



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

REDISEÑO DEL PROTOCOLO DE GESTIÓN DE COBROS DE REDSALUD PROVIDENCIA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL

FELIPE GONZALO PEZOA ÁLVAREZ

PROFESOR GUÍA:
RAÚL URIBE DARRIGRANDI

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
MANUEL DÍAZ ROMERO
NICOLÁS CISTERNAS GONZÁLEZ

SANTIAGO DE CHILE
2023

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR
AL TÍTULO DE INGENIERO CIVIL INDUSTRIAL
POR: FELIPE GONZALO PEZOA ÁLVAREZ
FECHA: 2023
PROF. GUÍA: RAÚL URIBE DARRIGRANDI

REDISEÑO DEL PROTOCOLO DE GESTIÓN DE COBROS DE REDSALUD PROVIDENCIA

La presente memoria detalla el rediseño de procesos dentro de las áreas que forman parte de administración y finanzas del centro clínico RedSalud Providencia.

Se realiza un análisis exploratorio del funcionamiento de los departamentos de cobranza, tesorería, recaudación, y control de gestión. Este análisis se lleva a cabo por medio de un levantamiento de los procesos de estos departamentos, el análisis de las bases de datos financieras y la evaluación de las actuales herramientas tecnológicas empleadas por la organización. Esto incluye además las conclusiones extraídas de entrevistas al personal dentro del área de cobranza.

Se identifican los principales problemas como la falta de coordinación entre las áreas, la falta de registro de cuentas incobrables, la falta de automatización de procesos sencillos, la aplicación recurrente de ajustes contables y la frecuente solicitud de coberturas a sus empresas controladoras.

Se propone las siguientes soluciones: una reestructuración del proceso seguimiento y clasificación de cuentas castigadas, la incorporación de medios de comunicación escrito o ERP acorde a las necesidades de trazabilidad de la compañía, y la adición de un registro simplificado para cuentas castigadas de menor importe.

Los principales alcances involucran una mejora en el control financiero de las cuentas castigadas, una reducción de procedimientos redundantes, y la estructuración y registro de las actividades realizadas por las distintas áreas. Entre los resultados esperados se encuentran la disminución de las tensiones administrativas de la organización y la menor necesidad de refinanciamiento externo de cuentas castigadas gracias a la mejor estimación de estas cuentas.

Queda como desafío para futuros trabajos la incorporación de conocimientos cruzados dentro del holding. Cada centro de salud miembro de Empresas Red Salud S.A. posee su propio mecanismo de gestión de cuentas. Más allá de una integración directa de estos sistemas de gestión es deseable un análisis detallado de cada uno de estos con el fin de recabar las ventajas que cada uno puede aportar. Es de ahí que, esta variedad de mecanismos de gestión puede traducirse en una fortaleza para la empresa.

Agradecimientos

Al profesor Raúl, muchas gracias por su apoyo.

Para el resto de mis amigos, por su insistencia para salir adelante.

A la vida, por sus constantes enseñanzas.

Tabla de Contenido

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Introducción | 1 |
| 2. Antecedentes Generales | 3 |
| 2.1. Rubro | 3 |
| 2.2. Misión y Visión | 4 |
| 2.3. Organigrama | 4 |
| 2.4. Estructura societaria | 5 |
| 2.5. Productos y servicios | 6 |
| 2.6. RedSalud Providencia | 8 |
| 2.7. Ventaja competitiva en el mercado | 9 |
| 2.8. Marco Institucional | 10 |
| 2.8.1. Actores y sus relaciones con la empresa | 10 |
| 2.9. Regulaciones relevantes | 11 |
| 2.9.1. Tendencias del mercado | 12 |
| 2.9.2. Posicionamiento de la empresa en el mercado | 13 |
| 2.9.3. Desempeño organizacional | 13 |
| 2.10. Identificación del área de la organización | 14 |
| 2.11. Identificación de la oportunidad y su relevancia, efectos y posibles causas | 15 |
| 2.12. Identificar hipótesis y posibles soluciones | 16 |
| 3. Objetivos | 17 |
| 3.1. Objetivo General | 17 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 17 |
| 4. Marco Conceptual | 18 |
| 4.1. Procesos | 18 |
| 4.2. Rediseño de procesos | 18 |
| 4.2.1. Definición del proyecto | 19 |
| 4.2.2. Levantamiento de la situación actual | 19 |
| 4.2.3. Rediseño | 20 |
| 4.3. Control de gestión | 21 |
| 4.4. Modelamiento BPMN | 21 |
| 5. Metodología | 22 |
| 6. Diagnóstico | 23 |
| 6.1. Definición del proyecto | 24 |
| 6.2. Levantamiento de la situación actual | 25 |

| | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 6.3. | Procesos | 27 |
| 6.3.1. | Recepción y recaudación de cajas del servicio ambulatorio | 28 |
| 6.3.2. | Recepción y recaudación de cajas servicio hospitalario | 30 |
| 6.3.3. | Proceso de cobranza | 35 |
| 6.3.4. | Proceso de cierre de cuentas | 38 |
| 6.4. | Direcciones de cambio | 43 |
| 6.5. | Rediseño propuesto | 45 |
| 6.5.1. | Modelo de cobranza propuesto. Registro simplificado | 46 |
| 6.5.2. | Modelo de cobranza propuesto. Manejo de nómina a castigar | 48 |
| 6.5.3. | Modelo de cierre de cuentas propuesto | 49 |
| 7. | Evaluación Económica del Rediseño | 50 |
| 7.1. | Escenario optimista | 50 |
| 7.2. | Escenario conservador | 51 |
| 7.3. | Escenario pesimista | 51 |
| 8. | Conclusiones | 52 |
| | Bibliografía | 52 |
| | Anexos | 55 |
| A. | Organigrama RedSalud | 55 |
| B. | Estado consolidado de Admin. y Finanzas | 56 |
| C. | Proceso de recepción y recaudación de cajas ambulatorio AS IS | 57 |
| D. | Proceso de recepción y recaudación de cajas hospitalario AS IS | 58 |
| E. | Proceso de cobranza AS IS | 59 |
| F. | Proceso de cierre de cuentas AS IS | 60 |

Índice de Tablas

| | | |
|------|-------------------------------------------|----|
| 2.1. | Deterioro de cuentas por periodo. | 15 |
| 6.1. | Estructura del registro FIN700. | 47 |
| 7.1. | Resultados Escenario Optimista. | 50 |
| 7.2. | Resultados Escenario Conservador. | 51 |
| 7.3. | Resultados Escenario Pesimista. | 51 |

