldos pendientes, las que se han definido y enseñado a partir de la experiencia de los colaboradores más antiguos de la institución. Estos procesos son monitoreados constantemente por los jefes de las áreas en función de los resultados finales, incorporando soluciones transitorias o de bajo valor agregado respecto al impacto que pueden llegar a tener en el largo plazo.

La orquestación del proceso no muestra la existencia de una descoordinación significativa entre las actividades que se realizan. En cuanto a lo operativo, el actual flujo de actividades permite identificar la procedencia y estado en el cual debería encontrarse una cuenta, sin embargo, en la gestión de estas es donde se presentan algunos problemas focalizados. Estos se deben principalmente a la falta de definición de los alcances de cada una de las áreas y roles, transformándose en una extensión de los tiempos de resolución de problemas.

Desde la perspectiva tecnológica, RedSalud Providencia posee habilitadores que no permiten realizar óptimamente las actividades involucradas. La clínica cuenta con MEDIC II como Sistema de Información Hospitalario, el cual funciona como un ERP para gestionar la información histórica del paciente y las tareas administrativas de la clínica. También, tiene dominio en Google Workspace, contando con acceso a productos como Drive, Sheets y Gmail, que son utilizados para realizar gestión de las cuentas a través de los datos provistos por MEDIC II. Estos sistemas permiten el registro y análisis de información para el logro de los objetivos del proceso, pero tienen una baja capacidad de integración, imponiendo restricciones para realizar una correcta gestión de las cuentas e introduciendo ineficiencia.

Finalmente, bajo el actual funcionamiento de la cobranza de procedimientos hospitalarios se concluye que, a pesar de tener problemas tácticos y estratégicos que impiden tener un alto desempeño, se cuenta con una base mínima que permite gestionar, medir y evaluar lo que se hace, y existen prácticas de trabajo coordinadas y apoyadas por tecnologías habilitadoras. Estos procesos aportan valor y están alineados con el logro de los objetivos definidos para este proyecto, y presentan un alto potencial de mejora si se logran definir mejores prácticas de gestión y uso de la información. Por lo tanto, la situación actual sirve como punto de partida para el rediseño.

7. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

En base a las conclusiones al diagnóstico realizado en el apartado 7.3 de realizar un análisis de la situación actual, este capítulo presenta el modelamiento de los procesos de interés junto a los principales hallazgos detectados. Además, se presenta un análisis cualitativo y cuantitativo de la información levantada a través de las entrevistas realizadas a los actores involucrados y los datos recopilados de la ejecución de los procesos.

7.1 MODELAR LA SITUACIÓN ACTUAL

El modelamiento de la situación actual se realizó a partir de entrevistas a distintos actores involucrados en los procesos de Cierre de Cuentas, Bonificación, Revisión y Cuadratura de Cajas Hospitalarias y Cobranza del Copago Paciente. La siguiente tabla muestra el detalle de las 19 entrevistas realizadas de forma presencial en las distintas unidades de la clínica.

Tabla 8: Descripción de entrevistas realizadas.

Cargo	Departamento
Gerentes/as (2)	- Administración y Finanzas - Operaciones
Subgerentes/as (1)	- Ciclo de ingresos
Jefes/as (7)	- Enfermería de pabellón - Cierre de cuentas - Bonificación - Recaudación y Cobranza - Tesorería - Contabilidad - Control de Gestión
Subjefes/as (1)	- Tesorería
Ejecutivos/as (13)	- Cierre de Cuentas (3) - Bonificación (1) - Recaudación y Cobranza (3) - Tesorería (3) - Contabilidad (4)
Enfermeros/as (3)	- Pabellón - Unidad de Cuidados Intensivos - Hemodinamia
Técnicos/as en enfermería (TENS) (2)	- Pabellón (2)

Fuente: Elaboración propia.

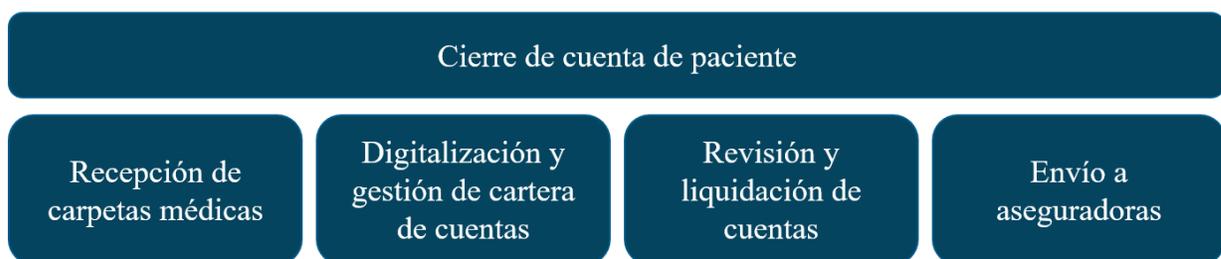
El foco de las entrevistas es recopilar la mayor cantidad de información asociada a la ejecución de las actividades, enmarcadas en un contexto de una serie de medidas sanitarias que restringen los aforos de los espacios físicos. Por ello, son entrevistas individuales no estructuradas en las cuales se abordan aspectos estratégicos, tácticos y operativos, para lo cual se hacen preguntas abiertas asociadas al cumplimiento de funciones, actividades, logro de objetivos, entre otros. Lo anterior da hincapié a la elaboración de las siguientes preguntas:

- ¿Qué labores desempeña en la organización?
- ¿Cómo entiende el proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios?
- ¿Cuáles son los actores claves en la realización del proceso?
- ¿Cómo se coordina y comunica con las otras áreas de RedSalud Providencia?
- ¿Cuáles son las actividades que realiza en el proceso?
- ¿Qué información es utilizada como insumo en el proceso? ¿Cuál es relevante conocer?
- ¿Con qué información no cuenta y podría ser relevante conocer?
- ¿Cuáles son las plataformas tecnológicas involucradas? ¿Cumplen con lo necesario para el funcionamiento del proceso?
- ¿Cuentan con métricas e indicadores? ¿Cuál es el desempeño del área?
- ¿Qué cosas cree que funcionan y hacen bien?
- ¿Qué cosas cree que podrían mejorar?

A partir de las entrevistas realizadas se logra tener un conocimiento general del proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios. Este proceso inicia formalmente una vez que se realiza el alta médica de pacientes, momento en el que las distintas unidades médicas de Pabellón Central, Pabellón Ambulatorio, Hospitalización Médica y Hemodinamia envían las carpetas que contienen la información de las cuentas, las cuales se generan una vez que se realiza el ingreso del paciente y se asigna el ID de esta. En cada una de estas unidades existen personas encargadas de realizar una primera revisión de las carpetas, donde verifican que estén todos los documentos necesarios para hacer el cierre de la cuenta de paciente, y que se encuentren todos los cargos de consumo correctamente registrados en el HIS.

Todos los días hábiles, las carpetas llegan a la unidad de Cierre de Cuentas perteneciente a la Gerencia de Administración y Finanzas, donde los documentos son digitalizados y cargados a una carpeta compartida de la unidad. La cartera de nuevas cuentas es asignada a los Ejecutivos/as de Cierre de Cuentas, quienes hacen la revisión y liquidación de cuentas que deben ser enviadas a cada una de las aseguradoras. Lo anterior, se ve sintetizado en la siguiente figura que muestra las fases del proceso.

Figura 9: Fases del proceso de Cierre de Cuentas.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez que las cuentas son enviadas a las aseguradoras, transcurren entre 25 a 60 días para que estas realicen su proceso interno de revisión, pudiendo ser objetadas y devueltas a la clínica para que se realice la modificación o apelación; o pueden ser aceptadas, donde se realiza el envío de bonificado de las cuentas. En este último caso, se inician las actividades competentes a la unidad de Bonificación, en la cual de forma diaria se realiza la búsqueda o recepción de bonos. Para cada paciente se debe buscar la información de la cuenta, con la que se asesoran que los bonos estén correctamente emitidos y puedan ser liquidados por parte de la clínica. Una vez que se tiene lo

anterior, se realiza la liquidación y, en algunos casos, la cobertura complementaria de pacientes que tienen convenios específicos con compañías de seguros u otro mecanismo de cobertura. En la siguiente figura se representan las fases de este macroproceso.

Figura 10: Fases del proceso de Bonificación.



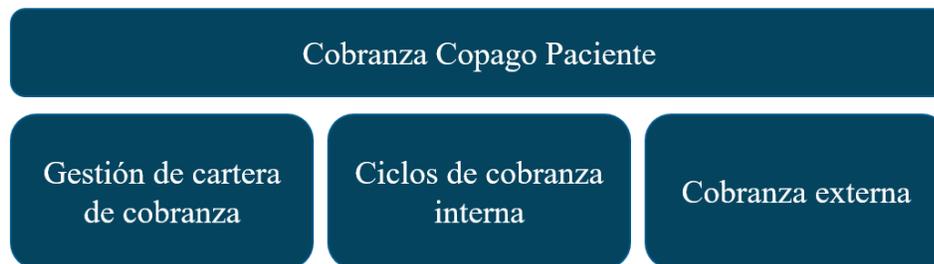
Fuente: Elaboración propia.

Al momento de realizarse la liquidación de bonificados, el HIS cambia el estado del paciente a COPAGO PACIENTE, que permite que la unidad de Recaudación y Cobranza comience con el proceso de Cobranza del Copago Paciente. En primera instancia, en esta unidad se realiza la gestión de cartera de cobranza donde se revisan las cuentas cuyos estados fueron cambiados, identificando aquellas que realmente deben ingresar al proceso. Las cuentas que cumplen con los requisitos son cargadas en el CDS Cobranza, una plataforma que cumple la función de un Workflow de gestión de la cartera, donde se asignan las cuentas a los ejecutivos/as que deben realizar el seguimiento de la cobranza de cada paciente.

Dependiendo del monto del saldo pendiente, se realiza el primer ciclo de cobranza, el cual contempla mensajes de texto y voz enviados a través de una plataforma multi canal para las cuentas menores a \$500.000, y una gestión más personalizada con llamados telefónicos para aquellas cuentas que superiores a dicho monto. Los ciclos contemplan 4 contactos a pacientes, dejándose registro de las acciones realizadas y respuestas recibidas en cada una de las instancias de comunicación. Si en este primer ciclo el paciente no realiza el pago del saldo pendiente, este entra en un estado de morosidad, siendo publicado en los informes DICOM de Equifax.

Posteriormente, se continúa con el segundo ciclo de cobranza que contempla 4 contactos a través de la plataforma multicanal. En este ciclo, independiente del monto de la deuda, entran todas las cuentas que no fueron pagadas en el primero y, en caso de que nuevamente el paciente no realice el pago de los saldos pendientes, la cobranza de las cuentas es externalizada a un estudio jurídico. Estas cuentas pueden ser cobradas hasta 5 años desde que se inicia la cobranza de copago paciente, cuando se excede este periodo, las cuentas se transforman en irrecuperables. En la siguiente figura se esquematizan las fases anteriormente descritas.

Figura 11: Fases del proceso de Cobranza Copago Paciente.



Fuente: Elaboración propia.

El ingreso de la liquidación del bonificado enviado por las aseguradoras, el pago a través de cobertura complementaria o el copago paciente se realiza a través de una caja². Las cajas que provienen de las distintas unidades de la clínica son recepcionadas diariamente por el Departamento de Tesorería, siendo diferenciadas por cajas ambulatorias o cajas hospitalarias. El tratamiento de estas últimas comienza con la revisión de su contenido, donde las asistentes se aseguran de que cuadren los distintos medios de pago, los bonos y los datos de cada paciente. Cuando se han cuadrado todas las cajas, se realiza una cuadratura general del día y se reúne la recaudación en efectivo y medios de pagos depositables, que son enviados a la entidad bancaria 3 veces por semana.

Luego de 2 o 3 días desde que los valores son enviados, se realiza la facturación del bonificado asociado a esas cajas y el envío de las facturas a las aseguradoras. Este envío es a través de los medios habilitados y las exigencias propias de cada aseguradora. La gran mayoría es mediante plataformas digitales, sin embargo, algunas organizaciones aún exigen el envío físico de los documentos. Cuando las facturas son recepcionadas, se inicia el seguimiento del pago hasta que se concreta según las fechas estipuladas. La siguiente figura ilustra las fases de este proceso.

Figura 12: Fases del proceso de Recepción y Cuadratura de Cajas Hospitalarias.



Fuente: Elaboración propia.

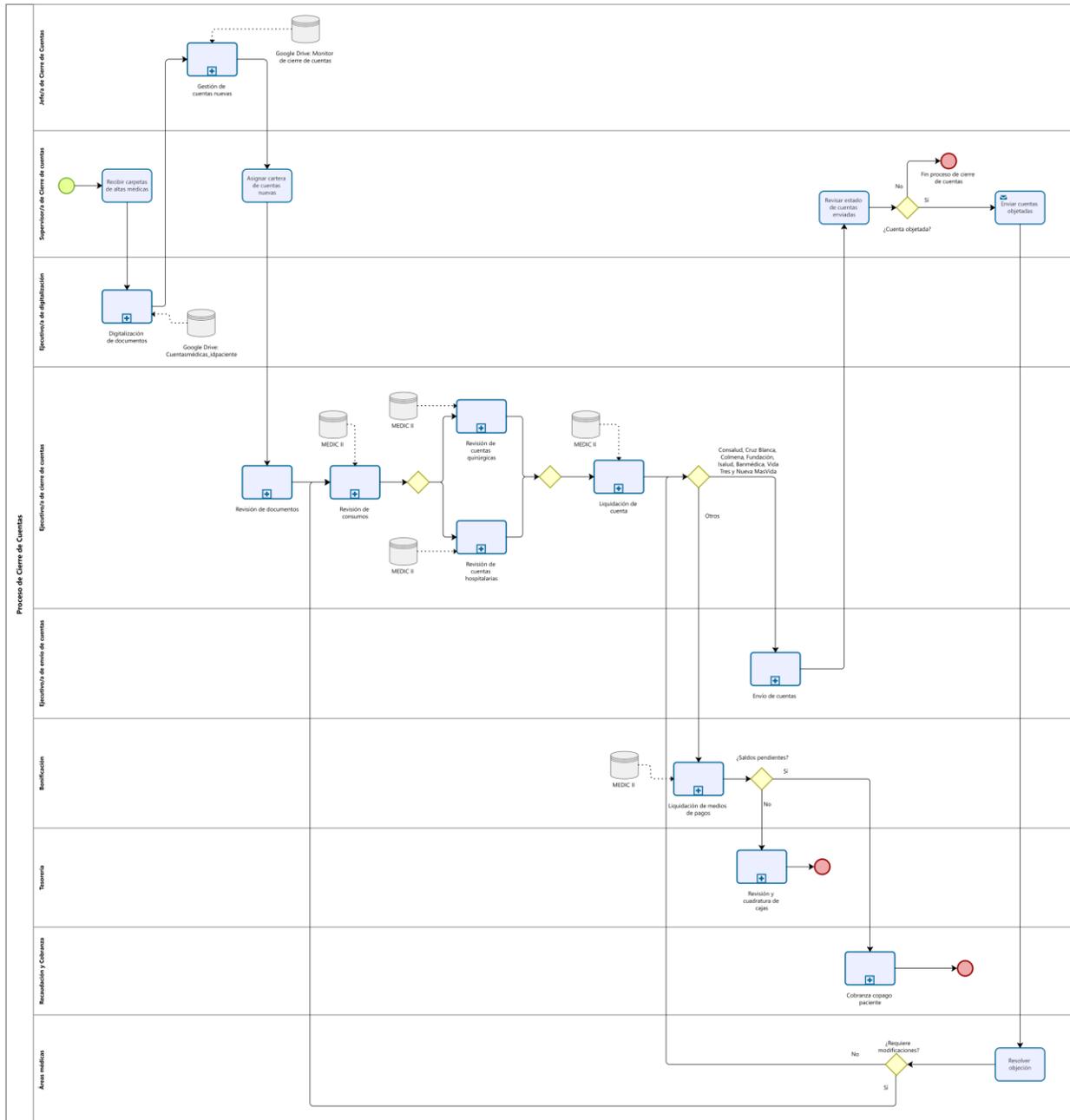
A continuación, se muestra en detalle el modelamiento de la situación actual de los procesos y una descripción más focalizada de cada uno de los subprocesos y actividades involucradas. Dada la complejidad y extensión de los procesos, la descripción completa se encuentra en los anexos de este informe de memoria.

² Las cajas corresponden a entidades identificadas por un ID único asociado a un colaborador/a, en la que se ingresan los distintos medios de pago producto de las transacciones o procedimientos realizados.

7.1.1 PROCESO DE CIERRE DE CUENTAS AS IS

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento AS IS del proceso de Cierre de Cuentas.

Figura 13: Proceso de Cierre de Cuentas.



Fuente: Elaboración propia.

Descripción del proceso

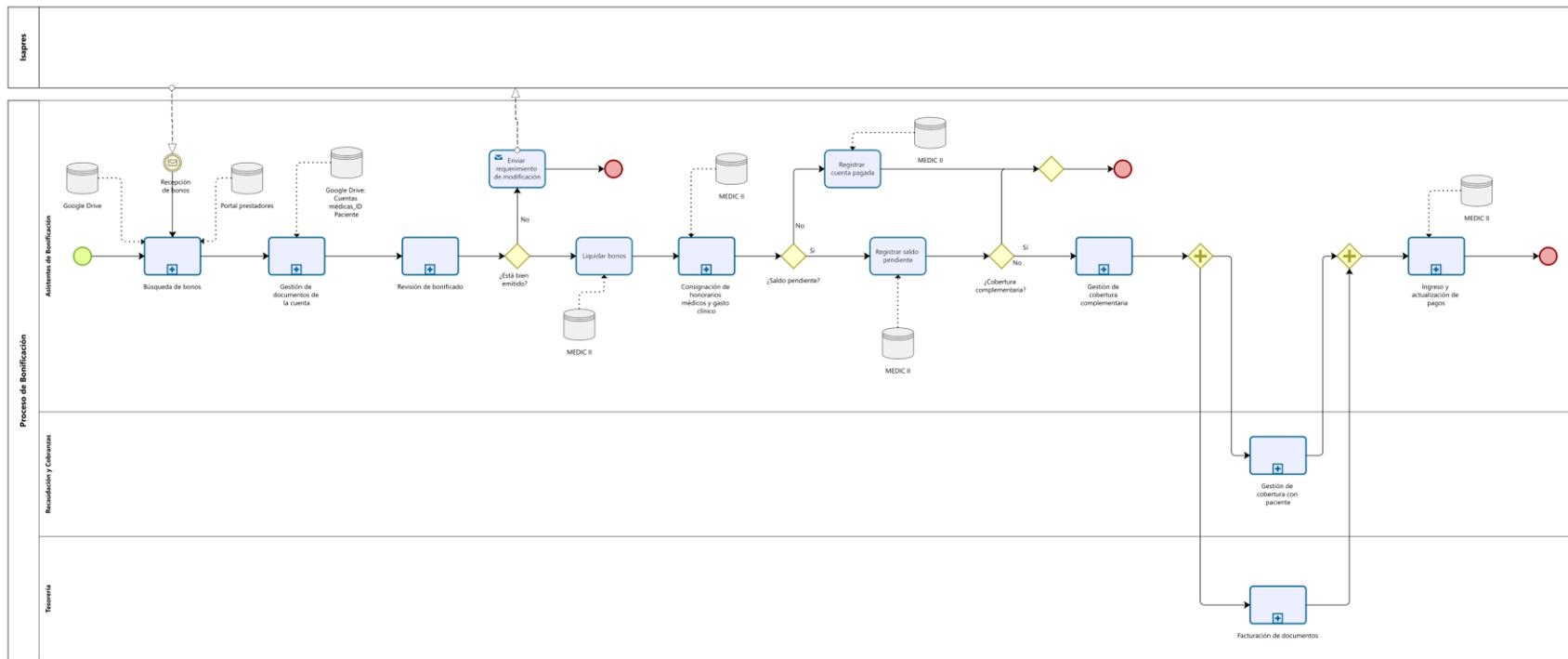
- i. El proceso de cierre de cuenta inicia con la llegada diaria de las carpetas de altas médicas provenientes de los pabellones quirúrgicos, operaciones ambulatorias, hemodinamia y hospitalización de urgencia, que son recepcionadas por el supervisor/a de cierre de cuentas.
- ii. Las carpetas son enviadas al ejecutivo/a de digitalización, quien revisa que la carpeta contenga la Hoja de Gasto del Protocolo, Protocolo Operatorio, Programa de Atención Médica (PAM) y el presupuesto del procedimiento. Digitaliza los documentos físicos y los guarda en una carpeta compartida a través de Google Drive, dejando registro de los nuevos ID's de cuentas digitalizadas.
- iii. El Jefe/a de Cierre de Cuentas monitorea diariamente las nuevas cuentas digitalizadas, y carga deja registro de las nuevas cuentas disponibles para ser cerradas en el Monitor de Cierre de Cuentas, las cuales son asignadas por el Supervisor/a de Cierre de Cuentas a caja ejecutivo/a.
- iv. Los ejecutivos/as de cierre de cuenta revisan que estén todos los documentos de cada una de las cuentas, y que tengan la información correcta respecto a lo que aparece en el HIS. En caso de haber errores, se notifica al área correspondiente para que haga las modificaciones necesarias. De no haber, se realiza la revisión de consumos de las cuentas. Estas pueden ser quirúrgicas, teniendo distintos mecanismos de revisión dependiendo si son paquetes o convencionales, o también hospitalarias, donde se revisa el tipo de cama utilizada, los convenios del paciente, visitas médicas, entre otros.
- v. En caso de estar correctas, se realiza la liquidación de la cuenta en el HIS, y se prepara la documentación necesaria para realizar el envío de cuentas.
- vi. Si son cuentas Consalud, Cruz Blanca, Colmena, Fundación, Isalud, Banmédica, Vida Tres o Nueva MasVida, los ejecutivos/as de envío de cuentas se encargan de enviar las cuentas con la información de respaldo a cada una de estas aseguradoras, utilizando los distintos canales habilitados para cada una de estas.
- vii. Una vez que estas son enviadas, el supervisor/a de cierre de cuentas revisa periódicamente el estado de estas donde, en caso de haber cuentas objetadas por las aseguradoras, son enviadas a las áreas correspondientes de la clínica según el motivo de la objeción. Cada área debe resolver cada caso y enviar nuevamente las carpetas médicas al área de Cierre de cuentas. Si estas cuentas requieren modificaciones, se vuelve a realizar la revisión de consumos y las actividades anteriormente señaladas hasta su envío. Si no requiere, se realiza el envío de cuenta detallado en el punto (vi). De no haber cuentas objetadas, se finaliza el proceso de cierre de cuentas.
- viii. Si corresponden a otro tipo de cuentas, los ejecutivos/as de cierre de cuentas notificando al área de bonificación las cuentas que están cerradas. Los ejecutivos/as de bonificación realizan la liquidación de los medios de pagos de cada una de las cuentas en el HIS, y revisan si es que existen saldos pendientes. En caso de no haber saldos pendientes, se envían las cajas a Tesorería y se realiza el proceso de revisión y cuadratura de cajas, finalizando el proceso de cierre de cuentas. De haber saldos pendientes, se registran en la ficha de gestión del paciente en el HIS, y se notifica al área de cobranza las cuentas que están listas para realizar el Copago de Paciente, finalizando el proceso de cierre de cuentas.

Para comprender el proceso con un mayor nivel de detalle, revisar anexo C.

7.1.2 PROCESO DE BONIFICACIÓN AS IS

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento AS IS del proceso general de cobranza de copago pacientes.

Figura 14: Proceso de Bonificación.



Fuente: Elaboración propia.

Descripción del proceso

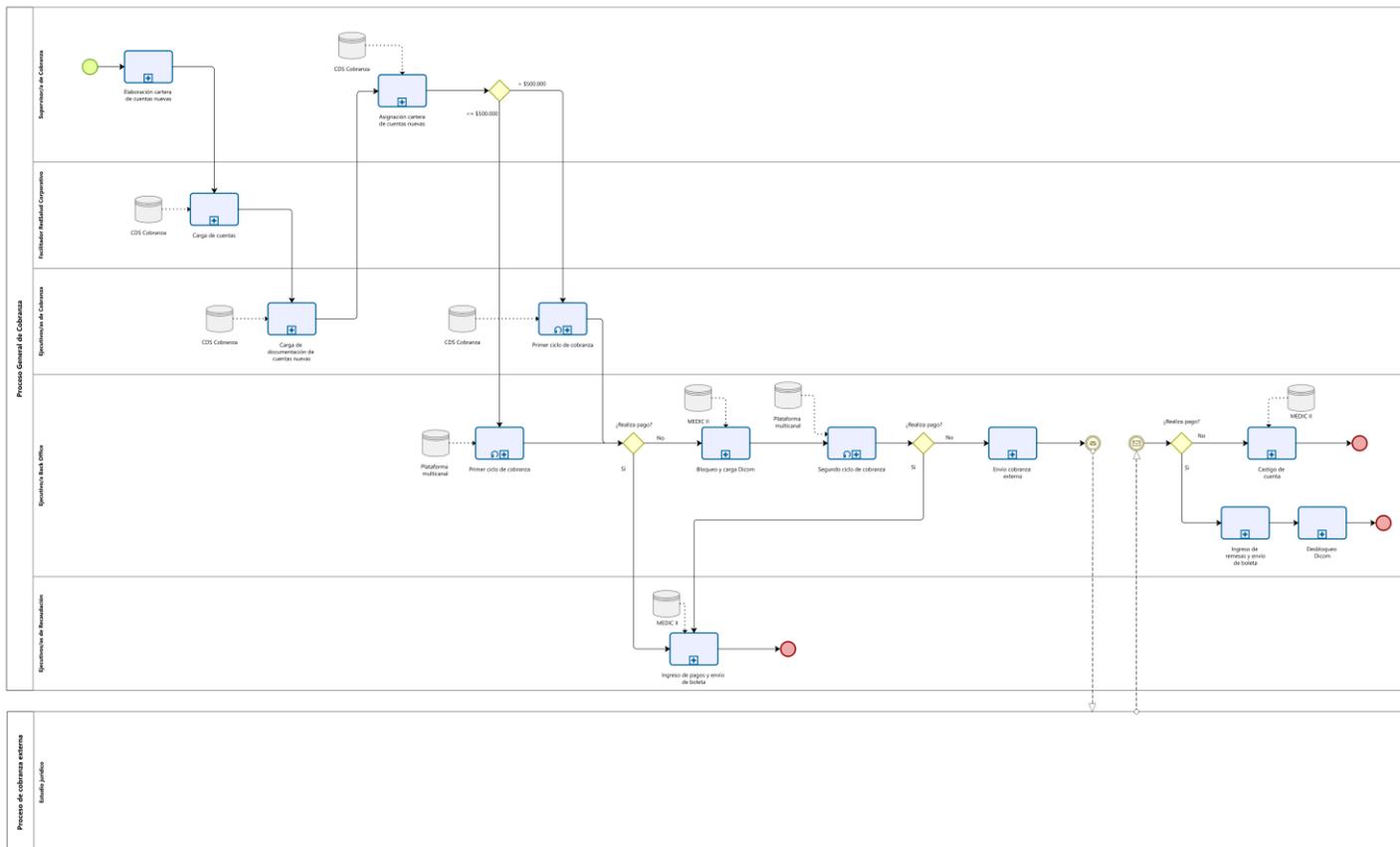
- i. El proceso inicia cuando los/as asistentes de bonificación realizan la búsqueda de los nuevos bonos emitidos por las aseguradoras. La búsqueda de estos documentos depende del tipo de aseguradora, las cuales envían a través de carpetas compartidas de Google Drive, mediante sus propios portales de prestadores o vía correo electrónico.
- ii. Reúnen la documentación de la cuenta que se encuentra depositada en las carpetas de Google Drive del área. Para ello, descargan la liquidación enviada a la aseguradora, la cuenta y el protocolo operatorio.
- iii. Realizan la revisión del bonificado de las cuentas que, en caso de tener errores de emisión o cobertura, envían un requerimiento de modificación vía correo a la aseguradora correspondiente, finalizando el proceso. En caso contrario, realizan la liquidación del bonificado en MEDIC II.
- iv. Se consignan los horarios médicos y el gasto clínico de la cuenta en el HIS, y se revisa si es que existen saldos pendientes. De no haber, se deja registro de la cobertura total de la cuenta en la ficha de gestión del paciente en el HIS y se termina el proceso de bonificación. Si es que existen montos pendientes, se consignan los saldos en la ficha de gestión del paciente.
- v. Luego, se realiza una revisión para conocer si el paciente cuenta con algún mecanismo de cobertura complementaria. Estos pueden ser a través de carta de resguardo o seguro complementario. De no existir, se termina el proceso de bonificación.
- vi. En caso de existir cobertura, se realizan dos actividades en paralelo. Por una parte, se notifica al área de Recaudación y Cobranza, quienes realizan la gestión de cobertura con los pacientes. Por la otra, se contacta al área de Tesorería para que emitan la facturación de documentos.
- vii. Cuando se cumplen las dos actividades en paralelo, los/as asistentes de bonificación consignan los pagos en el HIS, y actualizan la información de la cuenta en la ficha de gestión de cobranza, finalizando el proceso de bonificación.

Para comprender el proceso con un mayor nivel de detalle, revisar anexo D.

7.1.3 PROCESO GENERAL DE COBRANZA AS IS

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento AS IS del proceso general de cobranza de copago pacientes.

Figura 15: Proceso General de Cobranza.



Fuente: Elaboración propia.

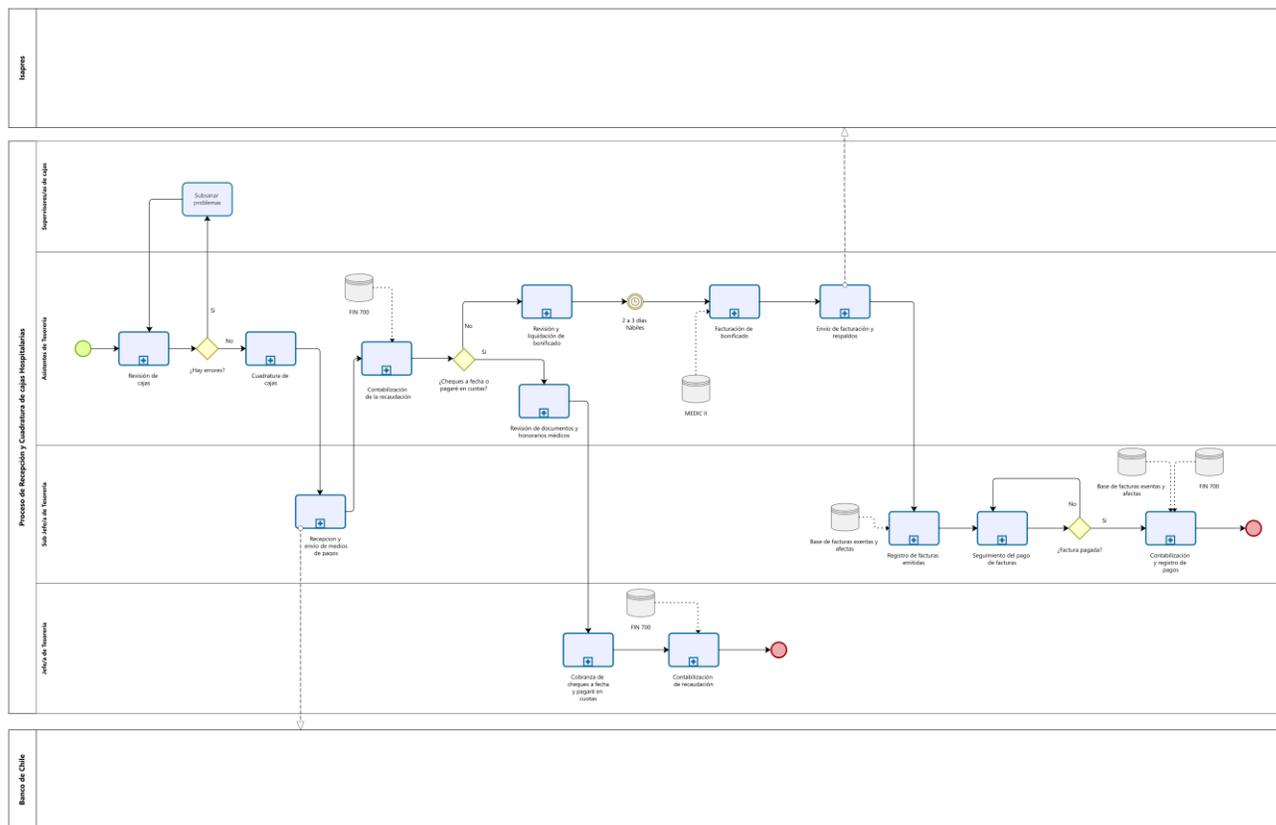
Descripción del proceso

- i. El proceso General de Cobranza inicia cuando el Supervisor/a de Cobranza elabora la cartera de nuevas cuentas en estado copago paciente. Para ello, realiza distintos cruces de información de las plataformas existentes para detectar cuentas con problemas o que no se encuentran listas para cobranza de copago.
- ii. La nómina final de cuentas es enviada al Facilitador de RedSalud Corporativo, quien carga las cuentas en la plataforma de gestión de cuentas CDS Cobranza.
- iii. Cuando las cuentas se encuentran cargadas, el Supervisor/a de Cobranza hace la asignación de cartera de nuevas cuentas. Las cuentas que cuyos montos son menores o iguales a \$500.000 son asignadas al Ejecutivo/a de Back Office, quien realiza el primer ciclo de cobranza, que consta de 4 contactos vía correo electrónico y mensaje de texto, a través de la Plataforma multicanal. Las cuentas superiores a \$500.000 son asignadas a los Ejecutivos/as de Cobranza, quienes realizan el primer ciclo de cobranza, que consta de 4 contactos vía correo electrónico y llamado telefónico, dejando registro de cada acción en el CDS Cobranza.
- iv. En caso de que el paciente realiza el pago del saldo pendiente, los Ejecutivos/as de Recaudación realizan el ingreso de los pagos y el envío de boleta al paciente, dejando registro de la cuenta pagada en la ficha de gestión del paciente en MEDIC II.
- v. Si no se realiza el pago de la cuenta, el Ejecutivo/a de Back Office realiza el bloqueo del paciente en el sistema interno de la clínica, y procede a hacer efectiva la subida de morosidad a Dicom. Posteriormente, independiente del monto de la cuenta, comienza con el segundo ciclo de cobranza a través de la plataforma multicanal, contemplando 4 contactos vía correo electrónico y mensaje de texto. Si el paciente realiza el pago de la deuda, se realiza nuevamente el procedimiento del punto (iv). En caso contrario, se procede a hacer envío de las cuentas a un estudio jurídico encargado de realizar la cobranza externa.
- vi. Cuando el paciente realiza el pago de montos pendientes, el estudio jurídico envía las remesas correspondientes a la cuenta, donde el Ejecutivo/a de Back Office las ingresa en el sistema y realiza el envío de boleta, seguido por el desbloqueo de Dicom y sistemas internos cuando la cuenta ha sido cubierta completamente, finalizando con el proceso General de Cobranza.
- vii. En caso de que no se realicen los pagos por parte del paciente, se procede a realizar el castigo de la cuenta a través del sistema interno de la clínica, cuyos saldos pasan a formar parte del deterioro de cuentas no recuperadas, finalizando el proceso General de Cobranza.

7.1.4 PROCESO DE RECEPCIÓN Y CUADRATURA DE CAJAS HOSPITALARIAS AS IS

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento AS IS del proceso de recepción y cuadratura de cajas hospitalarias.

Figura 16: Proceso de Recepción y Cuadratura de cajas Hospitalarias.



Fuente: Elaboración propia.

Descripción del proceso

- i. El proceso de Revisión y Cuadratura de Cajas Hospitalarias comienza cuando, diariamente, llegan las cajas provenientes de los pisos de atención a pacientes. Los/as Asistentes de Tesorería revisan que las cajas vengan con todos sus respaldos correspondientes y los dineros correspondan a lo declarado en la cuadratura de los pisos. En caso de haber un error, se notifica a los Supervisores/as de cajas para que realicen las correcciones correspondientes.
- ii. Si no hay errores, los/as asistentes realizan la cuadratura de las cajas, donde se revisan que cuadren los montos declarados por cada medio de pago y que estén acorde a la correlación de bonificado cuando corresponda.
- iii. El Sub Jefe/a de Tesorería recepciona y registra los medios de pagos al final de la jornada laboral, y hace envío de los dineros en efectivo y cheques al banco a través del transporte de valores.
- iv. Cuando los valores son recibidos y validados por el banco, los/as Asistentes de Tesorería realizan la contabilización de los montos de las cajas en FIN 700, y proceden con la revisión de cajas. Si es que hay cheques a fecha o pagaré en cuotas, se revisa que los documentos estén correctamente emitidos y se consignan los honorarios médicos de las cuentas.
- v. Luego, estos documentos son enviados al Jefe/a de Tesorería, quien se encarga de realizar la cobranza de cheques a fecha y pagaré en cuotas en las fechas que correspondientes. Si los documentos son cobrados, se realiza la contabilización de la recaudación en FIN 700, finalizando esta arista del proceso.
- vi. Si no hay cheques a fecha o pagaré en cuotas, los/as Asistentes de Tesorería proceden a revisar y liquidar el bonificado para cada aseguradora, cargando los correlativos de las cuentas en las plataformas habilitadas por estas.
- vii. Se continúa con la facturación del bonificado, las cuales deben ser enviadas a cada aseguradora, ya sea de forma física o digital, junto con los respaldos de cada uno de los bonos emitidos.
- viii. Las facturas emitidas son registradas por el Sub Jefe/a de Tesorería en la base de facturas exentas y afectas, planilla en la que se hace el posterior seguimiento del pago de los documentos emitidos. Si las facturas no son pagadas, se realiza la gestión de cobranza a las aseguradoras. En caso de ser pagadas, se registra el estado en la base y se contabilizan en FIN 700, finalizando con el proceso de Recepción y Cuadratura de Cajas Hospitalarias.

7.2 HALLAZGOS PRINCIPALES

A partir del levantamiento de los procesos descritos, se identifican una serie de aspectos que repercuten en el desempeño de la cobranza de procedimientos hospitalarios. En primer lugar, los procesos de las áreas de la gerencia de Administración y Finanzas poseen un bajo nivel de estandarización, donde algunas de estas no cuentan con documentación formal (know-how) en la que se definan explícitamente los principales roles, alcances, métricas y flujos de actividades. Producto de esto, las tareas son realizadas a partir de lo que los colaboradores observan y aprenden de sus propios colegas al incorporarse a la organización, haciendo actividades extras que no contribuyen en el logro de los objetivos, pero que les sirve como medio de respaldo³. Este conocimiento, no oficial y heredado a través del tiempo, provoca que se generen holguras temporales que no contribuyen con los tiempos de recuperación de saldos, aumentando la ineficiencia en la gestión del proceso.

De la misma forma, producto de las labores y contingencias diarias, los dueños/as de los procesos declaran encontrarse inmersos en el plano operativo, por lo cual no cuentan con una mirada ampliada que les permita generar acciones correctivas en torno a los problemas que puedan ir identificando. Esto se ve reflejado en la baja presencia de tareas automatizadas en las áreas, donde los colaboradores deben realizar una serie de actividades manuales que impactan negativamente los tiempos del proceso, y aumentan la probabilidad de no realizar una correcta gestión de cuentas. Particularmente, la descarga del bonificado corresponde a una de estas actividades, en la cual los colaboradores deben buscar o descargar los documentos emitidos por las aseguradoras, tomándoles entre 2 a 4 horas de su jornada laboral.

En cuanto a la utilización de tecnologías habilitantes, se detecta que MEDIC II limita la capacidad de gestión de la información del paciente, aspecto que se agudiza respecto a las labores que debe realizar el área de Cierre de Cuentas. Una de estas limitaciones es la forma en que puede ser extraída la información del paciente. Cada paciente es identificado con un ID que se genera al momento de ingresar a los sistemas de la clínica, existiendo algunos estados que permiten identificar en qué situación se encuentra. En función el estado de la cuenta, se pueden extraer distintos informes agregados de información, sin embargo, para las actividades asociadas al cierre de cuentas no existen estados o sub-estados que permitan precisar cuándo una cuenta presenta algún problema, dificultando el monitoreo y trazabilidad de este tipo de casos. A continuación, se muestra una tabla que precisa los estados existentes en las cuentas de pacientes.

³ Este es el caso de la revisión y cuadratura de cajas hospitalarias, donde los colaboradores utilizan múltiples planillas para dejar consignado los flujos de efectivo que revisan y manipulan durante el día.

Tabla 9: Estados de cuentas en MEDIC II.

Estado	Descripción
PACIENTE SIN ALTA	Corresponde a paciente “acostado” sin ser dado de alta. Podría darse el caso excepcional en que la aseguradora solicita hacer un cierre de cuenta parcial cuando se trata de pacientes de larga estadía.
PACIENTE CON ALTA SIN CIERRE	Periodo que transcurre entre que el paciente es dado de alta y debe realizarse su cierre de cuenta.
GENERADA	Corresponde a aquellos pacientes que ya cuentan con su liquidación de cuenta generada (cuenta cerrada).
ENTREGADA AL ENCARGADO	Cuentas que se encuentran listas para ser enviadas a las aseguradoras.
TRAMITE ISAPRE	Cuenta enviada a la aseguradora, a la espera de recibir bonificación o cuentas objetadas.
DEVUELTA	Corresponden a aquellas cuentas que son objetadas por algún motivo por parte de las aseguradoras.
ESTADO COPAGO	Cuenta con saldo pendiente que se encuentra en cobranza interna.
MOROSO	Cuenta con saldo pendiente que se encuentra en cobranza externa.
PAGADA	Cuenta completamente saldada.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del área de Ciclo de Ingresos de la clínica.

Para cubrir las brechas presentes en MEDIC II, las áreas de la clínica utilizan distintas herramientas disponibles en los productos de Google Workspace para hacer gestión de la información. Dado que no existe una integración directa entre ambos sistemas, la información debe ser descargada del HIS en vistas temporales⁴, y posteriormente ser tratada para evitar duplicidad de información y cargarla en los denominados “monitores” de las áreas. Estos monitores corresponden a hojas de cálculo que han sido diseñadas para gestionar las cuentas “uno a uno”, y también poder desprender información agregada de estas.

Pese a que esta modalidad resulta ser funcional y contribuye al seguimiento de cuentas, no permite alcanzar la trazabilidad necesaria para hacer gestión de las cuentas que presentan problemas en alguna etapa de la recuperación de saldos. Lo anterior se refleja en el área de Cierre de Cuentas, que debe detectar una cuenta y consultar al área correspondiente para conocer el motivo del problema; en Bonificación, que debe estar constantemente buscando las cuentas que pasan automáticamente al Estado Copago luego de haber liquidado un bono, sin considerar la posibilidad que existan otros bonos pendientes; y en Cobranza que, por una parte debe detectar cuáles son las cuentas que deberían estar aún en proceso de liquidación de bonificado, y por otra, realizar la gestión de la cobranza de copago, teniendo que registrar manualmente la información desprendida de realizar un contacto a paciente.

El seguimiento también se encuentra limitado en lo que respecta a la facturación del bonificado. Bajo el actual funcionamiento de las áreas, una vez que las facturas son emitidas a las

⁴ Las vistas son archivos Excel que contienen la información del estado de las cuentas de los pacientes. Estas pueden ser descargadas según el periodo solicitado, pudiendo desprenderse información sobre los saldos pendientes, los honorarios médicos, entre otra.

aseguradoras, el área de Recaudación y Cobranza es la encargada de hacer seguimiento y cobranza de los pagos. Sin embargo, en la práctica esto no se cumple debido a que no existe una persona que realice esta actividad, ni tampoco un proceso prioritario de seguimiento del pago de estos documentos. Como consecuencia de esto, entre diciembre del 2020 y marzo del 2021, el área de Cobranza perdió la trazabilidad de MM\$1.300 correspondientes a facturas emitidas a terceros, las cuales fueron rectificadas por el área de Tesorerías a mediados de junio del 2021. Pese a esto, cerca de MM\$200 se transformaron en pérdidas.

Por último, un fenómeno que engloba a los hallazgos anteriormente descritos corresponde a la comunicación y coordinación entre las áreas de la Gerencia de Administración y Finanzas, y con las otras áreas de la clínica. Particularmente, este aspecto se agudiza en lo que respecta a la gestión de cuentas y trabajo colaborativo con las unidades médicas, donde pabellón central es una de las más críticas en este aspecto. Como se mencionó en el apartado 8.1, desde esta área proviene una parte de las carpetas médicas de pacientes que son dados de alta y donde se realiza una primera revisión de las cuentas que, bajo el actual funcionamiento, no existe una comunicación ni coordinación efectiva debido a la inexistencia de un modelo de gestión que permita asegurar resultados óptimos y una disminución en los tiempos de recuperación de saldos clínicos.

A modo de síntesis, la siguiente tabla recopila los principales hallazgos en cada una de las áreas de la gerencia:

Tabla 10: Síntesis de hallazgos de la situación actual.

Proceso	Descripción del hallazgo
Cierre de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pabellón central es un cuello de botella del proceso: <ul style="list-style-type: none"> - No se realiza una revisión focalizada de las cuentas, lo que propaga errores hacia las etapas posteriores. - Personal encargado de revisar en pabellón no cuenta con espacio físico habilitado y debe prestar apoyo en otras labores. - La revisión de consignaciones y ocasionales retiene las carpetas. ▪ Plataformas TI no contribuyen a la trazabilidad de cuentas. ▪ Baja digitalización del proceso.
Bonificación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio automático de estado de cuenta al liquidar un bono. ▪ Descarga manual del bonificado.
General de Cobranza	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proceso en definición producto de la incorporación de plataformas digitales. ▪ Bloqueo de pacientes se realiza una vez que pasa a cobranza judicial. ▪ No se hace cargo de la cobranza de facturas.
Recepción y Cuadratura de Cajas Hospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facturación se realiza entre 2 a 4 días desde que se liquida el bonificado. ▪ Duplicidad de actividades. ▪ Baja utilización de habilitadores tecnológicos para revisión de bonificado.

Fuente: Elaboración propia.

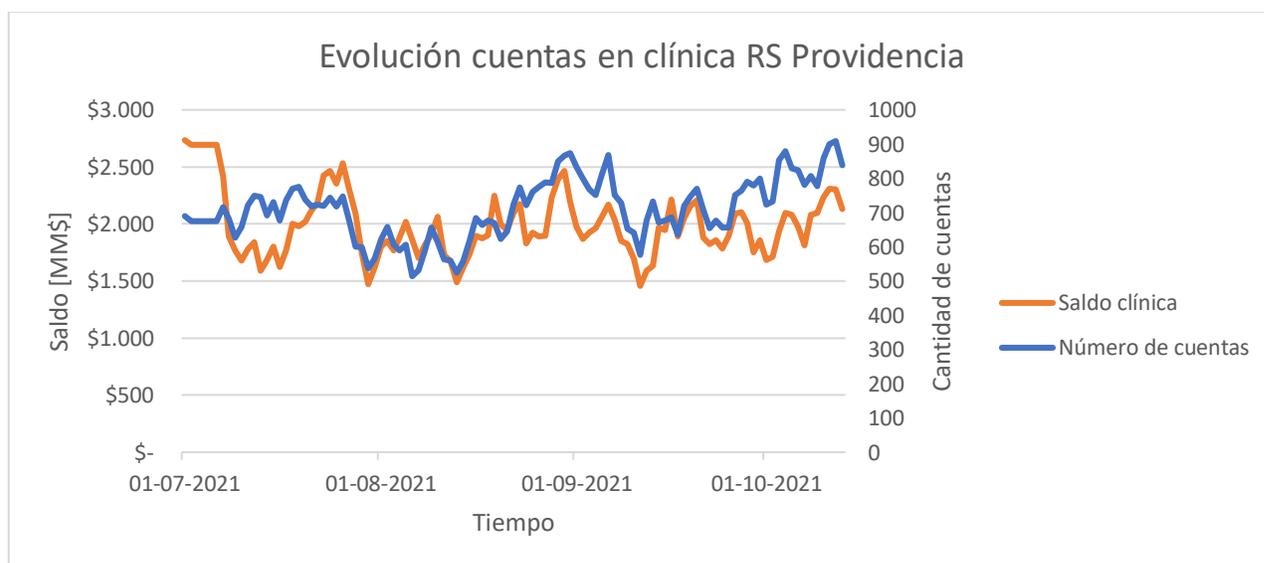
7.3 VALIDACIÓN Y MEDICIÓN

En primer lugar, para validar el levantamiento de los procesos definidos en la realización del diagnóstico de la situación actual, se llevaron a cabo reuniones periódicas con los jefes/as de las áreas involucradas, instancias en las que se presentaron formalmente los modelamientos en BPMN. A partir de estas reuniones, se detectaron distintas brechas entre lo que se hacía realmente y lo que se debía hacer según los dueños de los procesos, incentivando a generar distintas iteraciones en conjunto con los actores involucrados para hacer los ajustes necesarios. Como resultado, se verificó que los modelos son una fiel representación de la forma en que son ejecutados por la organización, determinándose que existe plena concordancia en la esquematización de la situación actual y que son insumos válidos para ser utilizados en el rediseño.