Índice de Ilustraciones

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. | Distribución de centros médicos de Red Salud. | 3 |
| 2.2. | Organigrama Resumido Red Salud. | 4 |
| 2.3. | Estructura Societaria. | 5 |
| 2.4. | Segmentación de ingreso según tipo de prestación. | 7 |
| 2.5. | Ingresos generales Red Salud. | 7 |
| 2.6. | Ingresos Red Salud Providencia. | 8 |
| 2.7. | Ubicación Red Salud Providencia. | 9 |
| 2.8. | Actores rubro de salud. | 10 |
| 2.9. | Beneficiarios por sistema de salud previsional. | 11 |
| 2.10. | Organigrama Red Salud Providencia. | 14 |
| 6.1. | Ingresos por asegurador. | 23 |
| 6.2. | Días promedio de respuesta. | 24 |
| 6.3. | Detalle pérdidas por deterioro de cuentas. | 45 |
| 6.4. | Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Registro simplificado. | 46 |
| 6.5. | Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Cambio de frecuencia. | 48 |
| 6.6. | Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Interacciones redundantes. | 48 |
| 6.7. | Resumen BPMN modelo de cierre de cuentas propuesto. | 49 |
| A.1. | Organigrama RedSalud | 55 |
| B.1. | Captura de pantalla del estado consolidado que maneja el área de control de gestión a partir del resto de las áreas de Administración y Finanzas | 56 |
| C.1. | Proceso de recepción y recaudación de cajas ambulatorio AS IS Enlace BPMN | 57 |
| D.1. | Proceso de recepción y recaudación de cajas hospitalario AS IS Enlace BPMN | 58 |
| E.1. | Proceso de cobranza AS IS Enlace BPMN | 59 |
| F.1. | Proceso de cierre de cuentas AS IS Enlace BPMN | 60 |

Capítulo 1

Introducción

Los servicios de salud representan uno de los mayores desafíos de gestión en estos tiempos. Complejidad de prestaciones, la gran cantidad de insumos, la particularidad de la atención de cada paciente y el hecho de que puede estar en riesgo la vida humana en cada atención, todos estos factores vuelven la administración de la salud un punto de vital importancia para las organizaciones y nuestra sociedad.

Debido a la importancia mencionada, las organizaciones de salud prestan especial atención a la mejora continua de sus mecanismos de gestión. Sin embargo, la inercia organizacional puede llevarlas a omitir actualizaciones cruciales para llevar a cabo mejor su rol, salvar vidas.

La llegada del SARS COV 2 a nuestro país, trajo consigo la mayor asociación público privada en pos de agilizar la atención y mejorar la coordinación de los servicios de salud. Esta asociación público privada supuso además un desafío de gestión para los prestadores de servicios privados.

El trabajo que aborda la presente memoria se lleva a cabo en el hospital clínico de centro RedSalud providencia, en el área de administración y finanzas. La labor se lleva a cabo durante el primer semestre del año 2021 y aborda la gestión de cuentas en conjunto con los procedimientos asociadas a ellas.

La presente memoria tiene como objetivo la mejora de los procesos de administración de cuentas con el fin de reducir los costos asociados a los desórdenes contables y la incertidumbre causada por la falta de seguimiento a partidas de monto menor. En adición a esto se propone el uso de software y medios de comunicación actuales en conjunto con la reestructuración de procesos con el fin de eliminar redundancias.

Para llevar a cabo estos objetivos se lleva a cabo un levantamiento completo del proceso de gestión de cuentas, se entrevistó a distintos empleados y encargados directos en el manejo y tratamiento del proceso de las cuentas por cobrar, con lo que se describió el proceso de administración de cuentas, se identificaron puntos críticos dentro de este y se rediseñó el proceso con vistas a reducir las pérdidas por la administración deficiente de las cuentas por cobrar.

Entre los resultados esperados del presente trabajo se encuentra la reducción de los ajustes contables al final de cada cierre, un mejor seguimiento de cuentas castigadas, una reducción de la burocracia interna, la incorporación de un protocolo de seguimiento de las operaciones realizadas y el mejor aprovechamiento de recursos humanos.

No forma parte de la presente memoria el diseño de un software ERP que desempeñe las mejoras mencionadas. Tampoco forma parte de la presente memoria un análisis de la gestión de cada sociedad integrante del consorcio medico RedSalud. Por último, la organización llevará a cabo las mejoras propuestas, sin embargo, la implementación de tales mejoras, así como la medición de sus resultados no forma parte de la presente memoria.

Capítulo 2

Antecedentes Generales

2.1. Rubro

Empresas Red Salud S.A. en adelante “RedSalud” es una empresa dedicada a la prestación de servicios de salud. Estos servicios incluyen atención médica Hospitalaria, ambulatoria y dental a lo largo de todo el territorio nacional. Además, RedSalud forma parte de la Cámara Chilena de la Construcción, asociación gremial para el desarrollo y fomento de la actividad de la construcción.

El año 2008, Con la iniciativa de la Cámara Chilena de la Construcción, ILC funda RedSalud, con el fin de agrupar a los prestadores médicos de ILC, con el compromiso de otorgar un servicio de salud de calidad al alcance de la mayor parte de la población de Chile. Luego, el 2010 se inaugura la ampliación de la Clínica Avansalud (hoy Clínica Red Salud Providencia), obras que incluyen el nuevo centro odontológico Salvador. Desde ese año a la fecha, Red Salud ha aumentado su presencia a lo largo de todo Chile, con presencia en 15 de las 16 regiones del país [1].

RedSalud posee 230.503 m^2 de infraestructura compuesto por 9 clínicas, 27 centros médicos y 39 clínicas dentales. En total la red posee 1.035 camas, 282 camas críticas, 43 equipos de imágenes.

Con respecto a sus colaboradores, RedSalud posee 5.471 personas en áreas de la salud, 3.174 personas en áreas administrativas y de apoyo, más de 2.900 médicos prestadores de servicio y más de 1.400 odontólogos prestadores de servicio.



Figura 2.1: Distribución de centros médicos de Red Salud.

Fuente: Memoria Red Salud 2020 [1]

2.2. Misión y Visión

- **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 un amplio acceso, con altos estándares de calidad, según los principios y valores de la Cámara Chilena de la Construcción” [2].
- **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 ” [2].

2.3. Organigrama

La estructura organizacional de Red Salud es del tipo funcional, donde cada una de las 4 unidades cumplen con tareas especializadas y responden ante una Gerencia General. Dado el tamaño del organigrama este se encuentra en Anexo A, a continuación, se muestra una versión abreviada del organigrama:

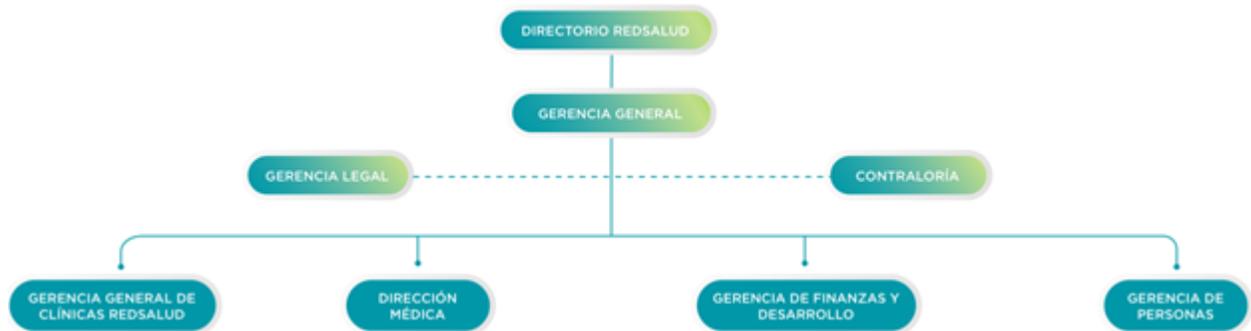


Figura 2.2: Organigrama Resumido Red Salud.
Fuente: Memoria Red Salud 2020 [1]

2.4. Estructura societaria

RedSalud es controlada por ILC, sociedad que posee la mayoría de su propiedad con una participación no controlada muy menor de CCHC.