Dado lo anterior, y en coherencia con lo declarado en el ámbito del proceso a rediseñar, la medición del desempeño actual se centra en el proceso de cierre de cuentas, alineándose con el logro de los objetivos definidos y el principal indicador monitoreado por el área de Ciclo de Ingresos: los días calle. Con esto, se muestra cómo afectan los hallazgos detectados en torno a la gestión de las cuentas de paciente en su primera y segunda fase de revisión, dejando en evidencia cuáles son las falencias que producen que el proceso sea deficiente y tenga un impacto en el ciclo de ingresos de la clínica.

Para ello, se realiza un primer análisis exploratorio sobre la evolución de las cuentas en un rango temporal que va del 1 de julio al 13 de octubre del 2021. En este periodo, se observa un aumento sostenido de la cantidad de cuentas en clínica, que corresponden aquellas en que el paciente ha sido dado de alta y aún no se realiza el cierre ni envío de la cuenta a la aseguradora, las cuales se mantienen en un rango que va desde las 520 a las 900 de forma permanente. A la vez, dada la correlación con la cantidad de cuentas, los saldos clínicos también aumentan proporcionalmente y rondan en torno a los MM\$2.000.

Figura 17: Evolución de la cantidad de cuentas y saldos clínicos.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Cierre de Cuentas.

La figura anterior muestra la evolución del fenómeno mencionado, el cual puede ser explicado por la fase en la que se encuentra la comuna de Providencia según las disposiciones emanadas por la autoridad sanitaria en el año 2021. La relajación de las medidas permite que aumenten los aforos en los recintos cerrados y se puedan realizar cirugías que no entran en la categoría de primera necesidad, por lo que aumenta la cantidad de procedimientos. De la misma forma, y relacionado con este fenómeno, el aumento en la oferta de servicios requiere que las áreas tengan la capacidad para gestionar las cuentas en los plazos estipulados, lo cual no se cumplía en algunas partes del proceso producto de las modalidades de trabajo, problemas con los sistemas y/o disponibilidad y planificación de colaboradores.

Particularmente, uno de los hallazgos de este seguimiento se asocia a la procedencia de las carpetas médicas. De estas, entre junio y agosto del 2021, cerca del 85.3% proviene de pabellón central, aportando 3.160 cuentas de pacientes que ingresaron en el periodo. A pesar de que las otras áreas concentran el 14.7% restante de la procedencia, al ahondar en el diagnóstico de la situación actual no se detectaron hallazgos relevantes en comparación a la realidad de lo que ocurre en pabellón central, tal y como fue descrito en el apartado anterior. La siguiente tabla muestra la evolución de la cantidad de cuentas descritas.

Tabla 11: Evolución origen de cuentas médicas entre junio y agosto del 2021.

Origen	Número de cuentas por mes			
	Junio	Julio	Agosto	Total
Pabellón Central	858	470	1.367	2.695 (85.3%)
Pabellón Ambulatorio	47	36	108	191 (6%)
Hospitalización Médica	124	45	52	221 (7%)
Hemodinamia	20	7	26	53 (1.7%)
Total general	1.049	558	1553	3.160

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Cierre de Cuentas.

Para profundizar el análisis, en una ventana temporal que va desde el 15 de septiembre al 13 de octubre del 2021, se hizo seguimiento al estado de las cuentas que ingresaban a la clínica y que también se encontraban estancadas desde periodos anteriores. Esta muestra contempla un total de 1.035 cuentas que se categorizaron según la cantidad de días que llevaban estancadas sin poder ser cerradas, solucionadas en caso de devoluciones o enviadas a las aseguradoras pese a estar listas para esta actividad. De estas, pabellón central y cierre de cuentas son las áreas donde se concentra la mayor cantidad de cuentas en el proceso, acumulando 530 (51.2%) y 342 (33%) cuentas del total de las que fueron estudiadas.

En relación con los tiempos, 477 de las 530 cuentas de pabellón central tuvieron estancadas por menos de 15 días en el proceso⁵, cuyos saldos ascienden a un total de MM\$592 de los MM\$736 de esta área. Las cuentas que superaron los 15 días son el 10% del total de esta área, siendo un foco de preocupación por los MM\$144 en saldos por recuperar que aumentan el indicador de días calle. En cierre de cuentas la realidad no es distinta, y gran parte de estas se estancan producto de revisiones mal realizadas en el área anterior o por biopsias pendientes, siendo foco de

⁵ La cantidad de días y la distribución utilizada responde al criterio definido por la organización para realizar el seguimiento de las cuentas, siendo los 15 días una medida de preocupación cuando son excedidos.

preocupación que el 153 (44.7%) de las 342 cuentas superen los 15 días sin ser resueltas, acumulando MM\$392 en saldos por recuperar. La siguiente tabla muestra la tabulación de las 1.035 cuentas a las cuales se hizo seguimiento.

Tabla 12: Seguimiento de cuentas.

Origen	Número de cuentas			Saldo MM\$		
	<15 días	>15 días	Total	<15 días	>15 días	Total
Pabellón central	477	53	530	592	144	736
Cierre de cuentas	189	153	342	629	392	1.022
Histopatología	5	40	45	218	81	103
CPA	30	1	31	22	0.2	22
Envío manual	4	21	25	20	97	117
Teletón	0	18	18	0	30	30
Comercial	1	14	15	0,39	16	17
Farmacia	2	6	8	7	25	32
Hemodinamia	3	3	6	15	7	24
Hospitalizados	2	3	5	120	36	156
Onco Salud	2	2	4	9	8	18
Drive	0	3	3	0	7	7
TI	0	2	2	0	3	3
Solicitud ciudadana	0	1	1	0	4	4
Total general	715	320	1.035	1.444	857	2.297

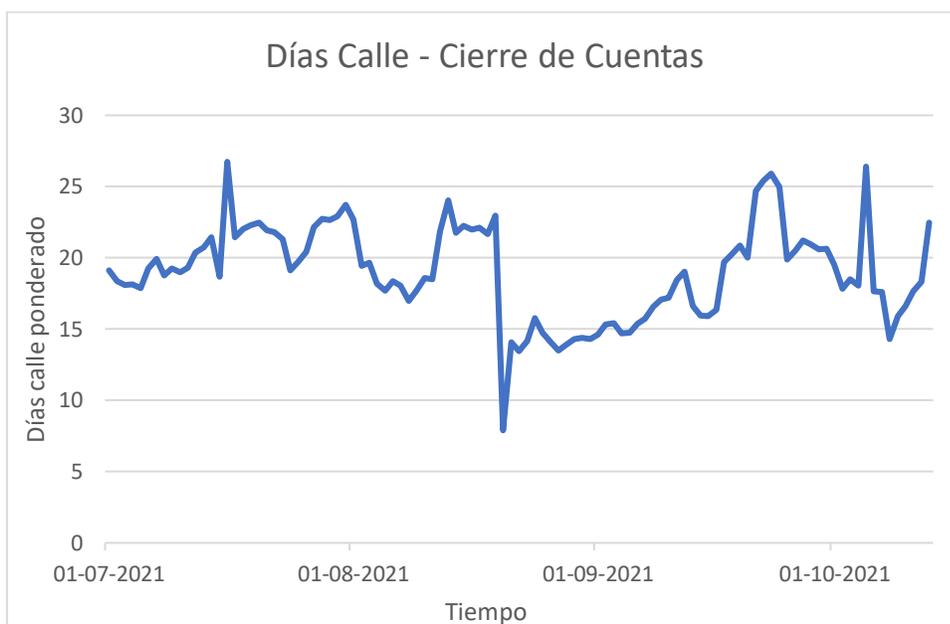
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Cierre de Cuentas.

Como se mencionó en el apartado 8.2, el cuello de botella del proceso se origina en pabellón central, lugar en el que se realiza una primera revisión de las carpetas médicas. Diariamente, se deben revisar entre 60 a 80 carpetas asociadas a la entrega de procedimientos hospitalarios en esta área, sin embargo, hay solamente 2 personas que realizan esta labor, las cuales desempeñan múltiples funciones dentro de pabellón, teniendo que cubrir procedimientos cuando es requerido. A esto, se agrega que no cuentan con un espacio ni computador únicamente para revisar la información que sale de los procedimientos, generando brechas temporales e impidiendo que se resuelvan problemas inmediatamente al momento de salir una carpeta de procedimientos. Además, la revisión de consignaciones y ocasionales también es realizada por una persona, proceso que es lento y dependen únicamente de que los proveedores entreguen los valores reales para poder cargarlos a las cuentas, sin tener herramientas para hacer seguimiento de la respuesta de estos.

Estos aspectos ocasionan que las carpetas se demoren entre 6 a 10 días en bajar al área de cierre de cuenta, provocando un desbalance en el flujo de cuentas que deberían recibir de forma diaria, las cuales se acumulan hasta que la unidad cuente con la capacidad para gestionarlas. Como consecuencia, las cuentas se estancan en la unidad y además se dilata el proceso producto de la propagación de errores provenientes de pabellón, los cuales involucran a personal médico y no permite solucionar tempranamente estos casos, incrementando los tiempos y cantidad de cuentas estancadas, tal como son expuestas en la tabla 2.

En consecuencia, el indicador de días calle para el cierre de cuentas se ve afectado por la concentración de cuentas en las áreas, teniendo periodos de crecimiento en semanas con menor capacidad de revisión. El comportamiento de este indicador suele fluctuar entre los 15 a 25 días al interior de la clínica, donde el objetivo por parte de Ciclo de Ingresos es mantenerlo cercano a la cota inferior, a pesar de que desde RedSalud Corporativo se maneja el intervalo de 20 a 25 días⁶. En la figura 18 se logra apreciar que desde principios de julio existió una leve tendencia al alza en algunos periodos, para lo cual se dieron indicaciones de revisión focalizada en pabellón central a mediados de agosto del 2021, cayendo significativamente la ponderación de Días Calle. Sin embargo, al ser una medida transitoria, el indicador volvió a tener un crecimiento constante hasta el término del seguimiento de cuentas de este trabajo de memoria.

Figura 18: Seguimiento del indicador de días calle.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de cierre de cuentas.

Por lo tanto, las limitaciones de los sistemas y plataformas informáticas utilizadas por las áreas, junto a los problemas de coordinación y cooperación entre las áreas involucradas, no permite que se realice un seguimiento adecuado y focalizado de las cuentas que deben ser cobradas tempranamente. La actual gestión de cuentas hospitalarias presenta una serie de deficiencias producto del desperdicio temporal, el retrabajo asociado al arrastre de errores y la baja capacidad de trazabilidad a lo largo del proceso, provocando desempeños que afectan al ciclo de ingresos de la clínica. Bajo la actual situación de mercado, condicionado por un alza en los niveles inflacionarios y tasas de interés, la clínica incurre en un costo de oportunidad al no recuperar tempranamente los saldos por cobrar, lo que exige la incorporación de mejoras en torno a los procesos involucrados en la cobranza de procedimientos hospitalarios, dando paso al rediseño del proceso.

⁶ La meta objetivo para el indicador de días calle por parte de RedSalud corporativo es menos exigente a la propuesta por Ciclo de Ingresos debido a que contempla una definición genérica para todas las clínicas, las cuales tienen un menor desempeño en comparación a RedSalud Providencia.

8. BENCHMARK INTERNO Y EXTERNO

En el presente capítulo se exponen los resultados del benchmark realizado, el cual tiene dos alcances. El primero corresponde a un levantamiento de información relevante del proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios en otros establecimientos pertenecientes a RedSalud, cuyo foco se centra en los resultados operacionales y las actividades involucradas. Mientras que el segundo tiene una mirada más ampliada y estratégica, donde se conocen cuáles son los principales lineamientos que siguen otras organizaciones pertenecientes al sistema de salud privado.

8.1 CLÍNICAS DE REDSALUD

El Benchmark interno se realizó mediante la recopilación de datos de los principales indicadores involucrados en el seguimiento del estado de cuentas en las 9 clínicas pertenecientes a RedSalud. Para ello, se tomó una muestra de cuentas informadas al corporativo al día 24 de septiembre del 2021 cuyo análisis cuantitativo se sintetiza en la siguiente tabla:

Tabla 13: Resumen benchmark de clínicas RedSalud.

Clínica	Cuentas en clínica	Saldo clínico MM\$	Días calle promedio	Días calle (clínica + asegurador)	% cuentas <15 días desde el alta	% cuentas devueltas
Vitacura	1.165	2.446	31.8	105.5	41.5	9.1
Providencia	1.101	2.462	22.4	119.3	31.8	2.6
Santiago	839	2.129	25.9	113.7	26.9	4.2
Elqui	638	1.615	20.8	98.5	45.4	2.7
Mayor	501	1.676	47	107.1	66.9	6.7
Iquique	390	407	14.8	94.6	37.7	S.I.
Integral	312	453	51.7	112	68.2	11.6
Magallanes	173	1.650	10.1	109	85.6	3.2
Valparaíso	116	325	16.7	120	24.4	3.3

Fuente: Informes RedSalud Corporativo.

A partir de esta información, se destacan los siguientes aspectos relevantes para el proceso de cierre de cuentas:

- Providencia presenta una gran cantidad de cuentas en clínica, ascendiendo a un número de 1.101. Esta cifra puede ser explicada por la cantidad de procedimientos que se realizan diariamente, y por la capacidad de revisión de carpetas de pabellón central, descritos en el capítulo anterior. De igual forma, Vitacura posee una gran cantidad de cuentas en clínica que, pese a no tener un volumen significativo de procedimientos, presentan graves problemas de estructura en sus equipos de Ciclo de Ingresos, elevando significativamente las cifras de sus indicadores.
- Santiago, la cual es comparable con Providencia en relación con infraestructura hospitalaria y cantidad de procedimientos realizados diariamente, posee una menor cantidad de cuentas en clínica producto de la capacidad de revisión de cuentas. Sin

embargo, su indicador de días calle promedio es más elevado que el de Providencia, lo cual se debe a una mayor cantidad de camas de larga estadía que tienen procesos más complejos de revisión de cuentas y recuperación de copago pacientes, teniendo una mayor ponderación en el cálculo de este indicador.

- Iquique tiene el mejor rendimiento en relación con el indicador de días calles que contempla el periodo de etapa clínica y recepción de bonificado de cuentas, siendo un caso de estudio relevante respecto a la recuperación de saldos considerando que comparten el HIS con Providencia.
- Valparaíso cierra cerca del 75% de sus cuentas antes de los primeros 15 días, lo que se asocia a una gestión focalizada de las cuentas.

Para profundizar en los tiempos de cierre de cuentas una vez que es dada el alta de pacientes, se consideró una muestra de cuentas de 5 clínicas que terminaron este proceso en la ventana temporal del 1 de septiembre al 18 de octubre de 2021. La distribución de cuentas (ver tabla 9) muestra que Santiago y Valparaíso presentan una gran capacidad de gestión de cuentas dentro de los primeros cinco días, cerrando el 56.1% y 63,2% del total respectivamente.

Tabla 14: Distribución de cuentas cerradas a una muestra de clínicas RedSalud.

Clínica	Distribución de cantidad de cuentas cerradas			
	[0, 2] días]2, 5] días]5, 15] días]15, ∞ [días
Providencia	0 (0%)	9 (0.76%)	887 (75.4%)	283 (24%)
Santiago	642 (28%)	644 (28.1%)	888 (38.7%)	168 (7.3%)
Vitacura	6 (0.6%)	265 (27.4%)	614 (63.1%)	87 (8.9%)
Iquique	1 (0.3%)	11 (2.73%)	232 (57.8%)	159 (29,5%)
Valparaíso	116 (22.31%)	213 (40.9%)	149 (28.7%)	42 (8%)

Fuente: Informes RedSalud Corporativo.

A partir de lo anterior, se realizaron entrevistas no estructuradas a los colaboradores encargados del cierre de cuentas de las clínicas Santiago, Iquique y Valparaíso. La elección de estas clínicas responde a los resultados obtenidos en los indicadores mostrados en la tabla 8, y a las diferencias respecto a los HIS que utilizan para la gestión interna.

De las entrevistas se logra concluir que clínica Santiago posee un sistema de gestión de cuentas bastante avanzado en relación a Providencia y el resto de las clínicas. Este sistema se sustenta en un HIS que se adapta a las necesidades de la organización, y permite generar información completa de cada una de las fases por la cual pasa una cuenta médica. Además, presenta una digitalización completa del proceso, acortando significativamente los tiempos de revisión producto de la disponibilidad de información y documentos necesarios para este propósito. Lo anterior, se acompaña de métricas e indicadores que son visualizados mediante dashboards, facilitando la gestión y toma de decisiones en torno al proceso.

Iquique y Valparaíso, destacan por la proactividad en torno a la gestión de cuentas. Pese a que a naturaleza y volumen de cuentas son menores a Providencia, tienen una gran capacidad de detección temprana de cuentas conflictivas, dando de manera oportuna un tratamiento

diferenciado. De igual forma, realizan diagnósticos constantes de los procesos, detectando y solucionando las brechas existentes.

La tabla 10 resume los aspectos más atinentes para el rediseño, identificando cuáles son las principales fortalezas de sus procesos, y las debilidades u oportunidades de mejora que pueden servir como un insumo en el rediseño.

Tabla 15: Resumen de entrevistas a una muestra de clínicas RedSalud.

Clínica	HIS	Fortalezas identificadas	Debilidades/ oportunidades de mejora identificadas
Santiago	Medycin	<ul style="list-style-type: none"> - Procesos documentados y formalizados. - Totalidad de documentos digitalizados. - Modelo de gestión definido: roles y alcances entre áreas involucradas en el proceso. - Formación y capacitación constante del equipo de cierre de cuentas. - Trazabilidad completa del proceso. - Visualización de indicadores: dashboard de todo el proceso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consignaciones y ocasionales.
Iquique	MEDIC II	<ul style="list-style-type: none"> - Proactividad en la gestión de cuentas prioritarias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consignaciones y ocasionales. - Relación áreas médicas: cumplimiento de tiempos. - Limitaciones HIS. - Acceso y visualización de la información. - Baja capacidad de integración de plataformas T.I. - Baja digitalización del proceso.
Valparaíso	NK	<ul style="list-style-type: none"> - Proactividad en la gestión de cuentas prioritarias. - Mejora continua de procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consignaciones y ocasionales. - Visualización de la información. - Baja capacidad de integración de plataformas T.I. - Baja digitalización del proceso. - Baja capacidad de negociación con médicos.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas.

8.2 CLÍNICAS Y HOSPITALES EXTERNOS

El benchmark de clínicas y hospitales externos se realizó a partir de 5 entrevistas no estructuradas a personas con vasta experiencia en gestión de cobranza y operaciones del ámbito de la salud privada. Particularmente, se logró recopilar información respecto a los principales lineamientos operativos y estratégicos que siguen clínicas como Indisa, Santa María, UC Christus y Los Andes en torno a la recuperación de saldos clínicos, quienes avanzan hacia el establecimiento de modelos de gestión entre áreas involucradas, incorporación de tecnologías habilitantes y el monitoreo proactivo de cuentas para mejorar el rendimiento interno, tener una correcta gestión de cobranza y mejorar los indicadores financieros. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes en torno a los tres ámbitos mencionados.

- **Modelos de gestión:** Las organizaciones han puesto foco en el establecimiento de modelos de gestión que permitan un óptimo funcionamiento interno. Estos modelos se basan en articular armónicamente los procesos, la tecnología e infraestructura, y el recurso humano, que deben ser alineados con el cumplimiento de los objetivos estratégicos propuestos para cada una de las áreas involucradas en la cobranza. Para ello, han establecido cuáles son los roles y alcances de cada una de las áreas, y cómo deben ser los flujos de coordinación en base a los distintos escenarios que puedan darse. De igual forma, cuentan con la definición de acuerdos de niveles de servicio, que permite tomar acciones correctivas de forma oportuna a partir de reuniones de revisión periódica del funcionamiento de las áreas.
- **Tecnologías habilitantes:** El ámbito tecnológico es relevante en todas las organizaciones. Uno de los aspectos más destacados se asocia a la flexibilidad y capacidad de adaptación que deben tener los HIS utilizados en la gestión de la información de pacientes, donde algunas organizaciones han fracasado en la implementación de sistemas producto de que no se adaptaron a las necesidades, ni se integraron correctamente con las otras plataformas TI utilizadas. También, han introducido distintas tecnologías que contribuyen con la automatización de procesos. Una de estas corresponde a la incorporación de robots en la descarga de bonificado emitido por las aseguradoras, acelerando el proceso de cobranza y aumentando la productividad del recurso humano.
- **Monitoreo proactivo de cuentas:** Otro aspecto importante corresponde a la gestión proactiva de cuentas, donde las organizaciones se encuentran revisando constantemente los convenios con las aseguradoras para establecer mecanismos de resolución de diferencias respecto a la cobertura de pacientes. Para esto, han reforzado y capacitado a los equipos de revisión de cuentas en torno a la detección de casos conflictivos, contando con plataformas que permiten hacer un seguimiento focalizado a través del tiempo.

A partir de los benchmarks realizados, se puede concluir que existe espacio para introducir mejoras en relación orquestación y digitalización de actividades, medición y visualización de indicadores, y definición de modelos de gestión que pueden contribuir positivamente en el rediseño del proceso, fortaleciendo la labor de cobranza de procedimientos hospitalarios de RedSalud Providencia.

9. PROPUESTA DE REDISEÑO

En este capítulo se muestra en detalle la propuesta de rediseño para el proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios elaborada para la Gerencia de Administración y Finanzas de RedSalud Providencia. Esta propuesta considera los elementos descritos en el análisis de la situación actual, el benchmark realizado y la literatura del autor. Por ello, se definen cuáles son las direcciones de cambio que buscan abordar las brechas existentes y presentar los lineamientos del rediseño; se presenta el modelamiento de los ajustes realizados al proceso, mostrando el flujo de actividades de la situación To-Be, y se profundiza con la descripción del proceso, roles y responsabilidades involucrados.

9.1 DIRECCIONES DE CAMBIO

De acuerdo con Barros (Barros, 2000), un paso previo a elaborar el rediseño del proceso corresponde al establecimiento de las direcciones de cambio que establecen las diferencias entre lo existente y el estado óptimo operativo, siendo una guía para las modificaciones que se necesitan incorporar. Por ello, se definen los cambios globales que van desde lo táctico a lo estratégico, centrándose en conceptos estructurales que cimientan las directrices del rediseño.

Este proyecto se focaliza principalmente en 2 direcciones de cambio. La primera corresponde a la de innovación, donde se busca introducir cambios en los paradigmas del actual funcionamiento de la clínica, presentando nuevos modelos de gestión en los que debe avanzar la organización para lograr la mejora continua de procesos y hacerla parte de su cultura. Para esto, una práctica relevante corresponde a transformar los datos en información, la cual debe ser medida, monitoreada y visualizada para la introducción de nuevas modificaciones.

La otra dirección de cambio radica en mejorar la coordinación de las áreas involucradas en la orquestación del proceso. Con esta dirección de cambio se busca frenar la inercia actual que impide realizar trabajos articulados que contribuyan al logro de una gestión más eficiente y con mejores resultados en los indicadores que se monitorean.

Para profundizar lo que implican estas direcciones, se describen las variables de cambio consideradas por Barros para el planteamiento del rediseño.

10.1.1 Asignación de responsabilidades

En base a la estructura que tienen las áreas de involucradas, hay roles que no se encuentran del todo definidos y, por ende, las responsabilidades que tienen en torno al proceso. Particularmente, se debe potenciar la figura de los supervisores de las áreas involucradas, quienes se encuentran inmersos en el plano operativo de la gestión de cuentas y pueden tener injerencia directa en el logro de los resultados del proceso. De la misma forma, las figuras de los ejecutivos de cierre de cuenta y administrativos/as de pabellón son determinantes en la primera parte del proceso, para quienes se deben definir responsabilidades y actividades que deben realizar para evitar la duplicidad de las tareas. Por último, la figura de la primera y segunda línea ejecutiva requieren de la presencia de un liderazgo que movilice a los colaboradores, promoviendo la confianza y la empatía al interior del espacio de trabajo para potenciar el logro de los resultados esperados.

10.1.2 Integración de procesos conexos

La integración de los procesos conexos debe ser uno de los focos del rediseño. La propuesta de solución debe alinear las diferentes actividades y entidades presentes en el Cierre de Cuentas, y también lograr un funcionamiento armónico con las otras áreas y sus procesos involucrados en la cobranza de procedimientos hospitalarios. En concreto, es necesario incorporar mecanismos que integren las distintas áreas de forma efectiva, estableciendo canales de comunicación concretos, prácticas de trabajo colaborativo y plataformas compartidas.

10.1.3 Anticipación

La capacidad de anticipación a problemas futuros se encuentra condicionada por el acceso a información y la trazabilidad de las cuentas, donde la capacidad de realizar acciones correctivas y proactivas depende únicamente de las labores aisladas de los colaboradores. Por ende, es necesario que se pueda contar con información disponible y visible para propiciar una gestión de cuentas focalizada en aquellas que, potencialmente, podrían estancarse en alguna de las etapas del proceso, incluso cuando el paciente aún no es dado de alta. Para este propósito, la mantención consolidada del estado tiene un rol protagónico en la disponibilidad de la información, la cual debe ser potenciada con una correcta planificación de la cartera de cuentas y la coordinación entre las áreas para el seguimiento de estas.