Figura 2.3: Estructura Societaria.
Fuente: Memoria Red Salud 2020 [1]

Por otra parte Red salud controla las siguientes sociedades:

- TI-RED SpA
- Servicios Compartidos RedSalud
- Servicios Médicos Tabancura SpA
- Clínica Iquique S.A.
- Clínica Avansalud SpA
- Inversiones CAS SpA
- MEGASALUD SpA
- Adm. de Clínicas Regionales 6 S.A.
- Clínica Bicentenario SpA
- Onco Red SpA

Además, RedSalud posee propiedad de sociedades no controladas

- Hospital Clínico de Viña del Mar S.A.
- Adm. Clínicas Regionales 2 S.A.

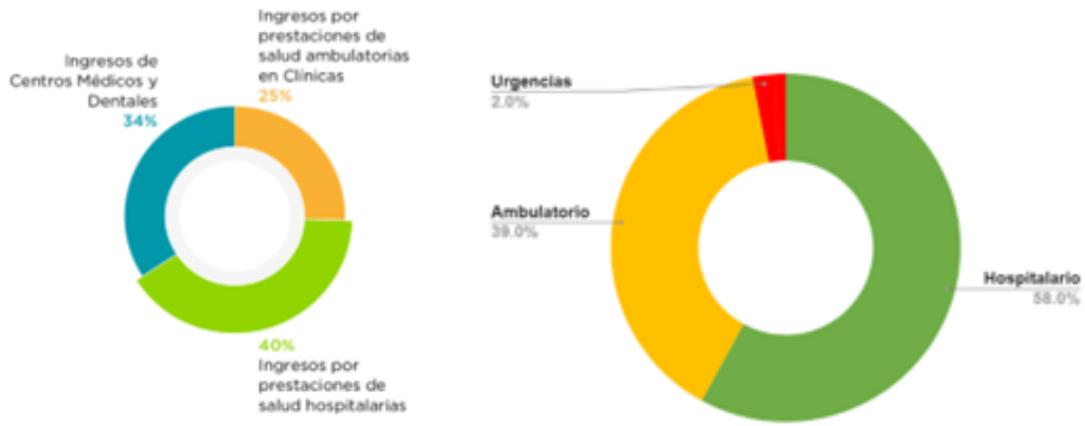
2.5. Productos y servicios

Dado el rubro al que se dedica Red Salud y la expansión que ha tenido en estos últimos 13 años, se encuentran diversas prestaciones de Salud. Con la información entregada por la organización, se tuvo acceso a las distintas prestaciones de Red Salud Providencia. Para efectos de este informe, a grandes rasgos, los servicios prestados se pueden agrupar en tres categorías, cada una con su conjunto de servicios asociados. Para tener una imagen a gran escala se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Prestaciones Ambulatorias
 - Anatomía Patológica Centro Médico
 - Consultas Médicas
 - Dental
 - Imagenología Centro Médico
 - Insumos y Fármacos Centro Médico
 - Kinesiología Centro Médico
 - Laboratorio Centro Medico
 - Procedimientos Médicos
- Prestaciones de Salud Hospitalarias
 - Anatomía Patológica Hospitalaria
 - Consultas Médicas (interconsultas y otras)
 - Descuentos hospitalarios
 - Hospitalización
 - Imagenología Hospitalaria
 - Insumos y Fármacos Hospitalarios
 - Kinesiología Hospitalaria
 - Laboratorio Hospitalario
 - Pabellones
 - Procedimientos Hospitalarios
 - Unidad de Paciente Crítico
- Prestaciones de Urgencia
 - Consultas Médicas Urgencia
 - Imagenología Urgencia
 - Insumos y Fármacos Urgencia
 - Kinesiología Urgencia
 - Laboratorio Urgencia
 - Procedimientos Médicos Urgencia

En cuanto a los servicios prestados, en el mismo período, Red Salud realizó lo siguiente:

De acuerdo con los servicios mencionados previamente, se puede realizar una segmentación similar al ver el ingreso según tipo de prestación, tanto para Red Salud en general, como Red Salud Providencia. Véase Figura 2.4.a y Figura 2.4.b.



(a) Red Salud General

Fuente: Memoria Red Salud 2020 [1]

(b) Red Salud Providencia

Fuente: Elaboración Propia.

Figura 2.4: Segmentación de ingreso según tipo de prestación.

El año 2020 RedSalud atendió 3.4 millones de consultas médicas, 6.5 millones de exámenes, 69.985 cirugías, 752.658 procedimientos y 1.6 millones de prestaciones dentales.

Desde un aspecto financiero, durante 2020, Red Salud S.A. alcanzó ventas por MM \$398.514, lo que representó un decrecimiento anual de 4,2 % respecto a 2019. Véase Figura 2.5.



Figura 2.5: Ingresos generales Red Salud.

Fuente: Memoria Red Salud 2020[1].

Durante el año 2021, Red Salud Providencia alcanzó ventas por MM \$33.975 Véase Figura 2.6.

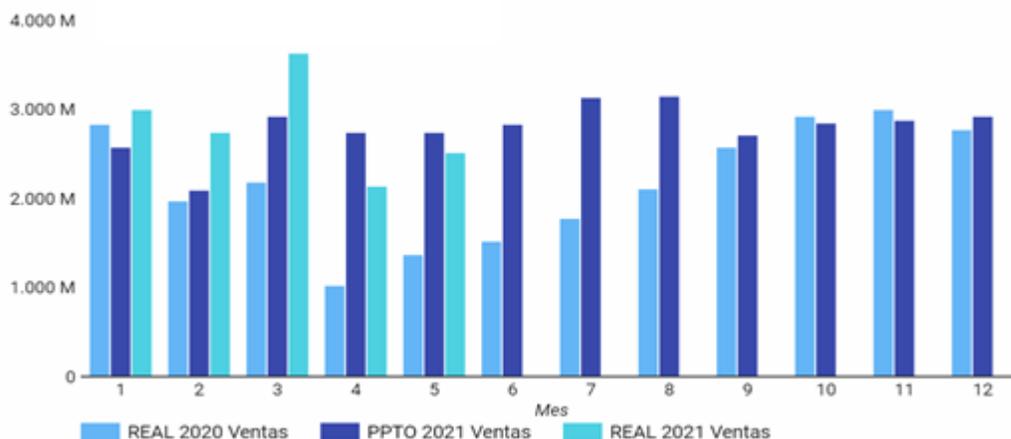


Figura 2.6: Ingresos Red Salud Providencia.
Fuente: Elaboración Propia.

2.6. RedSalud Providencia

La presente memoria se lleva a cabo en la sociedad Clínica Avansalud SpA, la cual es la propietaria del centro RedSalud Providencia. La Clínica Av. Avansalud SpA se encuentra en Salvador 100, en la comuna de Providencia. El centro posee 30.687 m² construidos, 1.010 boxes de consultas médicas, 472 boxes de atención dental, 136 boxes de atención de urgencia y 79 pabellones quirúrgicos. La sociedad no posee la propiedad de las instalaciones de la clínica, las arriendas por medio de un contrato de Leasing, la clínica posee en sus instalaciones:

- 113 camas.
- 30 camas críticas.
- 19 equipos de imágenes.
- 76 boxes de consultas médicas.
- 13 boxes de atención de urgencia.
- 15 pabellones quirúrgicos.
- 331 personas en áreas de la salud.
- 725 colaboradores en áreas administrativas y de apoyo.

El centro llevó a cabo 297.720 consultas médicas, 848.231 exámenes y 16.038 cirugías durante el año 2020.

2.7. Ventaja competitiva en el mercado

Red Salud es un actor privado relevante en los sectores hospitalario, ambulatorio y dental, con la mayor cobertura en el territorio nacional, lo que permite ofrecer a las familias de Chile acceso a salud de calidad, desde la Región de Arica y Parinacota, hasta la Región de Magallanes.

Como se vio en la caracterización de la organización y sus capacidades, cuenta con amplia gama de especialidades médicas a lo largo del país, con infraestructura y equipamiento de primer nivel.

Además, es la única red con propiedad de capitales 100% chilenos, es parte de la Cámara Chilena de la Construcción (CChC), y trabaja en conjunto con las Isapres de Chile y con el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) para satisfacer las necesidades de sus clientes.

Por último, las clínicas Red Salud, centros médicos de atención ambulatoria y clínicas dentales están ubicados estratégicamente en puntos de fácil acceso, véase, por ejemplo, la ubicación de Red Salud Providencia (Metro Salvador).



Figura 2.7:
Ubicación Red Salud Providencia.
Fuente: Google Maps.

2.8. Marco Institucional

2.8.1. Actores y sus relaciones con la empresa

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, existiendo un subsector público y uno privado, tanto para el aseguramiento como para la provisión de servicios.

Desde el punto de vista del financiamiento, el sistema de salud chileno está compuesto por una combinación de aportes públicos y privados, pudiendo ser estos directos e indirectos.

El aporte público directo corresponde a la contribución municipal y a las asignaciones presupuestarias derivadas desde el Gobierno; mientras que el aporte público indirecto tiene su origen en la cotización obligatoria que efectúan los trabajadores (7,0 %) y las empresas a partir de sus ingresos imponibles [4].

El gasto de bolsillo de las personas (copagos por atenciones médicas, medicamentos y atenciones médicas particulares) se denomina aporte privado directo. Este está constituido por las cotizaciones adicionales (voluntarias) de los afiliados a ISAPRES, con la finalidad de mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud [5].



Figura 2.8: Actores rubro de salud.
Fuente: Clínicas de Chile [5].

Con respecto a los servicios que participan en el aseguramiento del rubro de salud, el sistema está constituido por una industria de seguros de salud y una industria prestadora de servicios asistenciales. En ese escenario, la industria de seguros de salud está integrada, principalmente, por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aunque también tienen una participación minoritaria las Mutuales, las Compañías de Seguros, las Cajas de Compensación y las mutualidades de las Fuerzas Armadas. Estas son las instituciones encargadas de recaudar, administrar y distribuir los recursos de los cotizantes de acuerdo a los servicios de salud estipulados por cada institución previsional [5].

| CUADRO N°1 AÑO 2018 | | BENEFICIARIOS POR SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL | | |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-----------|------------|
| | Sistema Público (Fonasa) | Sistema Privado (Isapres) | Otros | TOTAL |
| | 14.242.655 | 3.404.896 | 1.103.854 | 18.751.405 |
| | 76.0% | 18.2% | 5.8% | 100% |

Otros: Sistemas de FFAA, y de Orden, otros seguros de salud y personas sin previsión de salud.
FUENTE: INE, Fonasa y Superintendencia de Salud.

Figura 2.9: Beneficiarios por sistema de salud previsional.
Fuente: Clínicas de Chile [5].

2.9. Regulaciones relevantes

Desde el punto de vista normativo, el sector salud chileno tiene carácter unitario, pues las políticas y normativas generales son elaboradas por el sector público. Es el Ministerio de Salud la entidad que tiene entre sus funciones formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional, en coherencia con las prioridades sanitarias. Además, es quien define las normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención, fortalece el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública y define el plan de salud, estableciendo sus garantías [4].

2.9.1. Tendencias del mercado

Es posible separar las tendencias del mercado en oferta y demanda, partiendo por la primera, los principales factores que afectan la demanda por salud son el envejecimiento de la población, el estado de salud de la población, el crecimiento económico del país, la facilidad para el acceso a servicios médicos por parte de pacientes más informados y los precios relativos.

El envejecimiento de la población se ha acelerado en los últimos años a nivel mundial, debido a una mejora en la calidad de vida, a los avances médicos, la educación, el acceso a la información y a las políticas de prevención y promoción de la salud.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile es el país de América Latina con mayor esperanza de vida media, 80,5 años, y el segundo de todo el continente americano, sólo por detrás de Canadá (82,2 años), lo que hace prever un aumento de la demanda por servicios de salud. De igual manera, se ha visto un descenso en las tasas de natalidad.

Pasando a las tendencias en la oferta del mercado, las atenciones de salud serán cada vez más ambulatorias, bajo altos estándares de calidad y seguridad. Un ejemplo de esto son los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo con anestesia local y estrictos cuidados post operatorios, pero sin internación, conocidos como Cirugía Mayor Ambulatoria.

Esta tendencia permite que los pacientes vuelvan con mayor rapidez a sus actividades normales tras la cirugía, disminuye los costos y asegura los mismos resultados. Siguiendo en esa línea, el foco a futuro será en la prevención y en la intervención temprana para lograr tratamientos más eficientes.

También se debe tomar en cuenta el impacto del virus, y como ha forzado la implementación de nuevas soluciones tales como la telemedicina. Esta seguirá aumentando su participación con nuevas aplicaciones y servicios virtuales, y cada vez más integrada a las redes de salud presenciales.