10.1.4 Mantención consolidada del estado

La mantención consolidada del estado es una de las variables más relevantes de este proyecto de memoria. El diagnóstico de la situación actual muestra que no se puede realizar una correcta trazabilidad de las cuentas debido a que el HIS no genera información relevante en torno a las cuentas, y las plataformas complementarias son alimentadas a partir de lo existente en este último y se enmarcan en la gestión de cada área. Por lo tanto, se necesita consolidar los datos de manera centralizada e integrada para facilitar las labores de seguimiento y control de las cuentas, estando disponible de forma oportuna para todos los actores del proceso y que estos puedan trabajar articuladamente.

10.1.5 Coordinación

Esta variable de cambio, la cual se encuentra presente de forma implícita en las otras variables, es relevante en la propuesta de rediseño. Es importante que las actividades involucradas en la gestión de cuentas tengan un correcto flujo de comunicación entre las entidades internas de la clínica, y también externas cuando se trata del acceso a medicamentos e insumos con proveedores. La coordinación entre las áreas debe estar consignada en las prácticas de trabajo del modelo de gestión que se defina, y ser apoyada por las tecnologías habilitantes.

10.1.6 Prácticas de trabajo

En la situación actual se identifican la inexistencia de prácticas de trabajo estandarizadas en las distintas áreas involucradas, dificultando un cierre de cuentas sin propagación de errores. Por ello, es necesario que se establezcan los alcances y roles que deben tener las personas involucradas en la revisión de cuentas de pabellón y de la Unidad de Ciclo de Ingresos, permitiendo que las actividades sean ejecutadas prolijamente y estén alineadas con el cambio

paradigmático que permita incorporar la mejora continua de procesos al interior la organización, siendo monitoreada e incentivada por el establecimiento de metas compartidas. En este último aspecto, la gestión del cambio es determinante en el logro del objetivo propuesto.

10.1.7 Apoyo computacional

El apoyo computacional es un habilitador para lograr lo que se propone en las variables de cambios descritas anteriormente. Para esto, se busca incorporar mejoras en las plataformas de apoyo T.I. existentes en el proceso, e introducir una nueva plataforma que se integre y mantenga una base de datos consolidada, actualizada y disponible para apoyar la gestión de cobranza de cuentas de pacientes. Además, debe contribuir con el proceso de monitoreo del desempeño de los procesos, permitiendo que se pueda medir y visualizar la información relevante para la realización de ajustes como una práctica recurrente en el tiempo.

9.2 DESCRIPCIÓN DEL REDISEÑO

El rediseño del proceso de cobranza de procedimientos hospitalarios consiste en una serie de modificaciones incrementales que buscan hacerse cargo de los principales problemas relacionados a la gestión de cuentas hospitalarias. Esta propuesta se focaliza y aborda los aspectos prioritarios en términos del beneficio potencial en los objetivos propuestos y la viabilidad de su implementación, introduciendo cambios en las estructuras de las áreas involucradas, las plataformas utilizadas y los flujos de las actividades. A continuación, se aborda detalladamente la solución propuesta que contempla la intervención del equipo asociado a Cierre de Cuentas en Pabellón, la introducción de un sistema que permita la trazabilidad en la gestión de cuentas, y el cambio de timing de facturación de bonificado hospitalario. Estas modificaciones deben ser abordadas secuencialmente en un periodo de tiempo que va desde lo operativo a lo táctico, apalancándose en los objetivos estratégicos de la organización.

9.2.1 Días de Facturación

La primera propuesta corresponde a un quickwin que se debe implementar en el área de Tesorería. En el diagnóstico se detectó que la facturación del bonificado se realiza entre dos a tres días hábiles posterior a la liquidación de documentos, lo cual alarga el periodo de recuperación de saldos teniendo un impacto en el ciclo de caja. Por ello, se plantea disminuir esta ventana temporal hasta un día hábil posterior a la liquidación de bonificado. Idealmente, se plantea la idea de realizar la facturación inmediatamente después, y en caso de que falte tiempo para concluir este subproceso de forma completa, realizar las tareas de envío o gestión interna de documentos al día posterior. Con esto, se logra una mejora inmediata del ciclo de recuperación que va de uno a tres días hábiles.

9.2.2 Cierre de Cuentas en Pabellón Central

Para asegurar un correcto desempeño de la gestión de cuentas se necesita estabilizar la operación desde su origen. Por ello, se interviene Pabellón Central de manera que se pueda asegurar contar con un flujo constante de las cuentas, cuyas carpetas deben ser revisadas inmediatamente al momento en que terminan las intervenciones quirúrgicas y, de esta forma, bajar tempranamente a la segunda revisión de cierre de cuentas sin contener errores. El rediseño en esta área considera habilitar un espacio que debe ser utilizado únicamente por los Administrativos/as de Cierre de

Cuentas de Pabellón que realizan la revisión de carpetas, cuya labor se focaliza en este propósito, dejando de realizar labores de apoyo al interior de pabellones u otras áreas.

Idealmente este espacio debe estar ubicado al interior de pabellón central, permitiendo que los colaboradores tengan acceso inmediato y puedan estar en contacto constante con los encargados de los procedimientos, pudiendo resolver con mayor grado de éxito los problemas asociados a la falta de documentos, firmas u otros. En caso de que no se cumpla, se sugiere habilitar un espacio dentro del mismo piso de Pabellón Central, lo cual facilitaría la comunicación y coordinación interna con el área médica. Además, debe contar con al menos un computador que tenga instalado MEDIC II para realizar la revisión de cuentas y tener acceso a las carpetas de monitoreo de Cierre de Cuentas.

En términos de la gestión de cuentas, se contempla la creación de un equipo de trabajo entre miembros de Pabellón Central y Cierre de Cuenta, cuyo propósito es propulsar iniciativas de mejora en torno al seguimiento y desempeño de la revisión de cuentas. Dentro de estas iniciativas se deben abordar aspectos como:

- Realización de capacitaciones a pabelloneros/as en torno a los procedimientos de carga de insumos y llenado de documentos médicos (Programa de Atención Médico y Protocolo Quirúrgico).
- Realización de capacitaciones a Administrativos/as de Cierre de Cuenta de Pabellón en torno a la revisión de cuentas con problemas recurrentes.
- Facturación de insumos ocasionales y consignaciones en conjunto con el Área de Operaciones.
- Tratamiento de cuentas prioritarias: Larga estadía, Ley de Urgencia, entre otras.
- Establecimiento de tareas puntuales y críticas del proceso.
- Establecimiento de los puntos de revisión en cada una de las áreas para evitar la duplicidad de actividades
- Revisión y definición de indicadores claves del proceso, estableciendo metas cruzadas y compartidas entre las áreas.

El equipo de trabajo debería contar con la participación del Enfermero/a Jefe/a de Pabellón, Jefe de Cierre de Cuentas (líder), y un mix de Ejecutivos/as que participan en el proceso y conocen en detalle los aspectos más operativos. Los resultados y avances de estas iniciativas deben ser presentadas al Gerente de Administración y Finanzas, siendo uno de los puntos en tabla que se abordan en el Comité de Seguimiento Mensual de la Gerencia.

9.2.2.1 Actividades Cierre de Cuentas Pabellón

En base al proceso descrito, las actividades, responsables y plazos en los que se deberían realizar las tareas del equipo de revisión de cuentas en pabellón quedan estipuladas en la siguiente tabla:

Tabla 16: Actividades Cierre de Cuentas Pabellón Central.

Actividad	Responsable	Plazo
Revisión de insumos y medicamentos	Administrativo/a de Cierre de Cuentas Pabellón	Inmediatamente al término de un procedimiento. Máximo al siguiente día hábil.
Facturación de consignaciones y ocasionales	Administrativo/a de Consignación y Ocasionales	Posterior a la revisión de insumos y medicamentos. Máximo 1 día hábil posterior a la tarea anterior.
Envío de carpetas médicas listas y listado de pendientes	Administrativo/a de Consignación y Ocasionales	Día hábil siguiente a la realización del procedimiento. Máximo 2 días hábiles.

Fuente: Elaboración propia.

9.2.2.2 Roles y responsabilidades

En base al bajo nivel de conocimiento y claridad de las labores que desempeñan los Administrativos/as de Pabellón, en la siguiente tabla se proponen las definiciones de roles y responsabilidades para garantizar el éxito de la operación:

Tabla 17: Roles y responsabilidades equipo de revisión Pabellón Central.

Rol	Responsabilidad	Dedicación
Enfermero/a Jefe/a de Pabellón Quirúrgico	<p>Velar por el correcto funcionamiento del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar con un equipo de revisión de cuentas de pabellón de forma permanente, de forma que no se altere el flujo de cuentas. - Garantizar que las cirugías se realicen sin contratiempos, disponibilizando los insumos, medicamentos, instrumentación y equipos médicos requeridos para cada procedimiento programado. - En base a lo anterior, realizar la revisión de cuenta de paciente en pabellón con un máximo de 48 horas hábiles, considerando cargos de insumos, medicamentos, y material consignado y/u ocasionales que correspondan. 	9 horas diarias
Administrativos/as de Cierre de Cuentas Pabellón (2)	<p>Realizar la primera revisión de cuentas provenientes de pabellón:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar carpetas con documentación quirúrgicas asegurando que contengan: Protocolo Operatorio, Programa de Atención Médica (PAM) completo, Protocolo de Anestesia, Hoja de Gastos, Orden de Biopsia, formularios de insumos externos, comprobante de receta psicotrópicos, comprobante de exámenes solicitados en intraoperatorio. 	9 horas diarias

Rol	Responsabilidad	Dedicación
Administrativos/as de Cierre de Cuentas Pabellón (2)	<ul style="list-style-type: none"> - Verificar Protocolo Operatorio correspondiente a los integrantes del equipo quirúrgico que participaron en el procedimiento. - Revisar que el Programa de Atención Médico estén completados correctamente, solucionado aquellos que no cumplan - Revisar cargos de anestesia apoyándose en el protocolo correspondiente, realizando el cargo de las dosis de gases anestésicos administrados de acuerdo al tiempo operatorio (una dosis por cada 10 min). - Realizar cargo o devoluciones por sistema en caso de ser necesario. Realizar cierre de cuenta en pabellón en MEDIC II, registrando al responsable del procedimiento.	9 horas diarias
Administrativo/a de Consignación y Ocasionales (1)	Realizar facturación y seguimiento de consignaciones y ocasionales: <ul style="list-style-type: none"> - Recepcionar las carpetas con gastos de pacientes que incluyan productos ocasionales y/o consignados. - Contrastar los consumos con lo informado por el Departamento de Consignaciones a través de planilla compartida “Consumo de insumos consignados y ocasionales”. - Realizar nota de consumo en MEDIC II de productos ocasionales (código 14 y 61). En el caso de los consignados, revisar que estén correctamente cargados en la cuenta del paciente (códigos 19 y 60). - Gestionar las notas de consumo enviadas al Departamento de Consignación. - Facturar productos y cerrar cuentas en MEDIC II. - Preparar carpetas que deben ser enviadas a Cierre de Cuentas. Declarar cuentas con consumos pendientes o estancadas en el proceso.	9 horas diarias

Fuente: Elaboración propia a partir de reuniones de trabajo con Enfermera Jefa de Pabellón.

9.2.3 Workflow de Cuentas

Una vez asegurado un flujo operativo en la primera fase de revisión y establecida una instancia en que los dueños y actores del proceso puedan hacer revisión de su estado, se debe introducir la medición como una práctica de gestión y mecanismo habilitador de la mejora continua de procesos en la clínica. Con esto, la medición de la cantidad de cuentas que llegan con errores a las áreas de Cierre de Cuentas, Bonificación y Cobranza es el primer paso para conocer el grado de mejora esperado, permitiendo hacer ajustes en torno a la estabilización de la operación. Por ello, y dadas las brechas de las plataformas TI actuales para realizar esta labor, se propone la incorporación de un workflow que complemente la gestión de cuentas desde el HIS y permita la

trazabilidad a lo largo del proceso, generando datos y metadatos asociados a responsables, tiempos, cambios en el estado de las cuentas, entre otros.

El workflow genera la oportunidad de visibilizar la existencia de ineficiencias a lo largo del flujo definido, permitiendo que se pueda identificar qué están haciendo mal y dar pie a la discusión del por qué lo hacen mal. Lo anterior se logra a partir de la medición de las fases del proceso con los datos y metadatos generados que, además de ser una evidencia fidedigna y objetiva, involucra a los colaboradores para que desempeñen correctamente cada una de las tareas encomendadas. De la misma forma, en caso de identificar que los errores no son de definición del proceso, si no que de ejecución por parte de los colaboradores, esta solución permitiría poder identificar dónde y quién está realizando mal su labor para tomar las acciones correctivas que correspondan bajo los criterios de los dueños del proceso.

9.2.3.1 Actores y tareas del proceso

Teniendo claro el propósito del workflow, se identifican los principales pasos y actores involucrados en el proceso. A continuación, se detallan las funciones mínimas que deben desempeñar para que el proceso resulte exitoso:

- **Administrativo/a Cierre de Cuentas Pabellón:** Es el encargado de iniciar el flujo del proceso. Al momento de recibir las carpetas, inicia el flujo de tareas con el ID del paciente. Completa los datos necesarios de la cuenta, e ingresa las observaciones asociadas a la revisión realizadas. Cambia el estado de la cuenta de paciente una vez que se ha completado la revisión.
- **Administrativo/a Cierre de Consignaciones y Ocasionales:** Recibe las cuentas que tienen revisión de consignaciones y ocasionales. A través de la plataforma realiza los pasos y seguimiento de aquellas que se deben ser facturadas. Cambia el estado de la cuenta de paciente una vez que se ha completado la revisión.
- **Enfermero/a Jefe de Pabellón:** Tiene el rol de ser administrador dentro de la plataforma, pudiendo realizar las mismas labores del Administrativo/a de Cierre de Cuentas Pabellón y Administrativo/a de Consignaciones y Ocasionales.
- **Ejecutivo/a de Digitalización:** Digitaliza los documentos de las cuentas y las carga en cada uno de los procesos iniciados del workflow. En caso de faltar documentos, reasigna la tarea al Administrativo/a de Cierre de Cuentas Pabellón para que subsane el problema. Cambia el estado de la cuenta de paciente una vez que se han digitalizado las carpetas recibidas.
- **Supervisor/a de Cierre de Cuentas:** Visualiza todos los ID's de pacientes que están listos para hacer la segunda revisión de cuentas, y los asigna a los ejecutivos que se encuentran disponibles para hacer el cierre y envío de cuenta. Resuelve problemas asociados a la falta de documentos, y hace gestión de cuentas que son devueltas con las áreas correspondientes. Cambia el estado de la cuenta según la labor que le compete.
- **Ejecutivo/a de Cierre de Cuentas:** Realiza la segunda revisión de cuentas según los criterios establecidos. En caso de haber errores de consumos, consignaciones o falta de documentos, reenvía el flujo de trabajo al actor que le antecede o sucede. Cuando las cuentas tienen su liquidación, las envía a la respectiva aseguradora, registra la gestión en el workflow y cambia el estado en la plataforma.

- **Jefe/a de Cierre de Cuentas:** Tiene el rol de ser administrador dentro de la plataforma, pudiendo realizar las mismas labores del Ejecutivo/a de Digitalización, Supervisor de Cierre de Cuentas y Ejecutivo/a de Cierre de Cuentas.
- **Ejecutivo/a de Bonificación:** Carga los bonos recibidos en la plataforma y cambia el estado de la cuenta dependiendo si existe bonificado pendiente, o si la cuenta se encuentra cubierta según lo declarado por la aseguradora.
- **Supervisor/a de Bonificación:** Tiene el rol de ser administrador dentro de la plataforma, pudiendo realizar las mismas labores del Ejecutivo/a de Bonificación.

Cabe destacar que no se incorporan roles asociados al departamento de Recaudación y Cobranza, dado que la plataforma CDS Cobranza inicia su proceso de seguimiento de cuentas una vez que el estado de esta es Copago Paciente. Además, estas cuentas ya han pasado por todas las fases anteriores, por lo que no tienen injerencia directa en torno a la revisión ni liquidación de documentos.

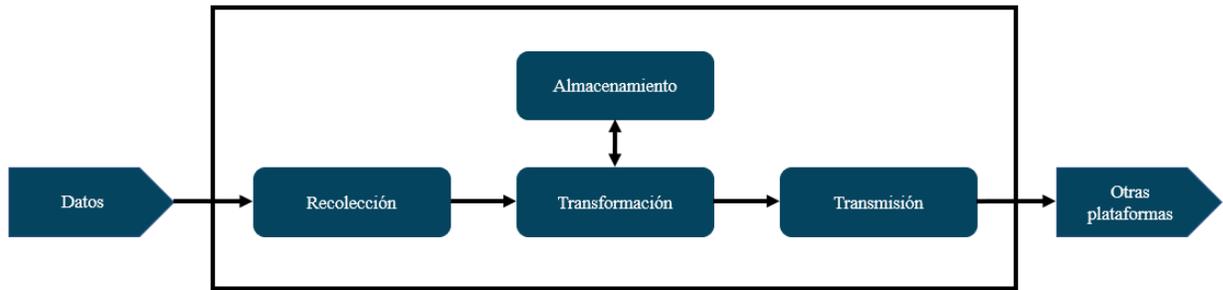
9.2.3.2 Arquitectura lógica del workflow

Para explicar la solución propuesta, se realiza una abstracción de las tareas que debe contemplar el soporte del workflow, de manera tal que posteriormente pueda definirse cuál es el flujo que sigue en base a las decisiones que deben tomarse. Con esto en mente, se plantea el esquema lógico del sistema, en el cual se identifican las cuatro tareas principales que este debe realizar. Estas tareas son:

- **Recolección:** el sistema debe ser capaz de recolectar datos de entrada a partir de la interacción con actores del proceso.
- **Transformación:** el sistema debe transformar los datos recopilados, permitiendo que las cuentas cambien en los estados definidos.
- **Almacenamiento:** el sistema debe almacenar los datos y documentos necesarios, contando con la capacidad de acceder a ellos de forma oportuna. Esto implica leer y escribir datos, y acceder a ellos cuando sea necesarios.
- **Transmisión:** el sistema debe contar con la capacidad de vincularse con dispositivos externos para procesar y/o visualizar la información.

Estas tareas se deben relacionar entre ellas y con el entorno que rodea al sistema, lo cual se muestra en la siguiente figura que establece el comportamiento lógico que persigue este sistema. El rectángulo principal que encasilla las tareas representa al sistema, mientras que las flechas determinan una relación de comunicación de datos entre los distintos objetos del diagrama.

Figura 19: Arquitectura lógica del sistema del Workflow.

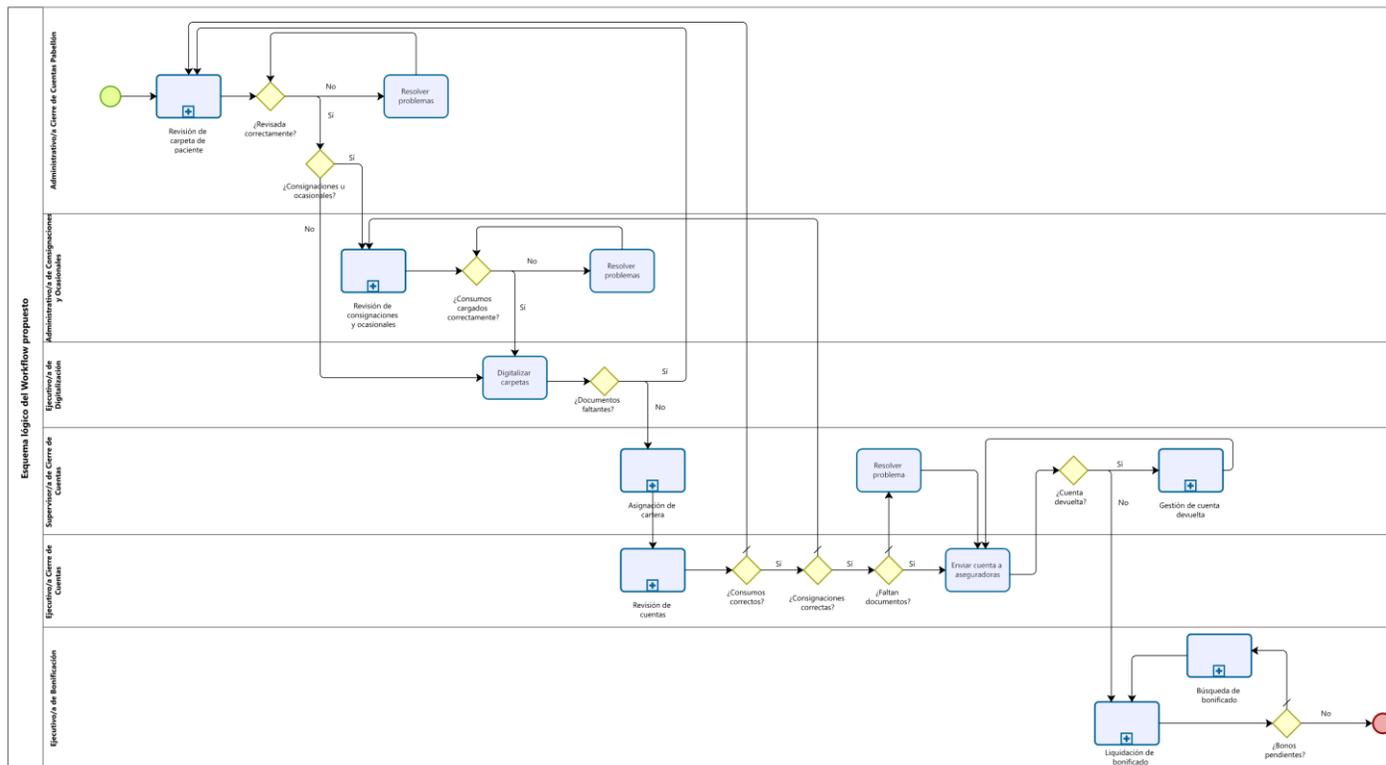


Fuente: Elaboración propia.

9.2.3.3 Esquema lógico del Workflow

Establecidos los requerimientos funcionales, se presenta el esquema lógico del workflow propuesto.

Figura 20: Esquema lógico del workflow propuesto.



Fuente: Elaboración propia.

En vista de la implementación de la plataforma, se definen cuáles son los principales objetivos de usabilidad para asegurar que los usuarios dispondrán de un correcto funcionamiento del sistema. De la misma forma, a partir del diagnóstico de la situación actual, se presentan los requisitos funcionales y no funcionales mínimos que necesita la plataforma para cumplir su propósito. Cabe destacar que estos requerimientos son solo una propuesta, y deben ser revisados y profundizados en una instancia por los mismos actores del proceso.

9.2.3.4 Objetivos de usabilidad

- **Facilidad de aprendizaje:** La interfaz de la solución debe ser simple, con funcionalidades accesibles y bien definidas. Su forma de uso debe ser fácil de aprender y aplicar, permitiendo incorporar ajustes a partir de la interacción con los colaboradores. Se debe perseguir una lógica intuitiva, apoyada por planes de implementación para disminuir riesgos de fracaso.
- **Flexibilidad:** La plataforma debe ser capaz de realizar ajustes por usuarios autorizados, revirtiendo errores producto de las labores habituales de los colaboradores. Se debe permitir que los usuarios soliciten suspender una solicitud de cambio de cuenta u otro particular, permitiendo que sea ágil en tiempo y forma. La plataforma debe permitir la introducción de cambios a partir de la interacciones y pruebas de campo con colaboradores.
- **Recuperabilidad:** La plataforma debe contemplar la existencia de errores de los usuarios, teniendo una retroalimentación guiada y apropiada por parte del mismo sistema. Se deben generar alertas de errores que permitan al colaborador saber en qué parte del proceso se encuentra.
- **Tiempo de respuesta:** Dada la cantidad de cuentas que deben ser procesadas por los colaboradores, el tiempo es un factor relevante. Si bien el tiempo de ejecución del proceso sin considerar la plataforma es importante, esta debe tener una interfaz cuyo tiempo de respuesta tienda a lo ínfimo.
- **Disminución de la carga cognitiva:** Los colaboradores deben ser capaces de completar las actividades con la menor cantidad de interacciones posibles, por lo que se debe contemplar la posibilidad de completado de campos automáticos en base a información disponible. De la misma forma, completar el flujo solo con lo indispensable para la que las cuentas puedan pasar a la fase siguiente.
- **Estética:** La plataforma debe tener un entorno visualmente agradable, contribuyendo al entendimiento y uso que deben darle los colaboradores.