Los modelos de salud aspiran a una resolución integral, con una propuesta de valor costo efectiva para el paciente y resolviendo su problema desde una perspectiva integral. La industria está avanzando en modelos más relacionados a esta forma de gestión (y de pago) y no al fee-for-service, lo que la empuja a generar incentivos correctos y ser más eficientes [5].

2.9.2. Posicionamiento de la empresa en el mercado

El sector de salud privado en Chile ha tenido un importante desarrollo y, en términos de oferta de infraestructura, ha experimentado un fuerte crecimiento en el tiempo, ya sea por la construcción, ampliación y renovación de clínicas ligadas a las ISAPRES, universidades y clínicas especializadas. Según cifras de la asociación gremial Clínicas de Chile, si en el año 2010 existían 5.889 camas en clínicas privadas, en 2019 esta cifra llegó a 7.115 [5].

Con un 14,5 % del total de las camas a nivel privado, esta situación la convierte en una industria con altos niveles de inversión en capital, de modo de mantener la posición relativa en la industria; por otro lado, estas constantes expansiones e inversiones podrían provocar una sobreoferta de camas.

2.9.3. Desempeño organizacional

De acuerdo con las figuras previamente expuestas, desde su creación el 2008 hasta el 2019, Red Salud experimentó un crecimiento sostenido, producto de sus constantes planes de expansión hasta estar presente en la mayor parte de Chile. El 2020, producto de los desórdenes producidos durante octubre del 2019 y por efectos del virus, hubo una caída anual del 4,2 %. Luego, con los datos disponibles en particular de Red Salud Providencia, podemos ver cómo ha habido un repunte comparado al 2020, algunos meses muestran incluso un cumplimiento por sobre lo presupuestado [1].

Las razones expuestas, y el hecho que las tendencias marcan un foco hacia telemedicina y atención ambulatoria, indican que en esas modalidades seguirán un crecimiento sostenido, mientras que el servicio hospitalario ya se encuentra en su etapa de consolidación [3].

2.10. Identificación del área de la organización

El área de la organización donde se realizará este trabajo corresponde al área de administración y finanzas, cuya principal función es vigilar el correcto funcionamiento de los procesos de contabilidad, tesorería, recaudación, cuentas y cobranza, además de verificar que los resultados de las áreas estén alineados con los objetivos designados por la directiva de RedSalud Providencia.

El organigrama de la gerencia de administración y finanzas se encuentra a continuación:

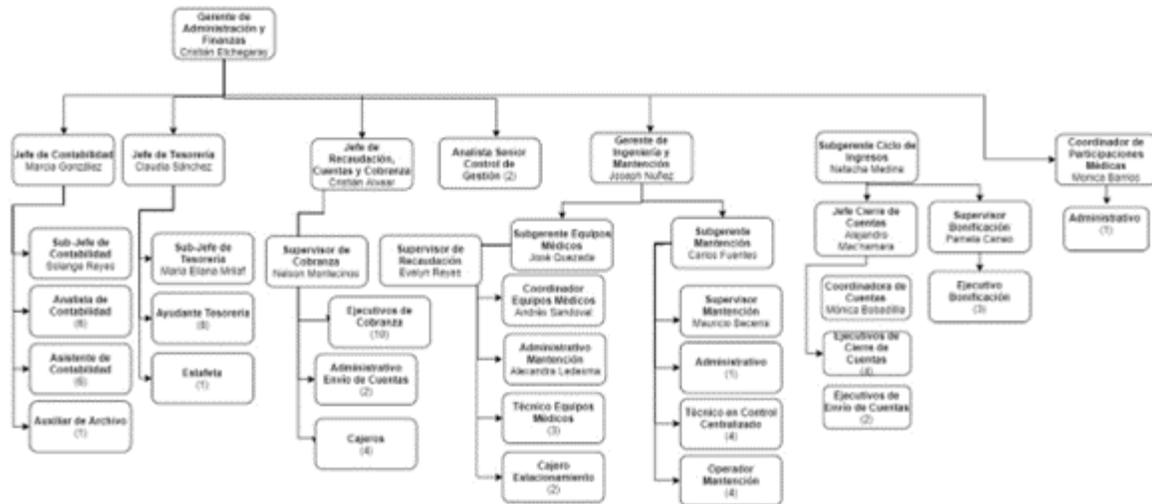


Figura 2.10: Organigrama Red Salud Providencia.

Fuente: Red Salud Providencia.

Cabe destacar que en el organigrama hay un área relativamente nueva (tres meses a partir de la fecha del momento en que se ha iniciado el trabajo de esta memoria) que es la de control de gestión, que en el organigrama aparece con el nombre *Analista Senior Control de Gestión*, que a la no es solo una persona, sino un área formada por tres integrantes, que actualmente son un ingeniero comercial y dos ingenieros civiles.

Como se indicó previamente, el *cliente* que recibiría el servicio realizado es la gerencia de administración y finanzas. Los actores involucrados corresponden a todas las áreas involucradas en el proceso de ingresos de Red Salud Providencia. En particular, el área de control de gestión pone énfasis en el desempeño de las áreas de contabilidad, tesorería, recaudación y ciclo de ingresos.

El solicitante del trabajo es el jefe de control de gestión, quien, a falta de un diagnóstico detenido de la situación actual del funcionamiento del área en su completitud, manifiesta encontrarse *ciego* respecto a los puntos clave que influyen en la confección del estado consolidado a fin de cada mes.

Por esta misma razón será el área de control de gestión la que en mayor medida se verá impactada por el presente trabajo de investigación, pero si tomamos en cuenta que una de sus funciones es ayudar a la toma de decisiones de la gerencia de administración y finanzas, luego también esta última se verá afectada.

2.11. Identificación de la oportunidad y su relevancia, efectos y posibles causas

De acuerdo con lo manifestado por el área del control de gestión, actualmente se evalúa el rendimiento del resto de las áreas de gerencia de administración y finanzas según las cifras entregadas por el estado de resultado generado a fin de mes.

Un examen de una de las categorías que entrega el estado de resultado es *Deterioro de cuentas*. Deterioro de cuentas se entiende como la pérdida asociada a montos que no se cobran, que se vuelven incobrables o bien de dineros que pierden el valor correspondiente debido a la tardanza en cobrar. Con los datos disponibles de Red Salud Providencia 2021, se tiene la siguiente tabla:

Tabla 2.1: Deterioro de cuentas por periodo.

| Fecha | Deterioro | Ingresos | % |
|----------|----------------|-----------------|---------|
| 31-01-21 | -\$104,320,914 | \$5,615,652,580 | -1.86 % |
| 28-02-21 | \$3,209,868 | \$5,015,184,104 | 0.06 % |
| 31-03-21 | -\$176,918,868 | \$6,491,158,046 | -2.73 % |
| 30-04-21 | -\$128,531,173 | \$4,441,381,177 | -2.89 % |
| 31-05-21 | -\$70,561,411 | \$5,355,095,510 | -1.32 % |

A partir de los resultados obtenidos, es posible ver como la pérdida fluctúa entre un 1 % y casi un 3 % de los ingresos, según el mes correspondiente. Si bien el porcentaje puede parecer de poca relevancia, para la gerencia de administración y finanzas esto puede ser un problema al momento de reajustar las estimaciones de desempeño mensual en cada fin de mes, dado que las proyecciones mensuales se actualizan tomando en cuenta el desempeño del mes anterior en años previos.

Esto en sí representa un problema debido a que control de gestión, al momento de consolidar la información de desempeño financiero a fin de mes, debe hacerse cargo de hacer una cuadratura adicional debido a las pérdidas adicionales a las que se incurre en cada uno de estos ciclos de control. Al momento de hacer la cuadratura, se solicita a la Cámara Chilena de Construcción financiamiento adicional para cumplir con los compromisos de RedSalud Providencia.

Si bien estos montos no superan el 3 %, se realizan compromisos incluidos en las predicciones de rendimiento que deben cumplirse a fin del ciclo siguiente, al cual se vuelve se debe volver a hacer la cuadratura correspondiente, tras el cual se repite la solicitud de financiamiento adicional, y así se repite durante cada mes, a excepción de febrero, mes durante el cual la demanda por servicios hospitalarios y ambulatorios es menor comparativamente al resto de otros meses.

Todo esto se convierte en un problema para el área de control de gestión, porque, aunque el deterioro de cuentas tiene su origen en las áreas de contabilidad, recaudación, cuentas y cobranza; estas solo reportan sus resultados, pero solo control de gestión es capaz de detectar el deterioro. Luego, la solución pasa a ser su responsabilidad porque las demás áreas son ciegas a los efectos que producen.

Según Fayol, el control de gestión (o administración como es descrito por el autor) consiste en *comprobar si todo ocurre conforme al programa adoptado, a las órdenes dadas y a los principios admitidos. Tiene por objetivo señalar las faltas y los errores a fin de que se pueda reparar y evitar su repetición* [9].

Por lo tanto, revisar los puntos clave donde proponer mejoras es trabajo esencial de control de gestión para generar las alertas correspondientes, corregir los errores y hallar la solución correspondiente.

2.12. Identificar hipótesis y posibles soluciones

El trabajo que tiene que realizar control de gestión consiste en inspeccionar o revisar que cosas están haciendo mal otras áreas que implicarían de manera directa el deterioro, y cómo este funcionamiento defectuoso se podría corregir.

Este podría ser un problema de planificación, organización, dirección o coordinación.

Desde una perspectiva más cualitativa, hay otros factores que no se están midiendo, pero que al momento de evaluar el funcionamiento actual entregan ciertas pistas de por qué se están generando estos números. Por lo tanto, para inspeccionar o revisar es necesario hacer un estudio de los procesos que subyacen al trabajo de las demás áreas, entendido como sucesiones de tareas que se realizan. Bajo la teoría de rediseño de procesos, se concibe que puede haber cuatro direcciones de cambio para poder corregir el funcionamiento:

1. Innovar (cambios de paradigma).
2. Mejorar coordinación.
3. Reestructurar (cambios de relaciones).
4. Mejorar programación y control.

Por lo tanto, se propone como hipótesis que el deterioro de cuentas puede corregirse aplicando modificaciones en el sentido de las cuatro direcciones de cambio, a través de un rediseño de procesos adecuado y oportuno.

Adecuado, porque es apropiado a la realidad de la empresa, y oportuno porque se realiza en el momento que puede producir mejorar tangibles.

Capítulo 3

Objetivos

3.1. Objetivo General

Proponer un rediseño de proceso sobre las áreas de cobranza, recaudación, cuentas y cobranza que eviten la generación del deterioro de cuentas en el futuro.

3.2. Objetivos Específicos

- Detectar los procesos que pueden ser causa razonable del deterioro de cuentas por cobrar.
- Levantar los procesos detectados.
- Reconocer las partes a rediseñar.
- Proponer rediseños viables a las tareas detectadas.

Capítulo 4

Marco Conceptual

4.1. Procesos

Se vuelve a citar al autor Oscar Barros para definir lo que es un proceso: *Un proceso es un conjunto de actividades íntimamente interrelacionadas que existen para generar un bien o servicio, el cual tiene un cliente interno o externo a la empresa en que opera* [7].

Vale la pena mencionar que el mismo autor, en su obra “Reingeniería de procesos de negocios”, añade a la definición de procesos el concepto de valor agregado, indicando lo siguiente: *Un proceso es 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. Los procesos tienen entonces clientes que pueden ser internos o externos, los cuales reciben a la salida, lo que puede ser un producto físico o un servicio. Estos establecen las condiciones de satisfacción o declaran que el producto o servicio es aceptable o no* [7].

4.2. Rediseño de procesos

Desde un punto de vista conceptual, la metodología de un rediseño de procesos puede seguir alguna de las dos vertientes:

- Énfasis en “partir de cero” (reingeniería).
- Conocimiento profundo de los procesos actuales (cambios incrementales).

Uno de los problemas con el primer enfoque es que, según la experiencia internacional, particularmente en Estados Unidos, se lleva a cabo como un cambio radical, generalmente en forma de grandes reestructuraciones. Esto último, con todo lo que conlleva (despidos masivos, nuevas infraestructura y herramientas) causo un eventual desprestigio visto como una metodología poco eficiente y riesgosa.

El segundo enfoque, que es el elegido para esta memoria, es un enfoque que parte del conocimiento profundo de la situación actual (AS IS) a partir de un modelamiento, y a partir de esto, proponer un rediseño que establece lo que debería ser (TO BE). Un punto importante, diferencia clave con el enfoque anterior, es justamente el grado y nivel de alcance de los cambios. No necesariamente los cambios deben ser radicales, sino que también se acepta una propuesta de innovación marginal respecto de lo existente [8].

4.2.1. Definición del proyecto

La primera etapa de un rediseño de procesos consiste en definir las bases sobre las cuales se desarrollará el proyecto. Lo que se busca fundamentalmente es elegir y prioriza procesos que generen mayor impacto o contribución a los objetivos de la organización. Esta fase se subdivide en:

1. Establecer objetivo del rediseño.
2. Definir ámbito de procesos a rediseñar.
3. Establecer si hacer estudio de la situación actual.

4.2.2. Levantamiento de la situación actual

Permite conocer el funcionamiento actual (AS IS) de la organización en sus distintos niveles.

Para hacer este levantamiento se modela la situación actual, donde se abstraen las características más importantes y relevantes de los procesos elegidos para efectos del rediseño. Es necesario tener claridad de las pistas, flujos de tareas, entradas y salidas, actores involucrados, responsabilidad y recursos necesarios para tener un buen diagnóstico.