9.2.3.5 Requisitos funcionales

- **RF1:** Incorporar pool de solicitudes en base a la fase del proceso en la que se encuentra la cuenta. Para ello, se deben visualizar todas las cuentas, las que tienen partes pendientes, las que han sido congeladas, las que están en espera para hacer alguna acción, u otro estado necesario.
- **RF2:** Se debe considerar la posibilidad de hacer segmentación de cuentas según montos y clasificación de estas, con el objetivo de hacer un seguimiento de cuentas prioritarias.
- **RF3:** Tener acciones habilitadas solo para usuarios autorizados, pudiendo tener alcances que sobrepasan a los de colaboradores específicos en torno a ciertas tareas.

- **RF4:** Se debe poder visualizar el tiempo que lleva la cuenta en el flujo de tareas desde que es ingresada a la plataforma, y desde que fue dado de alta el paciente.
- **RF5:** Debe quedar registro de las modificaciones realizadas por los colaboradores, identificando nombres, fechas y horarios en que se realizan.
- **RF6:** Debe poder reasignarse un procedimiento a otro colaborador. Esto pensando en la revisión de cuentas o en la resolución de errores cuando los colaboradores no se encuentran disponibles (vacaciones, licencias médicas, otros).
- **RF7:** El acceso a documentos cargados debe ser sencillo, dando posibilidad a descargarlos cuando sea necesario.
- **RF8:** Los colaboradores deben poder dejar guardados los avances de los procedimientos que realizan, permitiendo retomar el avance de sus labores en otras instancias.
- **RF9:** Se deben poder descargar lienzos de información de los procedimientos realizados.
- **RF10:** Plataforma debe poder integrarse a otras plataformas en torno a la recepción y envío de datos.
- **RF11:** Se debe incorporar un motor de búsqueda de cuenta según ID, Rut del paciente, Nombre de paciente, liquidaciones u otro identificador.
- **RF12:** Debe ser posible la creación, edición y eliminación de usuarios, sujetos a limitaciones según cargos.
- **RF13:** Los colaboradores deben acceder a la plataforma con su respectivo correo y clave institucional.
- **RF14:** La información debe tener previsualizaciones interactivas para simplificar su entendimiento.

9.2.3.6 Requisitos no funcionales

- **RNF1 Seguridad:** La plataforma debe contar con mecanismos sofisticados de resguardo de la información, dado que se cuenta con datos de pacientes y sus procedimientos realizados. Por ello, debe haber configuraciones y limitaciones establecidas para el acceso.
- **RNF2 Integridad de datos:** Dado que el propósito del workflow es generar y controlar información, los datos deben ser manipulados correctamente. Esto contempla la definición de formatos, guardado y otras acciones.
- **RNF3 Escalabilidad:** La plataforma debe tener la posibilidad introducir nuevas modificaciones en las arquitecturas de datos, complementando la estructura base que se planteó inicialmente y que de soporte al aumento en la cantidad de datos generados.

9.2.4 Visualización de datos

La implementación del workflow habilita la medición del estado del proceso de forma completa a través de los datos generados. Por este motivo, la propuesta es complementada con elementos que permitan visualizar la información que se desprende de la operación. La utilización de elementos visuales como tarjetas, gráficos estáticos y evolutivos, mapas, entre otros, proporcionan una manera sencilla y accesible de ver y comprender tendencias, valores atípicos y patrones en los datos. Con esto, se contribuye a reducir considerablemente el tiempo que un colaborador podría tardar en entender los datos y para disponibilizar información a usar en la toma de decisiones.

En concreto, se plantea la incorporación de un dashboard que apoye la labor de control y seguimiento del proceso, en el cual se pueda tener completo entendimiento del estado de tareas,

KPI's y cuentas prioritarias. A partir de esto, se busca instalar el rol proactivo en la gestión de cuentas de la clínica, permitiendo que los dueños de los procesos puedan destinar esfuerzos con acciones focalizadas para algunas cuentas; medir el desempeño de los colaboradores y el proceso, y generar distintas hipótesis que apoyen la mejora continua de procesos que se busca instaurar.

Se plantea que el dashboard incorpore, al menos, visualizaciones como:

- Métricas e indicadores: Días calle, días de cierre, recuperación de saldos, capacidad de revisión de colaboradores, otros.
- Cuentas según estado: Cuenta con alta sin cierre, cuenta cerrada pendiente de envío, cuenta devuelta, cuenta en aseguradora. Estas visualizaciones deben mostrar número de cuentas, saldos y tiempos. Para profundizar y facilitar la labor de seguimiento de cuentas, se recomienda la utilización de alertas tipo semáforo para este tipo de cuentas.
- Cuentas con bonificado pendiente y liquidado. Estas visualizaciones deben mostrar número de cuentas, saldos y tiempos.
- Cuentas con exámenes y biopsias pendientes.
- Cuentas con consignaciones y ocasionales pendientes.
- Cuentas con documentación pendiente.
- Cuentas con problemas de cierre.
- Cuentas listas para envío a la aseguradora.
- Tiempos de cierre se cuentas según segmentación de complejidad: ambulatorio paquetizado, hospitalario paquetizado, simples, complejas, otros.

Para mejorar el desempeño y tener un conocimiento más detallado de la información generada, las visualizaciones deben incorporar filtros según aseguradora, ventanas temporales, segmentos de dinero, tipo de paciente, tipo de cuenta, entre otras. En la misma línea, se deben incorporar interacciones que desplieguen información focalizada asociada a una cuenta en particular. También, se deben incorporar elementos que permitan detectar desviaciones dentro de los valores aceptables para cada indicador, tal y como son las alertas tipo semáforo.

Con esto último, se logra construir una torre de control constituida a partir de la estabilización de la operación, mejorando los niveles de tiempo y calidad en la revisión de cuentas; la incorporación de una herramienta que permite la trazabilidad completa del proceso, mejorando la medición, comunicación y coordinación de las áreas involucradas; y la visualización de todo lo anterior, generando información objetiva para la toma de decisiones.

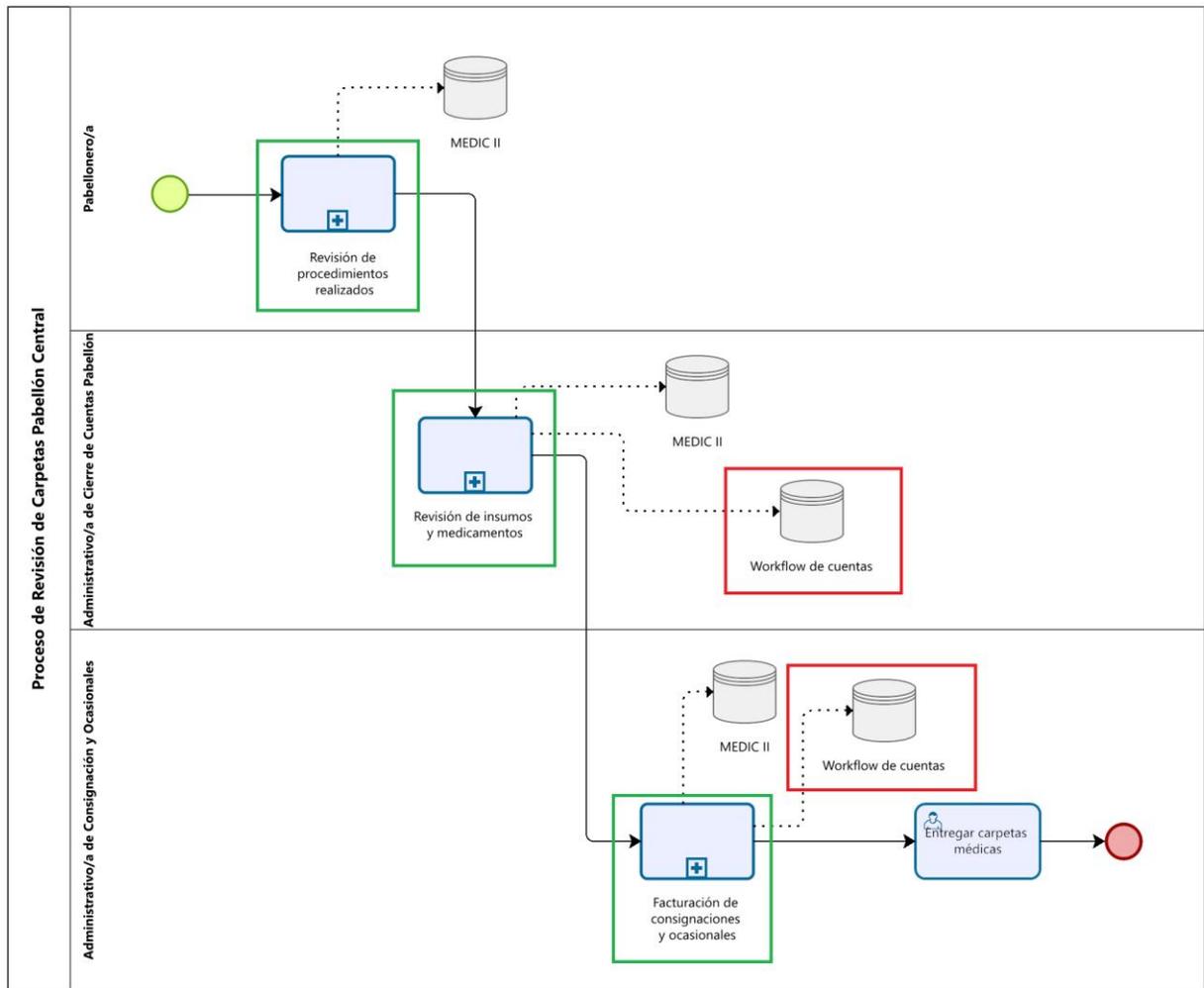
9.3 BPMN TO BE DEL PROCESO

Tomando en cuenta las modificaciones especificadas en las propuestas de rediseño, se presentan los nuevos diagramas de la situación To Be de los procesos que son intervenidos. En color rojo se destacan las nuevas plataformas incorporadas y en verde las actividades modificadas.

9.3.1 PROCESO DE REVISIÓN DE CARPETAS PABELLÓN CENTRAL TO BE

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento TO BE del proceso de revisión de carpetas de pabellón central.

Figura 21: Proceso TO BE de Revisión de Carpetas Pabellón Central.



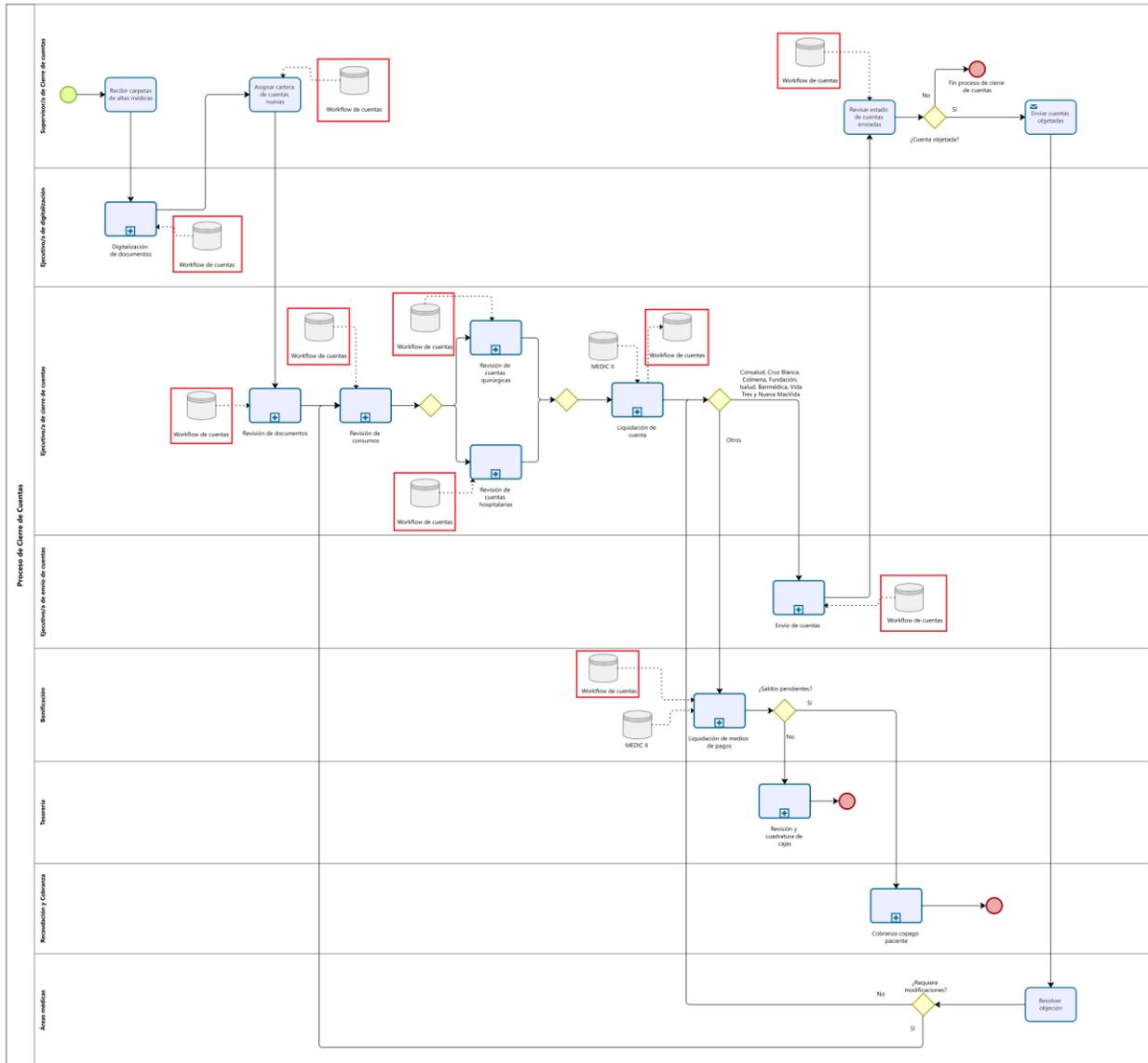
Powered by
bizagi
Modeler

Fuente: Elaboración Propia.

9.3.2 PROCESO DE CIERRE DE CUENTAS TO BE

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento TO BE del proceso de revisión de carpetas de pabellón central.

Figura 22: Proceso To Be de Cierre de Cuentas.



powered by

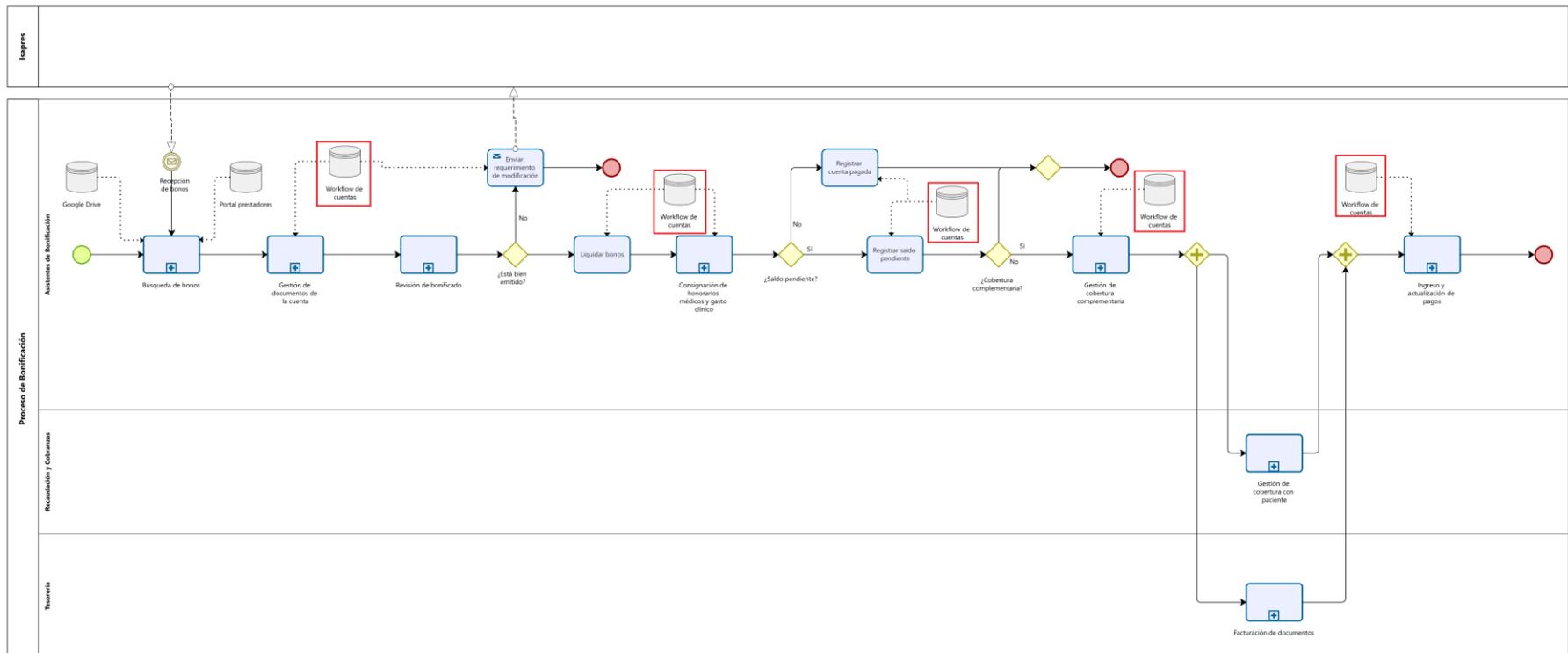
 Modeler

Fuente: Elaboración propia.

9.3.3 PROCESO DE BONIFICACIÓN TO BE

En la siguiente figura, se presenta el modelamiento TO BE del proceso de Bonificación.

Figura 23: Proceso To Be de Bonificación.

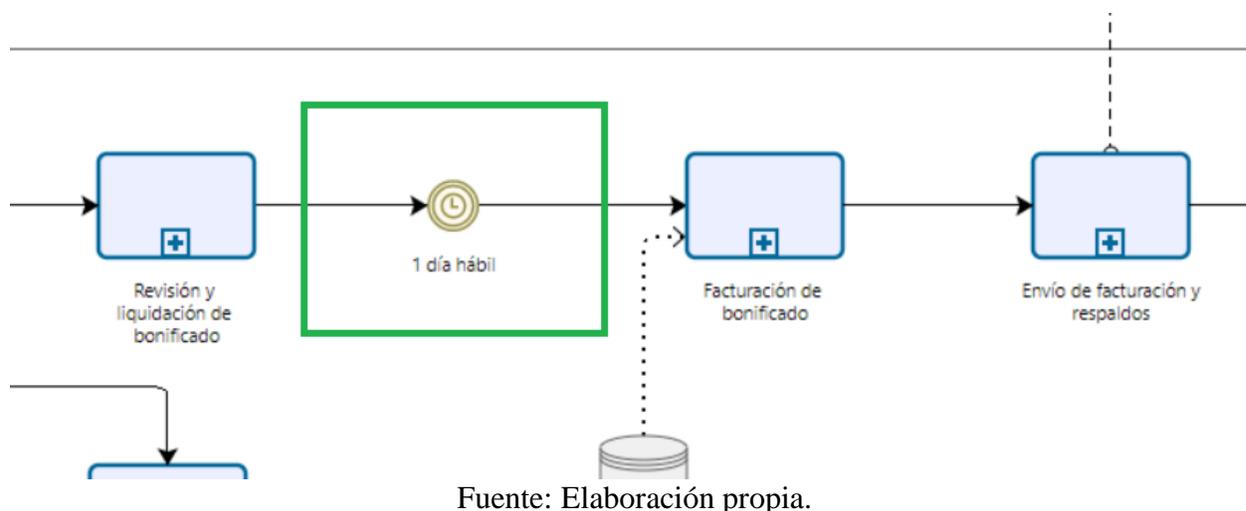


Fuente: Elaboración propia.

A partir de los esquemas, se aprecia que no existen modificaciones profundas en las actividades que se realizan. Mas bien, se especifica en qué partes del proceso se incorpora la plataforma propuesta que, la cual es un complemento de registro de las actividades que se consignan y hacen el HIS, por lo que su descripción sería redundante. Además, en el proceso de Cierre de Cuentas se elimina la labor que realiza el Jefe/a de Cierre de Cuentas, ya que no se utiliza el monitor para conocer el estado de nuevas cuentas, siendo reemplazado por la plataforma del workflow.

En cuanto al proceso de Bonificación, la plataforma es únicamente utilizada por los ejecutivos/as, donde para el caso de gestión de coberturas complementarias no se necesita incluir a personal del área de Recaudación y Cobranza, ya que es parte del seguimiento que deben hacer los ejecutivos/as. Solamente se realizan modificaciones en torno al tiempo en que se debe realizar la facturación del bonificado en el área de Tesorería, tal y como se muestra en la figura 24.

Figura 24: Modificación de tiempo de facturación.



Fuente: Elaboración propia.

9.4 TECNOLOGÍAS HABILITANTES

Expuesta la propuesta de rediseño y los requerimientos necesarios para el desarrollo de las plataformas de apoyo, se definen las tecnologías habilitantes que contribuyen con este propósito y la variable de cambio de Apoyo Computacional. La selección se realiza en base al cumplimiento de los requerimientos técnicos de la arquitectura tecnológica, la viabilidad de implementación y el acople a los sistemas existentes en la clínica. A continuación, se detallan cada una de estas.

9.4.1 Centro de Soluciones (CDS)

Para la plataforma que será soporte de la solución se plantea utilizar un Centro de Soluciones. Esta plataforma es un proyecto tecnológico interno de RedSalud Corporativo que ha sido implementado en distintas clínicas afiliadas para resolver problemas asociados a la transmisión de leads de derivaciones de pacientes, gestión de cirugías quirúrgicas, Cobranza de copago, entre otros. El desarrollo de código de esta plataforma es realizado por la empresa Netred, uno de los proveedores externos de soluciones TI del Corporativo, e incorpora los siguientes recursos:

9.4.1.1 Google Cloud Platform

Es una plataforma desarrollada por Google que reúne todas las aplicaciones de desarrollo web que la compañía ofrece [11]. Se encuentra en un espacio virtual a través del que se pueden realizar una serie de tareas que antes requerían hardware o software específicos, permitiendo almacenar y gestionar datos desde distintos puntos de acceso. En relación al CDS, esta plataforma contiene el desarrollo detrás y, a través de los distintos servicios que ofrece Google, actúa como un gestor documental de la información que es cargada.

9.4.1.2 PostgreSQL

Corresponde a un sistema de base de datos relacional de código abierto orientado a objetos que usa y extiende el lenguaje SQL, que permite almacenar y escalar de manera segura la carga de trabajos en datos [9]. Tiene una serie de características que permiten la manipulación de distintos tipos de datos (primitivos, estructurados, documentos, geométricos, personalizados) de forma segura, en grandes volúmenes, personalizable y extensible a distintos lenguajes de programación, y garantiza la recuperación de forma segura de la información ante imprevistos. Para efectos prácticos del CDS, es el principal gestor de la infraestructura de datos detrás de la plataforma.

9.4.1.3 Data Studio

Para la visualización de datos se usará Data Studio, que corresponde una herramienta gratuita que convierte los datos en informes y paneles claros, totalmente personalizables y fáciles de consultar y compartir [2]. Este software brinda la capacidad de acceder a las visualizaciones desde múltiples fuentes de datos, pudiendo cargar y procesar información a partir de la información generada por las plataformas anteriores y la información de MEDIC II a través de BigQuery. RedSalud Corporativo ya cuenta con desarrollo de panelería en Data Studio, la cual es utilizada principalmente por los dueños de los procesos.

9.5 INDICADORES DE DESEMPEÑO

Para consolidar los cambios e instaurar las prácticas deseadas, se necesita medir la evolución y el seguimiento del estado de las cuentas, junto a los principales indicadores de recuperación. La introducción de indicadores de desempeño contribuye a la toma de decisiones al interior de la organización, brindando información cuantitativa objetiva respecto al estado del proceso y las iniciativas que se quieren introducir. De la misma forma, establecen las directrices que guían a los colaboradores para comprender sus rendimientos esperados y los impactos generados al funcionamiento de la organización. A continuación, se presentan los indicadores propuestos.

Tabla 18: Indicadores propuestos.