Adicionalmente, se verifica que los modelos de procesos representen lo que ocurre, y se mide el desempeño actual en el cumplimiento de los objetivos explicitados en la etapa anterior.

4.2.3. Rediseño

Al comenzar esta etapa, es necesario tener claridad en la dirección de cambio del rediseño. El capítulo 7 de “Rediseño de procesos mediante el uso de patrones” parte con que es una dirección de cambio: *Entendemos por dirección de cambio un conjunto de ideas que establecen la diferencia entre lo actualmente existente y el rediseño propuesto* [6].

Las variables presentes en un rediseño se pueden mostrar de la siguiente manera:

- **Mantención consolidad de estado:** Implica una decisión de llevar la variable integración de datos a un alto nivel. Facilita la coordinación entre procesos a través del seguimiento y control de los procesos.
- **Anticipación:** Mecanismos específicos que incluye técnicas de proyección, de asignación de recursos y de programación para adelantarse a futuros requerimientos.
- **Integración de procesos:** Generación de mecanismos para conectar múltiples procesos. En un caso concreto se manifiesta como mecanismos que favorecen un manejo logístico integrado de la cadena adquisición, producción y distribución.
- **Prácticas de trabajo:** Generar protocolos para los procesos según las direcciones de cambio definidas, en otras palabras, mecanismos formales de coordinación entre actividades.
- **Coordinación:** Busca generar mecanismos que sean capaces de unir dos o más etapas dentro de un proceso de tal manera que formen una unidad o conjunto armonioso.
- **Asignación de responsabilidades:** Es un variable que se superpone sobre las ya mencionadas previamente. Asigna responsabilidades y tareas de todos los actores presentes en los procesos. Suele ir con el apoyo de herramientas de tecnologías de la información con el fin de mejorar el monitoreo de los compromisos adquiridos.

Una lista concisa se puede encontrar de acuerdo con lo manifestado en el trabajo de Hernández [10]:

- Innovar. (cambiar paradigmas)
- Mejorar coordinación.
- Reestructurar. (cambiar relaciones)
- Mejorar programación y control.

4.3. Control de gestión

Se define control de gestión como el proceso administrativo que asegura los grados de cumplimiento esperados por una organización a través de una evaluación regular. Según Fayol, *en una empresa, el control consiste en comprobar si todo ocurre conforme al programa adoptado, a las órdenes dadas y a los principios admitidos* [9].

Dado que el control se gestión puede abordarse de distintos puntos de vista, se enfocará el trabajo presente en el control administrativo (gestión). Dado que los resultados a evaluar son en función del programa, no hay un número definido de indicadores que sea el estándar a la hora de hacer un control óptimo. Muchos indicadores pueden llevar a una micro administración de cada tarea, mientras que pocos indicadores pueden llegar a no ser suficientes como para identificar de manera precisa los problemas en una organización.

Otro punto clave para el control de gestión, es como se obtiene información útil a partir de datos recolectados a través de herramientas de tecnologías de la información. Los indicadores que facilitan la toma de decisiones se construyen a partir de información consolidada, lo cual deja implícito que ya cuentan con un sistema de recolección de datos, de lo contrario un primer objetivo es establecer esa función.

4.4. Modelamiento BPMN

Las siglas BPMN hacen referencia a las palabras en inglés *Business Process Modeling Notation*, lo que significa Notación para el Modelamiento de Procesos de Negocios. Es una notación que estandariza la forma de representar los flujos de procesos de negocios.

Como herramienta, será clave en la metodología para hacer el levantamiento de procesos correspondiente a cada área y, además, para identificar puntos importantes para influir en el rediseño de procesos.

El desafío de esta notación es llevar una realidad, algunas veces compleja, que se vive al día a día dentro de una organización, a una visualización que permita organizar y documentar el flujo de tareas y resultados de los participantes.

La notación cuenta BMPN cuenta con distintos tipos de elementos con el fin de representar todo tipo de procesos:

- **Objetos de flujo:** Eventos, actividades, compuertas.
- **Objetos de conexión:** Líneas de secuencia, líneas de mensaje, asociaciones.
- **Canales o pistas:** Describe quien ejecuta un grupo específico de tareas.
- **Artefactos:** Objetos de datos, grupos, anotaciones.

Hay distintas herramientas de software que permiten modelar con BPMN. Para este trabajo en particular se decidió usar una herramienta en la nube draw.io [10].

Capítulo 5

Metodología

Como indica Hernández [10] a partir de Oscar Barros, la metodología se puede reducir a tres pasos:

1. Definición del proyecto.
2. Levantamiento de la situación actual.
3. Rediseñar.

Ahora bien, la metodología se puede entender como el *camino o vía que se seguirá para la consecución de los objetivos declarados* [11]. De este modo, con lo presentado en las secciones anteriores, ya se ha cumplido en gran parte con la definición del proyecto. No obstante, esta quedará completa cuando se termine de detectar los procesos que puedan ser razonablemente causa del deterioro (objetivo específico 1).

A continuación, el levantamiento de la situación actual permitirá alcanzar el segundo objetivo específico.

Por último, para hacerse cargo del rediseño, se deberá estudiar cómo cada una de las direcciones de cambio propuestas por Barros pueden ofrecer modificaciones de tareas o sucesiones de estas (subprocesos) que aporten en la solución del problema del deterioro. Con esto se cumplirá con el tercer objetivo específico. Después, mediante una evaluación de la viabilidad y conveniencia de las modificaciones concebidas, se podrá elaborar un rediseño adecuado a lo que busca el área de control de gestión, con lo que se cumpliría el cuarto y último objetivo específico.

Capítulo 6

Diagnóstico

De acuerdo con la información recabada, tanto para ingresos ambulatorios como hospitalarios (Figura 6.1), se puede observar cómo ambas instancias los ingresos por asegurador por FONASA son el mayor aporte.

| INGRESOS POR ASEGURADOR | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | ene | feb | mar |
| INGRESOS ORDINARIOS HOSPITALARIOS (\$) | Consalud | 1.017.829.314 | 855.635.451 | 1.250.786.045 |
| | Banmedica - Vida Tres | 244.933.221 | 286.135.398 | 220.474.511 |
| | Colmena Golden Cross | 247.275.136 | 151.241.426 | 263.543.979 |
| | Cruz Blanca | 391.342.077 | 432.047.657 | 443.045.819 |
| | Mas Vida | 90.145.037 | 70.573.561 | 58.148.048 |
| | Otras Isapres | 32.358.325 | 39.473.172 | 84.799.213 |
| | FONASA | 1.121.588.834 | 1.065.269.611 | 1.563.606.068 |
| | Particular | 62.486.874 | 51.049.744 | 49.687.399 |
| | Otros | 8.202.913 | 12.304.968 | 11.425.794 |
| | Total Ingresos por asegurador de salud hospitalarias | 3.216.161.731 | 2.963.730.988 | 3.945.516.876 |
| INGRESOS ORDINARIOS AMBULATORIOS (\$) | Consalud | 534.132.372 | 449.403.624 | 577.689.212 |
| | Banmedica - Vida Tres | 159.877.835 | 141.980.770 | 170.153.919 |
| | Colmena Golden Cross | 136.352.894 | 121.195.514 | 157.735.046 |
| | Cruz Blanca | 215.623.104 | 180.743.864 | 241.134.371 |
| | Mas Vida | 58.051.887 | 49.055.500 | 65.883.329 |
| | Otras Isapres | 34.465.555 | 27.493.458 | 28.866.113 |
| | FONASA | 1.014.502.669 | 886.878.364 | 1.085.746.246 |
| | Particular | 103.563.093 | 66.736.881 | 90.112.112 |
| | Otros | 984.636 | 426.163 | 670.487 |
| | Total Ingresos por asegurador ambulatorias | 2.257.554.045 | 1.923.914.138 | 2.417.990.835 |

Figura 6.1: Ingresos por asegurador.
Fuente: Elaboración propia.