¿Qué se mide?	Nombre del indicador	Fórmula de cálculo
El tiempo promedio que del proceso de cierre de cuenta desde el alta de paciente.	Tiempo promedio Cierre de Cuentas	(Suma total de días de cierre de N cuentas / N)
El tiempo promedio de envío a la aseguradora desde que se realiza el cierre de la cuenta.	Tiempo promedio envío aseguradoras	(Suma total de días desde el cierre de N cuentas hasta que son enviadas a la aseguradora / N)
La cantidad de cuentas que tienen problemas en relación al total de cuentas de alta.	Porcentaje de cuentas estancadas	(Número de cuentas con problemas al interior de la clínica durante el periodo t/ número total de altas de pacientes hospitalarios durante el periodo t)
Se busca medir la calidad de la revisión de cuentas en función de su efectividad del envío de cuentas a las aseguradoras.	Porcentaje de cuentas devueltas	(Número de cuentas devueltas / número total de cuentas enviadas a las aseguradoras)
La capacidad de revisión de cuentas. Específicamente, la cantidad de cuentas por cada ejecutivo.	Productividad ejecutivos/as de cierre	(Número de cuentas revisadas en el periodo t / cantidad de días del periodo t)
Medir la cantidad de saldos clínicos por cobrar cuyas cuentas se encuentra con problemas al interior de la clínica.	Saldos por cobrar cuenta con problema	(Suma total del saldo hospitalario de las cuentas estancadas en el periodo t / Número total de altas de pacientes en el periodo t)

Elaboración propia.

Cabe destacar que estos indicadores son un complemento a las métricas de días calle, los cuales se enfocan en el monitoreo del estado del proceso y pueden ser desagregados por las categorías más relevantes: tipo de cuenta, tipo de aseguradora, unidad médica, etc. La definición de encargados y metas queda propuesta para la organización.

9.6 RESUMEN DE LA PROPUESTA DE REDISEÑO

En la siguiente tabla, se muestra un cuadro resumen que indica cómo la propuesta de rediseño se hace cargo de las causas identificadas del problema, y cuál es el impacto de las soluciones que se proponen.

Tabla 19: Resumen de la propuesta de rediseño.

Problemas detectados	Soluciones propuestas	Detalle de la solución
Existencia de tiempo muerto en la facturación del bonificado hospitalario posterior a su liquidación.	Modificación del tiempo de facturación del bonificado hospitalario.	Realización de la facturación del bonificado de forma inmediata una vez que se realiza su liquidación, acortando 2 a 3 días hábiles el tiempo contemplado.
Revisión de cuentas en pabellón no se encuentra estandarizado: - Bajo conocimiento de los procedimientos - Alcances de los roles no definidos	Rediseño del proceso de revisión de cuentas en pabellón.	Establecimiento de un espacio propio para los Administrativos/as de revisión de cuentas en pabellón, estableciendo un modelo de trabajo para el seguimiento de cuentas. Se establecen las actividades claves, sus responsables y los plazos estipulados, y se definen los roles y responsabilidades en torno al proceso.
Lugar inapropiado e inexistencia de colaboradores permanentes para la revisión de cuentas en pabellón.		
Plataformas no contribuyen con la gestión y trazabilidad de cuentas.	Incorporación de una plataforma de apoyo a la gestión de cuentas hospitalarias.	Desarrollo de un workflow para la gestión de cuentas que permite la trazabilidad completa en el proceso. De esta manera, se logra la generación de datos y metadatos necesarios para poder medir y monitorear el proceso, gestionando de mejor forma las cuentas al interior de la organización, mejorando la comunicación y coordinación, e incentivando a que se realicen mejoras en el proceso.
Áreas involucradas no trabajan integradamente		
Baja capacidad de medir y visualizar información.	Elaboración de panelería para visualizar los indicadores definidos para medir y monitorear el proceso.	Desarrollo de un dashboard en la plataforma Data Studio que permite visualizar información recopilada en tiempo real. Este panel permite medir y monitorear los indicadores relevantes del proceso, permitiendo la mejora continua como un nuevo paradigma de funcionamiento de la organización.

Fuente: Elaboración propia.

10. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

A partir de la propuesta de rediseño mostrada en el apartado anterior, en este capítulo se presenta el plan de implementación que debe seguir la organización para asegurar niveles mínimos de éxito. Este plan considera la cultura existente al interior de la clínica y se alinea con la metodología de 8 pasos para la gestión del cambio de John Kotter [8], considerando las eventuales resistencias que puedan ocurrir. Dado lo anterior, se precisan las metas y fases incrementales que debe seguir la implementación del rediseño, haciendo una bajada de los principales hitos que deben cumplirse a lo largo de los tiempos estipulados. Al tener esto, se presenta la Carta Gantt que debe seguir la puesta en marcha pensando en una eventual implementación al año 2022-2023.

10.1 METAS

Para medir el éxito del proyecto, es necesario establecer cuáles son las metas que deben ser supervisadas por los encargados del rediseño. Dado que actualmente no se cuenta con datos específicos ni mediciones para algunos aspectos del proceso, no existirán algunas referencias para comparar el estado de mejora del proceso. Sin embargo, a medida que se introduzcan las plataformas de apoyo y se cuente con datos recopilados, habrá una tendencia que permitirá dilucidar el grado de éxito.

Los indicadores propuestos a ser monitoreados corresponden a:

- Días calle cierre de cuenta.
- Tiempo promedio de cierre de cuentas.
- Tiempo promedio de envío a aseguradoras.
- Porcentaje de cuentas devueltas.
- Productividad ejecutivos/as de cierre.

Del primer indicador, se espera que el tiempo de cuenta cerrada pueda estabilizarse dentro de los primeros 5 días posterior a que el paciente es dado de alta. Del segundo, se espera que el 80% de las cuentas sean enviadas a la aseguradora 2 días hábiles posterior al cierre. Mientras que la devolución de cuentas debería mantenerse en torno al 4% del total de las enviadas, reflejando un mejor manejo de la revisión. Finalmente, se espera tener un aumento en la capacidad de procesamiento de cuentas por ejecutivo al día.

10.2 FASES DE LA IMPLEMENTACIÓN

En base a las recomendaciones de Kotter, se ajustan los hitos de la implementación acorde a los 8 pasos incrementales propuestas para gestionar el cambio.

10.2.1 Definiciones

La primera fase es crucial para el desarrollo del proyecto. Se deben generar las instancias para establecer acuerdos comunes entre los distintos actores del proceso. Por ello, la primera instancia consiste en realizar un kick off del proceso en el que se establezca el sentido de urgencia de cambiar, para lo cual se necesita la transmisión de un mensaje que logre instaurar la idea de avanzar hacia un nuevo escenario. Este kick off debe contar con la presencia de la primera y

segunda línea ejecutiva, donde se presenta el nuevo escenario que introduce un proceso más eficiente en términos operativos y de desempeño. Idealmente, este mensaje debe ser transmitido por una persona con un perfil asociado a un liderazgo transformacional, buscando vincular y empoderar a los colaboradores.

En esta misma instancia, se debe establecer la gobernanza del proyecto. Para ello, se debe conformar un equipo de trabajo que estará encargado de realizar la implementación de la propuesta. Este equipo debe estar compuesto por personas con un alto grado de compromiso en la organización y que estén ligados directamente a los procesos a rediseñar. Se debe establecer la figura del líder de proyecto, quien se velará de que se cumplan los objetivos y metas fijadas, y de estar constantemente evaluando y motivando a los colaboradores.

De igual forma, se debe establecer un equipo de Stakeholders, el cual estará compuesto principalmente por la primera línea ejecutiva de la clínica, y su rol será de aprobar las definiciones y acciones tomadas por parte del equipo de trabajo. Análogamente, se debe definir quiénes serán los clientes internos claves al interior de la organización, siendo estos los principales encargados de aplicar lo diseñado y apoyar la transformación cultural dentro de las áreas de trabajo involucradas. Se destaca que cada uno de los tres equipos tendrán alcances e instancias de reunión distintas. La siguiente tabla resume las recomendaciones para cada uno de los tres.

Tabla 20: Tabla resumen de equipos de trabajo.

Equipo	Función	Instancias de trabajo
Equipo de trabajo	Será el encargado de realizar la implementación del rediseño propuesto. Tendrán que monitorear el grado de avance y generar distintas soluciones a los problemas que surjan.	3 reuniones de trabajo semanal de 1.5 horas.
Stakeholders	Aprobarán las definiciones propuestas por el equipo de trabajo, dando lineamientos y oportunidades de mejora cuando corresponda. Apoyarán la gestión del cambio al interior de sus respectivas áreas.	1 reunión cada 2 semanas de 1.5 horas.
Clientes internos claves	Usuarios principales encargados de aplicar el rediseño en sus respectivas áreas, y apoyar la transformación cultural. Compuesto principalmente por jefes y supervisores de las áreas.	Trabajo permanente.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez que se han conformado los equipos de trabajo y ha sido establecida la gobernanza del proyecto, se debe avanzar en la creación de la visión para el cambio. Se propone que esta labor la realice el equipo de trabajo, donde se debe evaluar la propuesta de rediseño y trazar caminos que permitan una implementación exitosa a partir de los recursos que se disponen. Para establecer la visión, un punto de partida consiste en revisar las principales definiciones estratégicas de la clínica, recalcando la idea de *“ser un muy buen lugar para trabajar, y resolver las necesidades de*

salud de gran parte de la población”. También, se debe realizar un diagnóstico de las competencias del equipo de trabajo, buscando dilucidar si se requiere apoyo experto externo a la organización para la implementación del rediseño, o si se necesitan nuevos perfiles para cubrir las brechas detectadas.

Cuando ya se cuenta con las principales definiciones y estrategias elaboradas por el equipo de trabajo, al igual que la forma de organización interna, se debe compartir al resto de los colaboradores. Por ello, se propone comunicar a los Clientes internos claves y colaboradores que desempeñan labores operativas el sentido de urgencia y la visión elaborada para el plan, transmitiendo la idea de mejora que les permitirá mejorar su desempeño y calidad de vida al interior de la organización, traduciéndose en un impacto positivo para los pacientes. En esta misma instancia, se debe invitar a los colaboradores a participar activamente en el proyecto, empoderándolos a ser protagonistas del cambio.

10.2.2 Puesta en marcha

La puesta en marcha sigue la misma lógica del rediseño, que es la introducción de cambios graduales que generaran tempranamente triunfos en el corto plazo. Para lograrlo, se plantean recomendaciones de cómo abordarlas.

10.2.2.1 Tiempo de facturación

El equipo de trabajo debe reunirse con el Jefe/a de Tesorería y los Ejecutivos/as de Tesorería que realizan la facturación del bonificado. Es labor del equipo de trabajo iniciar la discusión sobre la reducción del tiempo de facturación, dando hincapié a que los colaboradores sean quienes lleguen a la respuesta de cómo reducir la cantidad de días en realizar esta gestión. Se debe comunicar el beneficio potencial de reducir diariamente el tiempo contemplado para esta actividad, y comunicar públicamente los logros obtenidos por parte de los colaboradores. El plazo estipulado para esta etapa es de 2 semanas.

10.2.2.2 Cierre de cuentas en Pabellón Central

Para el Cierre de cuentas en pabellón, se debe estudiar cuál será el lugar destinado para los Administrativos/as de Cierre de cuentas, revisando nuevamente las necesidades en torno a infraestructura física y tecnológica que deben utilizar. Posteriormente, se debe trabajar con las unidades correspondientes para comunicar cuáles son los roles y actividades que deben realizar los colaboradores para evitar la duplicidad de actividades en la revisión de cuentas. Una vez que se reorganiza la unidad en el lugar definido, se debe hacer seguimiento del funcionamiento del proceso, utilizando las planillas de monitoreo para medir el flujo de cuentas que llegan al área de Cierre de Cuentas. El plazo estipulado para esta parte del proceso es de alrededor de 2 meses hasta alcanzar un nivel operativo óptimo, incluyendo el tiempo de monitoreo.

10.2.2.3 Workflow de cuentas

El desarrollo del workflow de cuentas es un proceso más complejo. En primera instancia, se deben realizar reuniones con el Departamento de T.I. para realizar un diagnóstico en torno al desarrollo de la solución. Particularmente, se debe decidir si el área T.I. cuenta con la capacidad para desarrollar la plataforma propuesta o si se debe acceder a un desarrollador externo.

Posteriormente, se debe continuar con la puesta en marcha del desarrollo, el cual sigue una metodología cascada que comienza con la profundización de los requisitos funcionales y no funcionales, para dar inicio al trabajo de la plataforma. Durante esta fase, se deben tener reuniones de trabajo periódico en conjunto con el desarrollador para ir iterando en la solución.

En paralelo, se debe avanzar en la preparación de los equipos en torno a la puesta en marcha de la plataforma. Para ello, se deben generar documentos formales donde se comunique el nuevo flujo de tareas que deben seguir los colaboradores, detectando tempranamente las brechas digitales que puedan existir. Una vez que ya se cuenta con el desarrollo realizado, de debe contemplar una etapa de capacitaciones y pruebas. Para las capacitaciones deben estar contemplados todos los colaboradores, mientras que para las pruebas se deben seleccionar algunos que tengan distintos grados de involucramiento en el proceso, de manera que se puedan detectar tempranamente resistencias y rectificarlas en la puesta en marcha definitiva. Cabe destacar que las pruebas se inician únicamente cuando los colaboradores muestran tener un mínimo grado de entendimiento.

Teniendo lo anterior, se debe comenzar con la marcha blanca de la plataforma. Esta actividad debe estar contemplada para una muestra de cuentas, de manera que se pueda tener un contraste respecto al funcionamiento anterior del proceso. La primera semana de implementación debe contar activamente con la participación del líder del equipo de trabajo, quien debe asesorarse que el proceso se esté realizando como fue planificado, teniendo que resolver las dudas que vayan surgiendo. Además, debe detectar brechas que puedan darse, trabajando activamente con el equipo para rectificar en las 2 semanas subsiguientes. En la cuarta semana, se debe contemplar la evaluación de la marcha blanca, destacando las fortalezas del equipo y los logros tempranos, y corrigiendo las debilidades y amenazas.

Consecutivamente, se contempla la puesta en marcha definitiva para el proceso, a la cual se debe hacer nuevamente un seguimiento focalizado en la detección de problemas y malas prácticas por parte de los colaboradores. En esta fase se recomienda generar instancias de retroalimentación, de manera que se detecten tempranamente insights que puedan definir líneas de trabajo en torno al proceso de revisión de cuentas. De esta forma, se consolidan las ganancias obtenidas y se generan nuevas oportunidades de cambios.

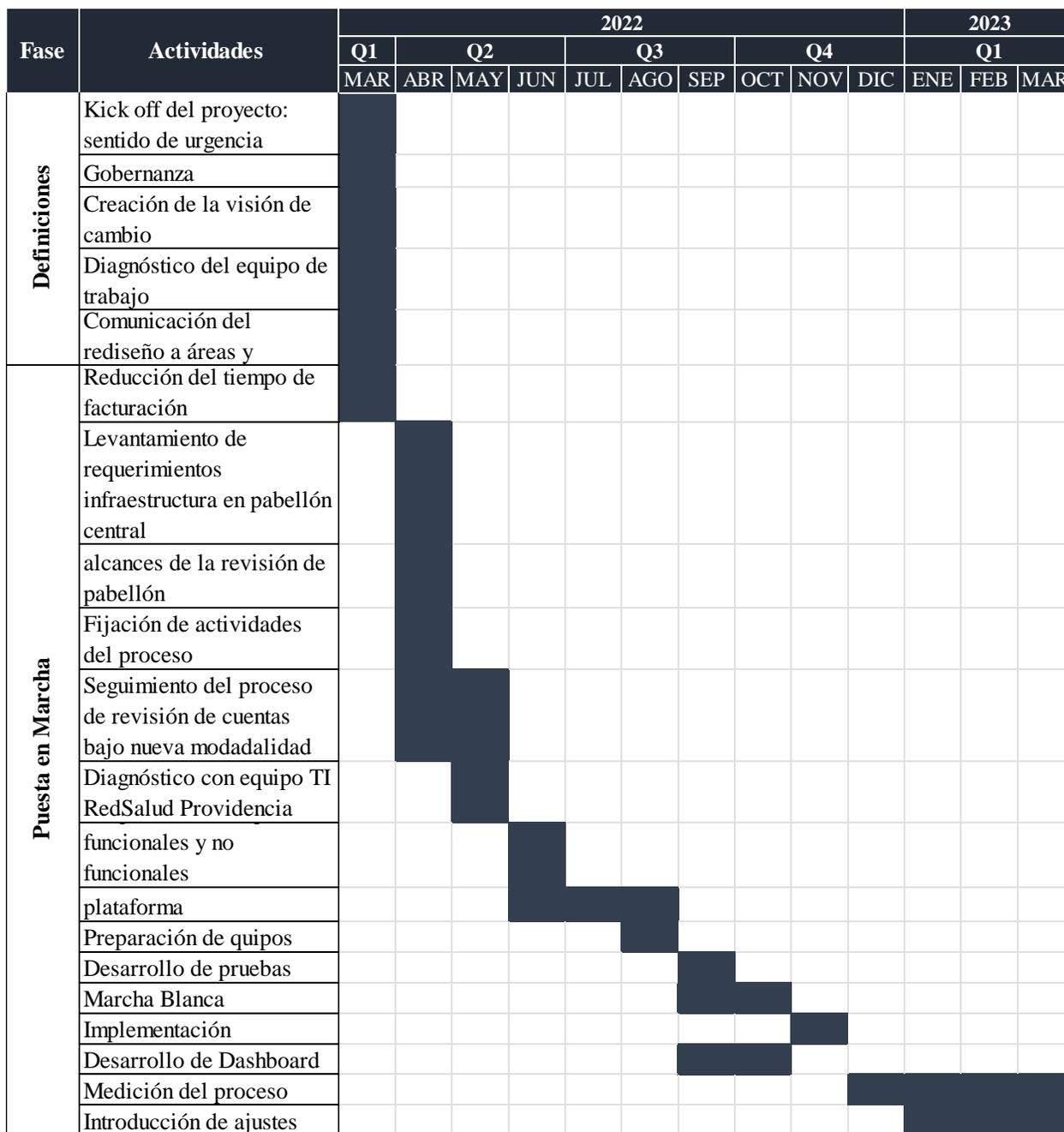
10.2.2.4 Visualización de datos

El desarrollo del panel de visualización de datos debe comenzar al momento en que se finaliza el prototipo funcional del workflow de cuentas, donde ya se debería contar con los requerimientos necesarios para conectarse a las bases de datos. Este panel debe ser compartido con los tres grupos de trabajo, sirviendo como un insumo para comprender el avance de la mejora del proceso. De esta forma la medición y visualización del estado de cuentas se transforma en una práctica recurrente al interior de la organización. Es decir, se arraiga como un nuevo enfoque en la cultura organizacional, e incentiva la mejora continua de procesos.

10.3 CARTA GANTT

A continuación, se presenta la Carta Gantt sugerida para la implementación del rediseño propuesto:

Figura 25: Carta Gantt de plan de implementación.



Fuente: Elaboración Propia.

11. EVALUACIÓN DE LA SOLUCIÓN

En el presente capítulo se muestra la evaluación de la propuesta de rediseño para determinar la factibilidad de su implementación. La evaluación se realiza en términos del impacto de la solución en el proceso, mostrando cómo repercute esta nueva forma de gestionar las cuentas en la reducción de días y la generación de liquidez. También, se evalúa desde el ámbito técnico y económico para conocer si las modificaciones relacionadas a las actividades y la introducción de tecnologías habilitadoras son viables.

11.1 IMPACTO DE LA PROPUESTA

La propuesta de rediseño incorpora una serie de mejoras para la gestión de cuentas de la clínica, las cuales cumplen con los objetivos definidos en los capítulos 4 y 7. En primer lugar, se estabilizaría la operación en una de las áreas críticas del proceso, asegurando un flujo constante de cuentas hacia la revisión y cierre. Esta intervención permitiría que, en promedio, las carpetas médicas bajen de pabellón al segundo día posterior al alta de paciente, lo cual reduce en 5 días hábiles el proceso de cierre de cuentas. Dado esto, se tiene un impacto directo de los mismos 5 días en el ciclo de recuperación de saldos hospitalarios.

La introducción de un nuevo modelo de gestionar las cuentas al interior de la organización y las plataformas de apoyo que son contempladas en la solución, mejoran la comunicación, coordinación y trazabilidad a lo largo del proceso, permitiendo controlar la operación en términos de su eficiencia y eficacia. Esto aseguraría que la reducción del tiempo sea sostenible en el tiempo, y los supuestos que se realicen en términos de su valorización económica sean razonables frente a escenarios reales.

Por otra parte, el alcance de la propuesta toma en cuenta las actividades asociadas a la bonificación de cobertura de las aseguradoras, lo que permitiría gestionar de mejor forma las cuentas que deben ser liquidadas y aquellas que deben pasar a la cobranza de copago paciente. Si bien no hay una relación explícita en términos de días reducidos, se avanza en el propósito de tener una correcta experiencia de cobranza de cara al paciente, ya que se reduciría la cantidad de cuentas conflictivas y, por ende, podrían planificar de mejor forma sus copagos.

El foco en la eliminación de desperdicios a lo largo del proceso permitió identificar brechas en el tiempo en que se realiza la facturación asociada a la liquidación del bonificado. Con la propuesta de mejora, la facturación se realizaría inmediatamente después de que se realiza la revisión y liquidación de los bonos, reduciendo en dos días hábiles el tiempo contemplado para esta actividad bajo el actual funcionamiento. Análogo al caso anterior, se tiene una reducción de 2 días respecto a la recuperación de saldos.

De esta forma, la propuesta permitiría reducir en 7 días la recuperación de la venta hospitalaria, donde cada día se realiza una venta promedio de \$106.822.379. Al implementar el rediseño, y bajo el cumplimiento de la reducción de los 7 días, se tendrían beneficios directos en torno a la liquidez de la clínica, dado que recupero antes la cantidad de la venta. Por ende, 7 días reducidos generan una liquidez de \$747.756.653.- la cual tiene un costo alternativo asociada a una inversión de esta para generar rentabilidad, dado que el costo de recibir en el futuro no es el mismo de recibir hoy.

Por último, dadas las definiciones de los indicadores de días calle, se tendría una mejora en los niveles de desempeño vistos en términos de la reducción de los días contemplados en esta etapa del proceso, mejorando el posicionamiento de la organización dentro del corporativo de clínicas que componen RedSalud. También, la incorporación de esta herramienta impactaría en las actividades diarias de los colaboradores, quienes trabajarían más eficientemente y tendrían un mayor grado de satisfacción al mejorar su entorno de trabajo y recibir retroalimentación en base a su desempeño, entre otras externalidades positivas que podrían ser introducidas.

11.2 EVALUACIÓN TÉCNICA

La evaluación técnica de la propuesta debe ser analizada desde dos perspectivas. La primera se asocia a la introducción de cambios en el área de pabellones, donde la habilitación de un espacio acondicionado para realizar los trabajos de los administrativos/as no debería ser un impedimento, dado que el piso de pabellón cuenta con salas equipadas que no están siendo utilizadas y cumplen con el propósito deseado. De igual forma, se cuenta con personal cuyos perfiles encajan con los roles definidos, teniendo las capacidades necesarias para realizar las actividades que deben desempeñar a diario.

Desde la otra perspectiva, debido a que el proyecto contempla la incorporación de una plataforma de soporte tecnológico para la gestión de cuentas, la factibilidad es condicionada por los habilitadores tecnológicos y roles necesarios para desarrollo y mantención. En ese sentido, la organización tiene experiencia reciente en la incorporación de otros CDS en la ejecución de sus procesos, para lo cual cuenta con un equipo informático que tiene los conocimientos y capacidades para ajustar la plataforma en base a los requerimientos funcionales, y realizar las mantenciones necesarias para asegurar un nivel óptimo de funcionamiento.

Además, la solución contempla una serie de plataformas para almacenar y gestionar la información que ya son utilizadas al interior de la clínica, y también para albergar el desarrollo detrás de la solución. Particularmente, se cuenta con acceso a una amplia gama de productos y servicios de Google que son fundamentales para la propuesta, entre los cuales se encuentra la herramienta de visualización.

En base a lo mencionado, existen garantías mínimas de la factibilidad técnica del proyecto, dado que RedSalud Providencia cuenta con los recursos y capacidades necesarias para incorporar las soluciones propuestas, teniendo experiencia reciente en introducción y ejecución de soluciones tecnológicas de forma exitosa.

11.3 EVALUACIÓN ECONÓMICA

Desde la perspectiva financiera, es necesario tener garantías que la incorporación de las soluciones representa un beneficio real respecto al actual funcionamiento de la organización. Por ello, se detallan los beneficios económicos y costos del proyecto, y se realiza un flujo de caja privado junto a un análisis de sensibilidad para determinar su viabilidad.

11.3.1 Beneficios

A partir de lo expuesto en el impacto de la solución, la valoración promedio de un día de procedimientos hospitalarios asciende a los \$106.822.379 que, al ser multiplicado por los 7 días reducidos del proceso, podría transformarse en una liquidez de \$747.756.653. Para efectos de beneficio económico, se considera el supuesto de generar ingresos por intereses producto de prestar dinero a otra clínica deficitaria dentro del corporativo a una tasa de interés compuesto anual del 12%. De esta forma, en el caso hipotético de realizar un depósito a 5 años, se tendrían flujos de ingresos anuales de \$89.730.798 al primer año, y \$141.193.148 al término del quinto año. Sin embargo, para un análisis más detallado, el proyecto debería ser desarrollado y evaluado en función de cada una de las fases propuestas, cuya implementación debiera ser justificada a partir de los riesgos y retornos esperados de la inversión.

11.3.2 Costos

La propuesta contempla una reorganización en el área de pabellón que no introduce costos al interior de la clínica, dado que ya cuenta con los recursos necesarios para implementar los cambios. Por ende, los costos del proyecto están asociados únicamente al desarrollo y mantención de la plataforma que apoya la gestión de cuentas.

El desarrollo de la plataforma considera inversión de \$26.200.000, la cual se compone de los sueldos de un programador de tiempo completo por un monto de \$1.400.000 durante cuatro meses, quien se encargará del desarrollo de código de la plataforma y panelería; de un ingeniero en software por un monto de \$1.750.000 durante un mes y medio, quien se encargará de definir la arquitectura tecnológica, los modelos entidad relación de las bases de datos y la integración con las distintas plataformas; y de un jefe/a de proyecto por un monto de 2.400.000 de tiempo completo durante tres meses y seis meses de media jornada.

Para la implementación de la plataforma, se contempla un costo fijo mensual de \$1.200.000 que se compone de \$900.000 del servicio de almacenamiento del desarrollo en Google Cloud Platform y \$300.000 de las mantenciones necesarias a la plataforma y bases de datos. Cabe destacar que no se consideran costos para la mantención del panel de visualización, dado que la clínica puede levantar tarjetas internas sin costo con T.I. Corporativo para resolver problemas o mejoras de este ámbito.

11.3.3 Flujo de caja

A partir de los costos y beneficios monetarios identificados, se realiza el flujo de caja privado del proyecto con un horizonte temporal de 5 años que. Para traer a valor presente los flujos, se utilizada la tasa de descuento recomendada por la clínica que, dado el riesgo de incorporación de plataformas tecnológicas, es del 12%. La siguiente figura muestra los resultados de la proyección:

Figura 26: Flujo de caja privado.

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingreso potencial por inversión de liquidez		\$89.730.798	\$100.498.494	\$112.558.313	\$126.065.311	\$141.193.148
Costo fijo de plataforma		\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000
Inversión inicial	\$ -26.200.000					
Flujo anual	\$ -26.200.000	\$ 75.330.798	\$ 86.098.494	\$ 98.158.313	\$ 111.665.311	\$ 126.793.148

Tasa descuento	12%
VAN	\$287.924.236
Payback	0,36

Fuente: Elaboración propia

De los flujos se obtiene un VAN positivo de \$287.924.236, que permite aseverar que la puesta en marcha es viable y rentable en término de los beneficios económicos que introduce la propuesta de solución. Además, se considera un payback de 0.36, por lo que la inversión inicial es recuperada a los dos años de operación.

Para complementar el estudio de su viabilidad, se evalúa la sensibilidad del proyecto en base al criterio de la reducción de días de recuperación de saldos de venta hospitalaria. Considerando un escenario de ceteris paribus de los otros criterios, la cota inferior de reducción es de 2 días, con lo que se obtiene un VAN de \$32.449.796. Por ende, si la reducción de días es menor a 2, el proyecto no es viable económicamente. A continuación, se muestra la tabla resumen de dicho escenario:

Figura 27: Flujo de caja privado sensibilizado.

	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Ingreso potencial por inversión de liquidez		\$25.637.371	\$28.713.855	\$32.159.518	\$36.018.660	\$40.340.900
Costo fijo de plataforma		\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000	\$ -14.400.000
Inversión inicial	\$ -26.200.000					
Flujo anual	\$ -26.200.000	\$ 11.237.371	\$ 14.313.855	\$ 17.759.518	\$ 21.618.660	\$ 25.940.900

Tasa descuento	12%
VAN	\$32.449.796
Payback	2,04

Fuente: Elaboración propia

En base a lo expuesto, se considera que el proyecto introduce en una serie de beneficios que permiten gestionar más eficientemente las cuentas hospitalarias, traduciéndose en una reducción del ciclo de recuperación de montos. La solución es factible en términos de los recursos y capacidades con los que cuenta RedSalud providencia, y económicamente la reducción días se transforma en beneficios económicos dado el costo de oportunidad que tiene la liquidez generada. Por ello, la propuesta de solución cumple con los criterios evaluados, siendo completamente viable su implementación.

12. CONCLUSIONES

A modo de término de este trabajo de memoria, se presentan las conclusiones más relevantes del trabajo realizado, junto a una serie de recomendaciones focalizadas en los trabajos futuros que debería dar continuidad la organización.

12.1 CONCLUSIONES GENERALES

Al inicio de este informe se contextualiza el problema que afecta a la clínica RedSalud Providencia respecto a la incapacidad de poder realizar una correcta gestión de la cobranza de procedimientos hospitalario, teniendo un impacto directo en el ciclo de ingresos. Lo anterior provoca que exista un crecimiento en la cantidad de cuentas al interior de la organización y de la morosidad de cuentas por cobrar, disminuyendo la liquidez necesaria para su funcionamiento y cumplimiento de sus obligaciones.

Del trabajo llevado a cabo, es posible concluir que se logró cumplir con los objetivos que se propusieron para su realización. En primer lugar, se cumplió con el objetivo general, elaborándose una propuesta de rediseño que introduce una serie de modificaciones en los principales procesos involucrados en la cobranza del copago y facturación del bonificado de los procedimientos hospitalarios. De ser implementada, esta propuesta tendría un potencial impacto en la disminución del ciclo de ingresos, pudiendo acortar 7 días que se traducen en una generación de liquidez de MM\$747 respecto a la venta hospitalaria.

De la misma forma, se cumplió con los objetivos específicos planteados para llevar a cabo el general. Primero, se realizó un diagnóstico de la situación actual que permitió corroborar las hipótesis iniciales del problema, y detectar brechas que no estaban contempladas inicialmente. Luego, la elaboración de esta propuesta considera modificaciones en Pabellón Central y áreas de la gerencia de Administración y Finanzas, donde se incorporó un modelo de gestión que permite controlar la eficiencia y eficacia del proceso a través de la definición de nuevas prácticas de trabajo, y el diseño y visualización de indicadores. Para lograrlo, se plantea la introducción de nuevas plataformas tecnológicas de apoyo, las cuales resuelven los problemas de comunicación y coordinación interna, y logran conseguir una trazabilidad completa del estado de las cuentas. Ante una eventual implementación, se elaboró una propuesta que considera una serie de buenas prácticas de una correcta gestión del cambio, disminuyendo los riesgos de fracaso asociados al involucramiento de personal.

A partir de esta propuesta, se espera que la organización pueda tener un funcionamiento más armónico respecto a su situación actual, donde la incorporación de este nuevo modelo de gestión de cuentas hospitalarias marque un precedente respecto a una serie de cambios que podrían hacer del proceso cada vez más eficiente y alcanzar un mayor impacto en los niveles de liquidez. A su vez, al contar con una mayor cantidad de información y control del proceso, se espera que la organización pueda consolidar su propuesta de valor hacia los pacientes, avanzando hacia la construcción de una correcta experiencia de cobranza de procedimientos y mejora en el ambiente de trabajo de los colaboradores que posicionen a la clínica dentro de los mejores recintos hospitalarios del país.

12.2 RECOMENDACIONES

Dado que esta propuesta no aborda todos los hallazgos detectados en el diagnóstico de la organización, hay una serie de elementos relevantes a ser discutidos por la primera y segunda línea ejecutiva. Uno de estos corresponde al grado de digitalización existente al interior de la organización, donde gran parte de los procesos de la Gerencia de Administración y Finanzas son dependientes de documentos físicos que, erróneamente, son considerados digitales por ser escaneados y almacenados en repositorios en la nube. De esta forma, y considerando un contexto en que las tecnologías habilitantes que ofrece la industria 4.0 introducen una serie de beneficios para la creación y captura de valor de cara al cliente, se sugiere que se generen discusiones estratégicas en torno a la concepción de la digitalización y una eventual introducción de cambios que consoliden una gestión de excelencia.

En la misma línea, se debería poner en perspectiva la continuidad de MEDIC II como Sistema de Información Hospitalaria. La evidencia muestra que, a pesar de poder contar con las garantías mínimas para la gestión de la información, sus limitaciones afectan el desempeño operativo de las labores administrativas. Por ende, se debería hacer una exploración respecto a un eventual cambio de HIS, valorando su impacto en términos de los beneficios que podría traer la incorporación de un nuevo sistema que se ajuste a las necesidades de la organización, y de los costos asociados detrás de esta iniciativa.

También, RedSalud Providencia debería considerar una eventual incorporación de un modelo de gestión del desempeño de los colaboradores, el cual consolide el cambio de paradigma en el funcionamiento de las actividades que persigue este proyecto de memoria. A partir de esto, se sugiere incorporar un modelo que considere un sistema de incentivos por desempeño individual relacionado al logro de la fijación de objetivos y metas, el cual se ajuste a la cultura organizacional y maximice los resultados de la operación.

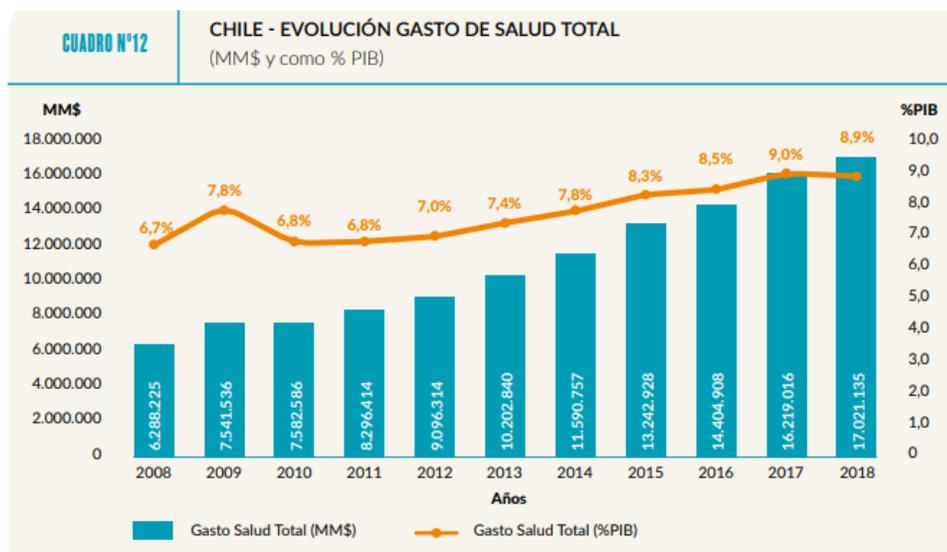
Por último, dada la existencia de episodios en los que se perdió trazabilidad del pago o cobro de documentos por parte de las áreas de la gerencia de Administración y Finanzas, se recomienda que se realice una revisión de años anteriores donde se pudieran haber dado situaciones similares. Con esto, se espera cuantificar y determinar cuáles podrían ser los impactos económicos en relación a los clientes internos y externos de la clínica, y descartar que sean hechos aislados, permitiendo establecer estrategias que disminuyan la posibilidad de que se repitan en el futuro.

13. BIBLIOGRAFIA

- [1] ALLEWEYER T. 2016. BPMN 2.0 – Business Process Model and Notation. Norderstedt: Book son Demand.
- [2] AYUDA DE GOOGLE. Le damos la bienvenida a Data Studio. [En línea] <<https://support.google.com/datastudio/answer/6283323?hl=es>> [Consulta: 29 noviembre 2021]
- [3] BARROS, O. 2000. Rediseño de Procesos de Negocios mediante el uso de patrones. Chile. Dolmen Ediciones S.A.
- [4] BARROS, O. 2004. Reingeniería de procesos de negocios. Chile. Dolmen Ediciones S.A.
- [5] BRAVO, J. 2011. Gestión integral del cambio. Chile. Editorial Evolución S.A.
- [6] CLÍNICAS DE CHILE. 2018. DIMENSIONAMIENTO DEL SECTOR DE SALUD PRIVADO EN CHILE. ACTUALIZACIÓN A CIFRAS AÑO 2018. [En línea] <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/07/DIMENSIONAMIENTO_FINAL_CIFRAS_2018.pdf> [Consulta: 05 mayo de 2021]
- [7] DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS ASISTENCIALES. 2013. Criterios de Clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios. Chile.
- [8] KOTTER, J. 1996. El líder del Cambio. Mc. Graw Hill.
- [9] POSTGREQL. About. [En línea] <<https://www.postgresql.org/about/>> [Consulta: 29 noviembre 2021]
- [10] REDSALUD. Memoria anual 2019. [En línea] <<https://www.redsalud.cl/assets/archivos/memorias/19/ Memoria RedSalud 2019.pdf>> [Consulta: 05 mayo de 2021]
- [11] TECHTARGET. Google Cloud Platform (GCP). [En línea] <<https://searchcloudcomputing.techtarget.com/definicion/Google-Cloud-Platform>> [Consulta: 29 noviembre 2021]
- [12] WHITE, S. y MIERS, D. 2010. BPMN Guía de Referencia y Modelado: Comprendiendo y utilizando BPMN (Spanish Edition). Future Strategies Inc.

14. ANEXOS

ANEXO A: Evolución del porcentaje de gasto público en función del PIB



Fuente: Clínicas de Chile, 2018.

ANEXO B: Descripción de servicios ofrecidos

- **Especialidades médicas:** la organización cuenta con una dotación de profesionales del área médica de todas las especialidades, permitiendo atender todo tipo de patologías y problemas de salud de los pacientes, para lo cual cuentan con equipamiento tecnológico de última generación para entregar una atención de excelencia y calidad.
- **Hospitalización:** consiste en la prestación de cuidados básicos y especializados que se realizan de manera integral y con altos estándares de calidad, para lo cual cuenta con un moderno complejo de hotelería hospitalaria, equipamiento tecnológico y profesionales especialistas en el manejo de pacientes de mediana y alta complejidad en sus unidades críticas.
- **Imagenología:** el establecimiento se encuentra equipado con equipos para la toma de imágenes que permiten entregar diagnósticos precisos relacionados a medicina nuclear, resonancias magnéticas, scanners, radiografías, mamografías y ecografías.
- **Laboratorio:** RedSalud cuenta con laboratorios equipados con tecnología de punta para la toma de exámenes, detección de enfermedades, establecimiento de diagnósticos y su ratificación, los cuales son manipulados por profesionales, técnicos y administrativos capacitados para realizar cada uno de los procedimientos con altos estándares de calidad.
- **Kinesiología:** la clínica posee un grupo de profesionales especializados en la rehabilitación kinesiológica asociada a traumatología y cuadros respiratorios, y a la medicina deportiva, oncológica, neurológica y maxilofacial, quienes cuentan con el equipamiento necesario para realizar las distintas actividades planificadas para los pacientes.

- **Procedimientos y exámenes:** se realizan exámenes y procedimientos de diagnósticos y terapéuticos para patologías cardiológicas, dermatológicas, gastroenterológicas y de otorrino. De igual forma, la realización de imágenes gineco-obstétricas.
- **Banco de sangre:** la clínica cuenta con el equipamiento técnico y personal especializado para realizar procedimientos asociados a la donación de sangre, permitiendo que este se haga de manera rápida y segura, pudiendo atender a los donantes y producir los hemo componentes que requieren los pacientes, detectando oportunamente la propagación de enfermedades que puedan contener las donaciones.

ANEXO C: Descripción del proceso de Cierre de Cuentas.

El proceso de cierre de cuentas se inicia cuando llegan las carpetas que contienen las altas médicas provenientes de las distintas áreas de atención de la clínica. Las carpetas son recibidas por el supervisor/a de cierre de cuentas y las entrega al ejecutivo/a de digitalización, quien escanea todos los documentos de cada uno de los pacientes y los guarda en la carpeta “Cuentasmédicas_idpaciente: cuentas disponibles para cierre” en Google Drive. Cuando ya se encuentran los documentos digitalizados, el jefe/a de Cierre de Cuentas ingresa los nuevos ID’s de pacientes en el “Monitor de Cierre de Cuentas” en Google Drive, hace la lista de los nuevos ID’s escaneados y revisa los archivos de ID’s de Ingreso en el monitor. Si los documentos están digitalizados, cambia el estado de “pendiente” a “OK” en el Monitor de Cierre de Cuentas. En caso contrario, se revisa periódicamente hasta que se encuentre la información digitalizada para realizar el cambio de estado.

Revisión de cuentas

Una vez realizado el cambio de estado, el supervisor/a de Cierre de Cuentas asigna los ID’s sin liquidar a cada uno de los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas. De forma diaria, los ejecutivos/as revisan los ID’s que les fueron asignados, y comienzan a revisar los documentos adjuntos. En caso de que no esté la documentación completa, se envía un correo al área correspondiente notificando la existencia de documentos pendientes. En caso contrario, se continúa revisando que los documentos estén completados correctamente donde, de haber algún error, se vuelve a enviar un correo al área correspondiente para subsanar el problema. Luego, se verifica el estado de los consumos del paciente en el módulo “Aplicativo de Revisión de Consumo” en MEDIC II. Si es que hay consumos pendientes, se envía un correo al área correspondiente para que se realice el registro de la información. Si no los hay, se continúa con el proceso de revisión según el tipo de cuenta:

- **Cuentas quirúrgicas**

Para este tipo de cuentas, los ejecutivos/as comienzan revisando el tipo de código del protocolo médico, pudiendo ser de tipo una cuenta de tipo paquete o convencional.

I. Convencional

Se comienza revisando que los insumos utilizados se encuentren correctamente asociados al paciente. En caso de que haya un error, se solicita al área correspondiente realizar las correcciones. Luego, se continúa revisando que el tipo de cama utilizada se encuentre

dentro del convenio o criterio de la aseguradora del paciente donde, de no estar dentro de estos casos, los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas modifican el tipo de cama utilizada en el módulo “Cuenta Cargo de Consumo” en MEDIC II. Por último, en caso de haber biopsias se debe revisar el estado de estas en el “Monitor de Histopatología” en MEDIC II. Si la biopsia se encuentra cerrada, se continúa con el proceso. Si no, se revisa periódicamente hasta que haya cambiado su estado.

II. Paquete

Se comienza revisando que el valor real no exceda el valor del paquete donde, en caso de que sea excedido, la cuenta se continúa revisando como si fuera convencional. Luego, se ingresa a la carpeta “Cirujanos autorizados” compartida a través de Google Drive, y se verifica que el médico que realizó la prestación se encuentre autorizado para el paquete. Si no está autorizado, se continúa revisando como si fuera convencional. De estar autorizado, se ingresa a la carpeta “Arancel consolidado” en Google Drive, y se revisa el tipo de cama utilizada. Si corresponde al paquete, se continúa con el proceso. Si no, nuevamente la cuenta debe ser revisada como si fuera del tipo convencional.

- **Cuentas hospitalarias:**

Para este tipo de cuentas, los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas comienzan revisando que el tipo de cama utilizada se encuentre dentro del convenio o criterio de la aseguradora del paciente donde, de no estar dentro de estos casos, los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas modifican el tipo de cama utilizada en el módulo “Cuenta Cargo de Consumo” en MEDIC II. Luego, se revisa si es que existen visitas médicas que, en caso de haber, se verifica que estén cargadas correctamente al paciente. Si no están cargadas, el supervisor/a de Cierre de Cuentas se debe encargar de subsanar el problema con el área correspondiente. En caso de no haber o que estén correctamente cargadas, se continúa revisando si es que hay biopsias consignadas al paciente. En caso de haber, se debe revisar el estado de estas en el “Monitor de Histopatología” en MEDIC II donde, si la biopsia se encuentra cerrada, se continúa con el proceso. Si no, se revisa periódicamente hasta que haya cambiado su estado.

Liquidación y envío de cuentas

Habiéndose realizado la revisión de cada ID de paciente, los ejecutivos/as ingresan al módulo de “Generación de Cuenta” en MEDIC II, y proceden a realizar la liquidación parcial o final de la cuenta. Cuando se realiza lo anterior, guardan el respaldo de la liquidación en la carpeta “Cuentasmédicas_id: OK para envío” en Google Drive, y reúnen los documentos para envío de cuentas, procediendo de la siguiente forma según el tipo de aseguradora:

- **Fonasa libre elección**

Los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas envían un mail con las cuentas Fonasa libre elección al ejecutivo/a de digitalización, quien completa el programa médico con las prestaciones bonificables para cada uno de los pacientes, digitaliza nuevamente estos documentos y cambia el estado de la cuenta de “Generada” a “Enviado a encargado” en el módulo de Generación de Cuentas en MEDIC II. Luego, estas cuentas son enviadas al área de Bonificación, donde los ejecutivos/as ingresan a MEDIC II, realizan la liquidación de los prepagos en el módulo de “Recaudación de liquidaciones” y dejan registro del saldo del paciente en la “Ficha de Gestión de Cobranza”. Si es que hay saldo pendiente, se entregan las

cuentas al área de cobranza para que inicie la gestión de cobranza de copago, y luego se continúa con el proceso de cierre y cuadratura de cajas del área de bonificación. Si es que cuenta fue cubierta completamente, se continúa con el proceso de cierre y cuadratura de cajas. En caso de haber saldo a favor del paciente, los ejecutivos/as de bonificación gestionan el programa Fonasa y luego continúan con el cierre y cuadratura de cajas que son enviadas al día siguiente a Tesorería, finalizando el proceso para este tipo de cuentas.

- **Fonasa (GRD o Segundo prestador) o particular**

Los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas envían un mail con las cuentas Fonasa (GRD o Segundo prestador) o particular al área de bonificación, donde se realizan los siguientes procedimientos:

- **Fonasa (GRD o Segundo Prestador)**

Los/as asistentes de bonificación ingresan al módulo de “Generación de Cuentas” en MEDIC II y cambian el estado de cuenta de “Generada” a “Trámite Isapre”. Luego, deben esperar que Fonasa envíe la nómina de pacientes autorizados a pagar a través de la plataforma RightNow. Cuando esto último ocurre, envían un mail con los datos de los pacientes solicitando que se emita la factura al área de Tesorería. Al momento de recibir la factura emitida por Tesorería, los/as asistentes de bonificación ingresan el pago en el módulo de “Recaudación de Liquidaciones”, y luego registran el pago de cuenta a través de Fonasa GRD o Segundo prestador en la “Ficha de Gestión de Cobranza” en MEDIC II. Posteriormente, se continúa con el cierre y cuadratura de cajas que son enviadas al día siguiente a Tesorería, finalizando el proceso para este tipo de cuentas.

- **Particulares**

Los/as asistentes de bonificación revisan el monto de la cuenta en el módulo “Recaudación de Liquidaciones” en MEDIC II, donde pueden ocurrir los siguientes casos:

Si el abono del paciente es mayor al monto de la cuenta, se anula el abono en el módulo de “Anulación de Pago de Cuenta”, se liquida la cuenta por la diferencia en el módulo “Recaudación de liquidaciones” y se registra el pago completo de la cuenta en la “Ficha de Gestión de Cobranza”. Luego, se realizan dos actividades en paralelo. Por una parte, para hacer la devolución de la diferencia de dinero del paciente, se envía un mail con los datos de la cuenta del paciente al área de Contabilidad, finalizando el proceso para este tipo de cuentas. Por el otro, se continúa con el cierre y cuadratura de cajas que son enviadas al día siguiente a Tesorería, finalizando el proceso para este tipo de cuentas.

- **Teletón**

Los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas envían un mail con las cuentas a Teletón, quienes revisan los antecedentes y envían la respuesta sobre la validación de la cuenta. Si la cuenta es objetada y requiere modificaciones, ingresa nuevamente al ciclo de revisión, donde los ejecutivos/as comienzan desde la revisión de consumos del paciente en el módulo “Aplicativo de revisión de consumo” hasta que se realiza el envío de la cuenta. Si la cuenta es objetada

pero no requiere modificaciones, ingresa nuevamente al ciclo de envío, donde los ejecutivos/as reúnen los documentos de las cuentas y se envían a Teletón.

En caso de que la cuenta sea validada por Teletón, los ejecutivos/as cambian el estado de cuenta de “Generada” a “Enviada a encargado” y, al día siguiente, envían un correo al área de Bonificación notificando que la cuenta está lista para envío. Los/as asistentes de Bonificación solicitan las cartas de resguardo Teletón al área de Recaudación que, al momento de ser recibida, ingresan al módulo “Recaudación de liquidaciones” y realizan la liquidación de la cuenta. Luego, registran el pago mediante carta de resguardo Teletón en la “Ficha de Gestión de Cobranza” en MEDIC II, y se continúa con el cierre y cuadratura de cajas que son enviadas al día siguiente a Tesorería, finalizando el proceso para este tipo de cuentas.

- **Oncosalud**

Los ejecutivos/as de Cierre de Cuentas envían un mail con las cuentas a Oncosalud, quienes revisan los antecedentes y envían la respuesta sobre la validación de la cuenta. Si la cuenta es objetada y requiere modificaciones, ingresa nuevamente al ciclo de revisión, donde los ejecutivos/as comienzan desde la revisión de consumos del paciente en el módulo “Aplicativo de revisión de consumo” hasta que se realiza el envío de la cuenta. Si la cuenta es objetada pero no requiere modificaciones, ingresa nuevamente al ciclo de envío, donde los ejecutivos/as reúnen los documentos para cuentas y se envían nuevamente a Oncosalud.

En caso de que la cuenta sea validada por Teletón, los ejecutivos/as cambian el estado de cuenta de “Generada” a “Enviada a encargado”, y al día siguiente, envían un correo a los ejecutivos/as de envío de cuentas notificando que está lista para envío. Luego, esta cuenta ingresa a través del ciclo de envíos de Consalud, el cual será detallado en el apartado de “Otras aseguradoras”.

- **Otras aseguradoras**

Los ejecutivos/as de cierre de cuentas cambian el estado de cuenta de “Generada” a “Enviada a encargado” y, al día siguiente, envían un correo a los ejecutivos/as de envío de cuentas notificando que está lista para envío. Luego, se procede de la siguiente forma según el tipo de aseguradora:

- **Consalud**

Si no es una cuenta objetada previamente, los ejecutivos/as de envío de cuentas suben las cuentas a la plataforma CMX y revisan si es que estas fueron cargadas correctamente. Si es que cargaron, hacen el envío de las cuentas a través de la misma plataforma, y revisan en la plataforma Opta Salud que hayan llegado a la aseguradora. En caso de que hayan llegado, se sube la documentación de las cuentas en el módulo “Detalle de envío de atenciones médicas” en Opta Salud. En caso contrario, se envía un correo electrónico a la aseguradora notificando la cuenta y el error arrojado por la plataforma Opta Salud y, al día siguiente, se envían los documentos de la cuenta a través de la carpeta compartida por Google Drive “Envío de cuentas – RS Providencia: Cuentas no enviadas por CMD”.

Si es que no cargaron, se revisa el motivo del problema. En caso de que se deba al estado de la cuenta, se ingresa al módulo “Generación de Cuentas” en MEDIC II y se cambia el estado de “Generada” a “Enviada a encargado”, y se repite el proceso de

envío por CMX detallado anteriormente. En otro caso, se envía un correo con las cuentas al Departamento de TI de RedSalud a nivel corporativo, quienes las suben internamente, y luego los ejecutivos/as continúan con el proceso de envío a través de CMX.

En caso de ser una cuenta objetada previamente, los ejecutivos/as envían la cuenta directamente a la aseguradora a través de correo electrónico.

- **Cruz Blanca**

Si se trata de cuentas médicas con envío directo, los ejecutivos/as de envío de cuentas las suben a la plataforma CMX y revisan si es que estas fueron cargadas correctamente. Si es que cargaron, hacen el envío de las cuentas a través de la misma plataforma, y revisan en la plataforma Opta Salud que hayan llegado a la aseguradora. En caso de que hayan llegado, se sube la documentación de las cuentas en el módulo “Detalle de envío de atenciones médicas” en Opta Salud. En caso contrario, los lunes de cada semana, se envía un correo electrónico a la aseguradora con las cuentas y su documentación.

Si es que no cargaron, se revisa el motivo del problema. En caso de que se deba al estado de la cuenta, se ingresa al módulo “Generación de Cuentas” en MEDIC II y se cambia el estado de “Generada” a “Enviada a encargado” y se repite el proceso de envío por CMX detallado anteriormente. En otro caso, se envía un correo con las cuentas al Departamento de TI de RedSalud a nivel corporativo, quienes las suben internamente, y luego los ejecutivos/as continúan con el proceso de envío a través por CMX.

En caso de ser otro tipo de cuentas (ingreso por urgencia, paquete GES y cuentas con más de un código de cirugía), los lunes de cada semana, los ejecutivos/as envían un correo electrónico a la aseguradora con las cuentas y su documentación.

- **Colmena**

Si se trata de cuentas por ley de urgencia, GES o CAEC, los ejecutivos/as de envío de cuentas ingresan al módulo de programas médicos en la página web de Colmena, completan los datos solicitados y cargan los documentos de las cuentas.

Si se trata de otro tipo de cuentas, los ejecutivos/as completan el número PAM de las cuentas en el módulo “Generación de Cuentas” en MEDIC II, envían las cuentas a través de la plataforma Cuenta Médica Electrónica 3.0 y cargan la documentación de estas en la misma plataforma.

- **Isapre Fundación e Isalud**

Para estas aseguradoras, los ejecutivos/as de envío de cuentas mandan las cuentas con su documentación a través de correo electrónico. En caso de ser Isapre Fundación, se debe incluir el mandato especial del pagaré dentro de la documentación de la cuenta.

- **Banmédica y Vida Tres**

Cuando se trata de estas aseguradoras, los ejecutivos/as de envío de cuentas deben realizar dos actividades en paralelo. Por una parte, ingresan al módulo “generación de cuentas” en MEDIC II y exportan la cuenta médica en formato Excel, al cual deben

dar formato para el envío. Por la otra, ingresan al módulo de programas médicos en el portal prestadores de la Isapre correspondiente, ingresan el número PAM y datos de la cuenta, y luego cargan las cuentas con su documentación. Cuando se han completado ambas actividades, cargan el archivo Excel generado y envían las cuentas a través del mismo portal.

- **Nueva MasVida**

Para esta aseguradora, las cuentas se envían solamente los lunes, miércoles y viernes de cada semana antes de las 12 hrs. Los ejecutivos/as de envío de cuentas deben ingresar al módulo de prestadores de la Isapre, e ingresar a “Ingreso Programa” en el módulo de programa médico de la aseguradora. Luego, deben completar los datos solicitados, cargar la documentación de las cuentas (incluyendo el mandato especial del pagaré), y enviar las cuentas a través de este portal. Posteriormente, se deben ingresar los folios de las cuentas enviadas en el módulo “Ficha de Gestión de Cobranza del Paciente” en MEDIC II.

Una vez realizado lo anterior, el supervisor/a de Cierre de Cuentas revisa diariamente el estado de las cuentas enviadas donde, en caso de haber cuentas objetadas, se envían al área correspondiente según el motivo de la objeción: si son objetadas por Contraloría Médica de la Isapre, se debe enviar a la enfermera contralor. Si es por problemas de arancel, se deben enviar al área Comercial de la clínica. Por último, si es objetada por problemas de convenio, se deben enviar al área GES de la clínica. En cualquiera de estos tres casos, cada entidad debe encargarse de resolver el motivo de la objeción y, una vez que lo hace, envía la resolución al área de Cierre de Cuentas.

Luego, si se deben hacer modificaciones, la cuenta ingresa nuevamente al ciclo de revisión, donde los ejecutivos/as comienzan desde la revisión de consumos del paciente en el módulo “Aplicativo de revisión de consumo” hasta que se envían nuevamente la cuenta. Si la cuenta no requiere modificaciones, ingresa directamente al ciclo de envío, donde los ejecutivos/as reúnen los documentos para cuentas y se envían nuevamente a la aseguradora correspondiente.

En caso de que no haya cuentas objetadas, se da por finalizado el proceso de Cierre de Cuentas.

ANEXO D: Descripción del proceso de Bonificación.

El proceso de bonificación puede iniciar de dos formas: (1) el paciente trae los documentos bonificables, (2) se realiza la búsqueda y descarga de estos. Cuando se trata de la primera, el paciente se acerca directamente a las oficinas del área de Recaudación y Cobranzas, donde un ejecutivo/a hace la recepción e ingreso de los documentos por caja que, al momento de realizarse la cuadratura y cierre, se envía a Tesorería para iniciar el proceso de recepción y recaudación de rajas.

De ser el segundo caso, los/as asistentes de bonificación proceden a buscar los bonos según el tipo de aseguradora:

- **Fundación e Isalud**

Los/as asistentes revisan los bonos que son enviados a través de correo electrónico por parte de las aseguradoras donde, en caso de haber, descargan los documentos y reúnen para posteriormente ingresarlos.

- **Nueva MasVida**

Estos bonos son descargados directamente desde la carpeta compartida de la aseguradora con el corporativo RedSalud llamada “Plan trabajo NMV” a través de Google Drive. Esta carpeta contiene subcarpetas de cada una de las filiales, donde se selecciona la “Filial Providencia”.

- **Otras**

Cuando se trata de Cruz Blanca, Nueva MasVida (presenta dos mecanismos de envío), Consalud, Colmena, Banmédica y VidaTres, los/as asistentes ingresan al portal de prestadores de las aseguradoras, revisando si es que hay bonos para descargar. En caso de haber, los descargan directamente desde la interfaz de la plataforma. De lo contrario, se repite el proceso de revisión al día siguiente.

Una vez que se han descargado los bonos, los/as asistentes de bonificación ingresan a la carpeta “CUENTAS MÉDICAS_ID PACIENTE > Cuentas enviadas” compartida a través de Google Drive, y descargan la liquidación enviada a la Isapre, la cuenta y el protocolo operatorio. Estos documentos se suben junto a los bonos descargados a la carpeta “ID PACIENTE”, la cual también es compartida por Google Drive. Luego, se ingresa a la Ficha de Gestión de Cobranza en MEDIC II y verifican que los datos en los bonos estén correctamente emitidos. En caso de que haya un error, se envía a las Isapres un requerimiento para realizar la modificación de los bonos, terminando el proceso de bonificación hasta que ingresen los nuevos bonos emitidos. En caso contrario, se ingresa al módulo de Recaudación de Liquidaciones en MEDIC II, y se revisa que el monto total de la cuenta emitida por la Isapre sea menor o igual a lo consignado en los sistemas de la clínica. Si supera el valor, nuevamente se envía un requerimiento para realizar la modificación de los bonos y se termina el proceso hasta que se envíen los bonos emitidos correctamente. Si no lo supera, en el mismo módulo de Recaudación de Liquidaciones, se liquidan los bonos, se consignan los honorarios médicos y el gasto clínico.

Posteriormente, si es que no existe saldo pendiente, los/as asistentes ingresan a la Ficha de Gestión de Cobranza en MEDIC II y dejan registro de que la cuenta fue cubierta completamente. Si no, se registra el saldo pendiente en el mismo módulo, y se revisa si es que existen cartas de resguardo o seguros complementarios. De no haber, se continúa con el proceso hasta que se realiza la cuadratura y cierre de caja. Mientras que, de existir alguno de estos mecanismos, se procede de la siguiente forma:

- **Carta de resguardo**

Se solicita la carta de resguardo del paciente vía correo electrónico al área de Recaudación y Cobranza, quienes buscan el documento en los archivos y lo envían físicamente a los/as asistentes de bonificación. Al recibirlo, se ingresa al módulo de Recaudación de Liquidaciones en MEDIC II, se consignan los honorarios médicos y el gasto clínico, y se deja registro de que la cuenta fue cubierta completamente en la Ficha de Gestión de Cobranza.

- **Seguro complementario**

Se completan los datos del paciente en la planilla correspondiente a la aseguradora dentro de la carpeta “GESTIÓN DE SEGUROS” en Google Drive, y se espera entre 1 a 2 días hábiles. Cumplido este plazo, se envía la nómina de pacientes junto con sus respectivas epicrisis a cada aseguradora que, luego de procesar la información, responde si es que el plan del paciente se encuentra bajo convenio.

De estar bajo convenio, se envían a la aseguradora los documentos del paciente, donde se incluye la cuenta, el protocolo médico, liquidación de la Isapre y copias de los bonos. Cuando la aseguradora responde sobre la cobertura del seguro complementario, los/as asistentes de bonificación envían un correo electrónico con los datos del paciente al área de Tesorería solicitando que se emita la factura a la aseguradora. Transcurridos entre 1 a 3 días, cuando se recibe la factura emitida, los/as asistentes de bonificación la envían a la aseguradora e ingresan al módulo de Recaudación de Liquidaciones en MEDIC II para consignar el pago a través del seguro complementario, y luego actualizan el saldo del paciente en la Ficha de Gestión de Cobranza.

Si no está bajo convenio, se registra la respuesta de la aseguradora en la Ficha de Gestión de Cobranza en MEDIC II, y los/as asistentes de bonificación revisan si es que puede ingresar a través de ventanilla única. En caso de poder, se procede tal cual como si estuviesen bajo convenio, enviando los documentos a la aseguradora, generando la factura y registrando los movimientos de la cuenta en MEDIC II. De no poder, se notifica al área de Cobranza, quienes se encargan de notificar al paciente sobre la tramitación del seguro complementario, finalizando el proceso de bonificación en esos casos.

Una vez que se realiza la liquidación de bonos y otros métodos complementarios, se procede a realizar el cierre y cuadratura de caja. Los/as asistentes de bonificación ingresan al módulo de Cierre de Cuenta en MEDIC II y revisan los montos totales por cada ítem que, en caso de cuadrar, se procede a realizar el cierre de caja. En caso contrario, se corrigen las diferencias y se realiza el cierre. Al día siguiente, se envían las cajas junto con su documentación al área de Tesorería, finalizando el proceso de bonificación.

ANEXO E: Descripción del proceso de Recepción y Cuadratura de Cajas Hospitalarias.

El proceso de recepción y recaudación de cajas se inicia cuando llegan las bolsas que contienen las cajas provenientes de los distintos módulos de atención a pacientes de la clínica. Al momento de abrir el contenido de estas, la única asistente de Tesorería que realiza este proceso revisa que venga con toda su documentación de respaldo, y que la cuadratura realizada por las cajeras este correcta. En caso de que exista un error, la asistente de tesorería envía un correo electrónico al supervisor/a de cajas del área de procedencia, notificando cuál es el error detectado para que se realice la corrección. De no haber error, o que este se haya subsanado, la asistente procede a contar el dinero en efectivo de la caja que, en caso de que exista alguna diferencia respecto a lo declarado en la cuadratura, se repite el procedimiento de notificación vía correo electrónico al supervisor/a de cajas del área.

Habiéndose cumplido lo anterior, la asistente procede a generar una planilla de medios de pagos recepcionados en MEDIC II, la cual utiliza para revisar la cuadratura de la caja según los medios de pagos que esta contenga. En caso de que exista alguna diferencia u error en la cuadratura, la asistente se encarga de detectarlo y hacer las modificaciones necesarias para subsanarlo. En caso contrario, se realizan los vales de depósitos para efectivos y cheques al día provenientes en las cajas, y se imprime la planilla “Resumen de medios de pagos recepcionados” con toda la información ingresada. Completando la actividad anterior, la asistente entrega recaudación en efectivo y cheques al día a ser depositados junto a su documentación a la Subjefa de Tesorería, quien consigna esta información en una planilla de detalle de ingresos para Prosegur, devuelve

una planilla como comprobante de recepción a la asistente, y lleva a la bóveda los dineros que serán retirados por la empresa de seguridad.

Transcurridos 2 días hábiles desde que se realizó la recepción de las cajas, la asistente de Tesorería revisa que los depósitos realizados sean confirmados por la entidad bancaria y procede a completar los datos en una planilla personal, con la cual revisa de que no existan inconsistencias respecto a lo consignado en la recepción de cajas. En caso de haber alguna diferencia, la asistente se encarga de corregirla y realiza la contabilización de los ingresos en Fin 700, finalizando con la exportación del comprobante contable arrojado por el software. Luego, revisa si es que dentro de los medios de pagos de las cajas recepcionadas existían cheques a fechas o pagaré en cuotas. En caso de no haber, ninguno de estos medios de pago, la asistente archiva el comprobante contable y continua con la facturación del bonificado. Por el contrario, si es que existe alguno de estos documentos, revisa que estén llenados correctamente, e ingresa a MEDIC II para verificar la existencia de honorarios médicos pendientes. Si es que los hay, genera una planilla de honorarios médicos en el mismo programa, busca los cheques físicos del paciente y consigna la cantidad de cheques con sus respectivas fechas de vencimiento en el informe de honorarios médicos. Cuando completa estas actividades, entrega los cheques, pagaré en cuotas e información de respaldo a la jefa de Tesorería.

En este punto, se inician dos actividades en paralelo:

COBRO DE DOCUMENTOS DE PAGO

Por una parte, al momento de recibir los documentos enviados por la asistente, la jefa de Tesorería le envía la planilla de honorarios médicos firmada como mecanismo de recepción y validación, e ingresa los datos de estos a las planillas “Cheque a fecha detalle” o “Pagaré en cuotas” respectivamente. Para hacer efectivo el cobro de estos, pueden darse los siguientes casos donde la jefa de Tesorería procede de la siguiente forma:

- **CHEQUE A FECHA**

Se comienza revisando los datos de los documentos. Si es que se pueden cobrar, se hace el vale de depósito del documento y se notifica al estafeta para que realice el trámite en una sucursal bancaria. Una vez que lo realizó, el estafeta le entrega el comprobante de depósito a la jefa de Tesorería, quien procede a contabilizar en FIN 700.

Si no se puede cobrar, se notifica al estafeta para que haga el retiro del documento en la sucursal bancaria y los entregue a la Jefa. Esta última, al momento de tener el cheque, notifica vía correo electrónico al área de Cobranza de la clínica, adjuntando dos copias del documento. Cobranza acusa recibo enviando una copia firmada del cheque, y se contacta con el paciente notificando el estado del documento. En base a la respuesta del paciente, puede se puede hacer un pago o un re-depósito del cheque donde, en caso de ser un re-depósito, se debe hacer un nuevo documento. Finalmente se notifica al estafeta para realizar el trámite bancario y se culmina con la contabilización en FIN700.

- **PAGARÉ EN CUOTAS**

Primero, se envía el mandato del pagaré con fotocopia de la cédula de identidad del paciente a la entidad bancaria. Posteriormente, se revisa el estado del mandato en la página web del Banco, donde puede estar o no estar aceptado por el banco. En caso de

que no esté aceptado, se notifica al área de Recaudación sobre la situación del estado del mandato del paciente. Esta última, reenvía la información al área de Cobranza, quienes contactan al paciente para informar la situación. En función de la respuesta de este último, puede darse el caso de que realiza el pago de la cuota, donde Recaudación envía el comprobante de la transacción del paciente a la jefa de Tesorería para hacer la respectiva contabilización en FIN 700. En caso contrario, si el paciente no realiza el pago luego del proceso de cobranza, se envía la documentación del deudor a Cobranza Externa.

Por otra parte, si es que el mandato está aceptado por el banco, 2 días hábiles antes del 5 de cada mes, la jefa de Tesorería debe subir la nómina de pagarés a cobrar a la página web del banco. Cuando ya está cargada, el día 5 de cada mes se revisa si es que se pudo cobrar la cuota del pagaré. Si es que no se puede, se informa a recaudación y se repite el flujo de contacto análogo al caso en que el mandato no haya sido aceptado por el banco. En caso contrario, si se puede cobrar el pagaré, se realiza la contabilización respectiva en FIN 700.

FACTURACIÓN DEL BONIFICADO

Una vez que la asistente de Tesorería recibe la planilla de honorarios médicos firmada como mecanismo de recepción y validación por parte de la jefa, genera una planilla correspondiente a los bonos a facturar a través de MEDIC II. Corrige los valores de exámenes y biopsia que puedan estar duplicados en la planilla, y ordena los bonos de las cajas según el tipo de aseguradora.

- **Fonasa**

La asistente separa los bonos según su tipo. Si son bonos Web, ingresa a la página web de Fonasa y genera un resumen de los bonos a liquidar. Revisa los bonos desplegados por el sistema de la aseguradora y verifica si es que cuadran respecto al monto a ser facturado. Si es que no cuadra, busca el error o la diferencia entre ambas partes, y soluciona en caso de que pueda ser corregido para posteriormente realizar la liquidación de los bonos en MEDIC II. En caso de no poder corregir el error, modifica la cuadratura de facturación y devuelve la caja con errores a la Supervisora de cajas del área correspondiente, finalizando el proceso. En caso de que sí cuadre, realiza directamente la liquidación de los bonos en MEDIC II.

Si es que son bonos AVAN o externos, se genera una planilla Excel para cada tipo de bono, las cuales son completadas con el Rut del paciente, y el folio y la fecha de emisión del bono. Posteriormente, sube la planilla a la página web de Fonasa y revisa si es que cuadra la cantidad de bonos a facturar respecto a los consignados por el sistema de la Isapre. Si es que cuadran, se realiza la liquidación de los bonos en MEDIC II. Si es que no, se procede a revisar el error o la diferencia al igual que en el caso de los bonos Web donde, de no ser posible la corrección de la diferencia, se devuelve la caja a la supervisora de cajas del área correspondiente. Mientras que, de poder realizarse la corrección, se hace la liquidación a en MEDIC II.

- **Otra aseguradora**

La asistente separa los bonos por Isapre y los separa en bonos pistoleables y no pistoleables. Si son bonos pistoleables, genera una planilla para cada Isapre y pistolea los códigos de cada bono. Ingresa a la página web de la aseguradora, carga los valores ingresados a la planilla, y procede a comparar los bonos consignados en el sistema de la Isapre con respecto a los de la base de facturación. Si es que no cuadra, realiza las

modificaciones correspondientes y luego realiza la liquidación de estos en MEDIC II. Si es que cuadran, realiza la liquidación directamente.

Si es que son bonos no pistoleables, suma el monto total de los bonos y se compara respecto al monto consignado en la base de facturación. Si es que no cuadra, se realizan las correcciones correspondientes y se hace la liquidación en MEDIC II. Si es que cuadra, se realiza directamente la liquidación de los bonos en el mismo software.

Luego de haber realizado la liquidación por tipo de Isapre, la asistente genera una planilla de “Recaudación de honorarios médicos” en MEDIC II, la cual separa según el tipo de rol de los honorarios, y posteriormente por tipo de aseguradora.

- **Fonasa**

Se comienza revisando según el tipo de bono. Si es un bono PAD, se utiliza la planilla de “Diferencia de HMQ en PAD” como insumo para buscar los ID’s de la base de facturación que tengan descuentos. En caso de existir descuentos, se ingresan en la base de facturación, y se consignan en los descuentos al primer cirujano en la planilla “Honorarios médicos”. Si es que no existan descuentos, es un tipo distinto al bono PAD, o ya se ingresaron los descuentos al primer cirujano, se comparan los valores de la base de facturación con respecto a los honorarios médicos.

- **Otra aseguradora**

Se compara directamente el valor de los honorarios médicos por rol con respecto a la base de facturación.

Independiente del tipo de aseguradora, si es que los valores cuadran, la asistente emite la factura de los bonos por tipo de Isapre en MEDIC II. En caso de que no cuadren, se identifica el error y se realizan las modificaciones necesarias para luego emitir la factura. Dependiendo del tipo de aseguradora, se imprimen 3 facturas para cada entidad: 2 originales y 1 cedible. En caso de ser Isapres Banmédica, Vida Tres, MasVida o Isalud, la asistente ingresa a DBNeT y descarga las facturas.

ENVÍO DE FACTURAS

Cuando se emiten las facturas de todo el bonificado, se inicia la fase de envío a las distintas aseguradoras.

- **Fundación o Carta de resguardo**

Se escanean la factura, y los bonos o carta de resguardo, según sea el caso. Luego, se envían estos documentos vía correo electrónico. Una vez que son recibidos, se espera la respuesta por parte de las aseguradoras o empresas respecto a la fecha de pago tentativa, la cual llega con copia a la subjefta de Tesorería.

- **Colmena**

Se junta la factura cedible, una original y los bonos físicos. Esta documentación es entregada al estafeta de la clínica, quien se dirige presencialmente a la aseguradora para completar el envío. Colmena devuelve la factura cedible con la fecha tentativa de pago como mecanismo de acuso de recibo, la cual es entregada por el estafeta a la subjefta de Tesorería.

- **Otra aseguradora**

Se cargan los datos de las facturas en los módulos respectivos de las páginas web de cada Isapre, y se descarga el comprobante de facturación en el cual se anota la fecha tentativa de pago.

Después de haber enviado las facturas, la asistente junta todos los documentos generados en este paso, registra las facturas en el “Cuaderno de facturas exentas y afectas” y entrega la documentación a la subjefa de Tesorería. Esta última colaboradora genera un listado de facturas afectas y exentas según el periodo de facturación en MEDIC II, y registra las facturas emitidas en una planilla con la cual hace seguimiento al pago por parte de las Isapres.

Posteriormente, ocurren dos actividades en paralelo. Por una parte, la colaboradora reúne las facturas y documentos de honorarios médicos por alrededor de 10 días, los cuales envía al departamento de Contabilidad en 3 oportunidades mensuales para respaldar las actividades realizadas en Tesorería. Por la otra, espera y monitorea el pago de las facturas según las fechas tentativas de pago. Si es que se sobrepasa la fecha estipulada de pago, la colaboradora realiza la gestión de cobranza y contacta a la aseguradora. En caso de que sea pagada, la contabiliza en FIN 700 y registra el pago en la planilla de facturas exentas y afectas, finalizando el proceso de Recepción y Recaudación de cajas Hospitalarias.