Para los ingresos asociados a servicio hospitalario, este corresponde a un 30 % aproximadamente, mientras que, para los ingresos asociados a servicio ambulatorio, esta cifra corresponde alrededor de un 40 % para los ingresos por asegurador.

Sumado a esto, se debe tener en cuenta los datos de la Figura 6.2, en la cual podemos ver el promedio de días para respuesta por parte de la aseguradora. Según estos datos, de los distintos convenios, FONASA tiene la respuesta más tardía para todas sus modalidades, ya sean GRD (Grupos Relacionados por Diagnostico), LU (Ley de Urgencia), LE (Modalidad Libre Elección) y FONASA SPR.

| Convenios | Días | | |
|-----------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------|
| | Tiempo de envío de cuenta al asegurador | Tiempos desde el envío de la cuenta a bonificación (NO CAJA) | Tiempo pago Factura |
| Cheque Consalud | 10 Días | 7 Días | 21 Días |
| Pad Fonasa | 10 Días | 2 Días | 5 Días |
| GRD Fonasa | 20 Días | +120 Días | 30 Días |
| LU Fonasa | 25 Días | +120 Días | 30 Días |
| SPR Fonasa | 20 Días | +120 Días | 30 Días |
| LE Fonasa | 20 Días | 60 Días | 5 Días |
| Consalud | 18 Días | 60 Días | 21 Días |
| Nueva mas vida | 26 Días | 45 Días | 30 Días |
| Banmedica | 18 Días | 40 Días | 16 Días |
| Cruz Blanca | 22 Días | 50 Días | 10 Días |
| Vida tres | 18 Días | 40 Días | 16 Días |
| Colmena | 18 Días | 45 Días | 21 Días |

Figura 6.2: Días promedio de respuesta.
Fuente: Red Salud Providencia.

También debemos tener en cuenta la información proveniente del área de control de gestión, en la cual se encuentra los montos totales de ingresos de Red Salud Providencia. Se añade una columna adicional en la cual se suma pérdidas asociadas por el concepto de deterioro de cuentas.

El concepto de deterioro de cuentas hace referencia a el monto que no se pagó por los convenios con las distintas aseguradoras (de los cuales, vimos que en su mayoría corresponden a FONASA). Si bien este monto, nunca supera los dos dígitos porcentuales, se trata de un porcentaje del total porque generalmente estamos hablando de montos que superan los 100 millones de pesos.

Normalmente, se reportan estas pérdidas a la Cámara Chilena de Seguridad para compensar estos montos. Incluso en los casos en que una aseguradora pague después de más de 120 días el monto acordado, el valor del dinero no es el mismo, por lo que se incurre en un costo de oportunidad.

6.1. Definición del proyecto

La definición del proyecto nace a partir de la necesidad del área de control de gestión de encontrar una solución al problema del concepto de deterioro de cuentas. Si bien no es un problema que limita el funcionamiento del área administración y finanzas, según lo declarado por los integrantes de control de gestión declaran que esto suele causar una inversión de tiempo no despreciable cada mes cerca del cierre de cuentas.

Además de lo declarado por el área de control de gestión, se reconstruye el proceso de cobranza a partir de lo declarado por los involucrados que forman parte del área de administración y finanzas.

Con la información recopilada, y el tiempo invertido en la organización, fue posible entender el proceso de cobranza tanto para atención ambulatoria como hospitalaria, partiendo desde el registro del paciente, pasando por las distintas áreas y ubicaciones que implica la cobranza, hasta su eventual cierre.

6.2. Levantamiento de la situación actual

Una vez ya identificados los procesos de la etapa anterior, se procede a evaluar cuáles son aquellos que tienen mayor impacto en el proceso de cobro de cuentas.

Como indica el nombre de la etapa, el levantamiento consiste en observar y medir los procesos relacionados al proceso de cobranza de atención hospitalaria y ambulatoria. A medida que se recorre el proceso de ambas modalidades, se puede observar cómo convergen a un mismo punto, a partir del cual el proceso es el mismo.

Una de las primeras tareas fue identificar cuáles de las distintas áreas de administración y finanzas son aquellas de interés para efectos de esta memoria. Según lo conversado con el área de control de gestión, las áreas a estudiar son:

- **Contabilidad:** Como área encargada de la contabilidad, tienen la tarea de tener una descripción de la situación financiera de la empresa con información financiera oportuna, útil, relevante y concisa, además de mantener un registro de todas las operaciones de ingresos y salidas. Esto es clave para la toma de decisiones de administración y finanzas. En función de estas decisiones, se puede optimizar recursos y planificar estrategias para mejorar el desempeño.
- **Tesorería:** Como área encargada de tesorería, entre las principales funciones de la tesorería se encuentra la administración y manejo de los fondos financieros, y de la gestión de pagos y cobros.
Dada la naturaleza de esta tarea, puede parecer similar al área de contabilidad, pero hay ciertas diferencias que vale la pena mencionar:
 - Enfoque de tesorería va más por un lado de gestión, más que de registro, que es lo declarado por contabilidad.
 - Contabilidad se asegura de hacerse registrar por la legislación administrativa y fiscal. Como se mencionó, con esa información, tesorería se encarga de evaluar y adelantarse a las necesidades.
 - Tomando en cuenta el acceso a la información, tesorería proporciona el flujo de caja mostrando la liquidez de la organización.
- **Recaudación, cuentas y cobranza:** El área de recaudación, cuentas y cobranza trabajan 19 personas. Cuenta con un supervisor para cobranza y otro para recaudación. Las diferencias entre ambas sub-áreas consisten en que el supervisor de recaudación mantiene un contacto estrecho con los encargados de las herramientas de tecnologías de la información con las que trabajan otras áreas, algunas incluso ajenas a administración y finanzas. Por otro lado, el supervisor de cobranzas tiene a cargo a gran parte del personal: 10 ejecutivos de cobranza, 2 administradores de cuentas y 4 cajeros. Tomando en cuenta lo mencionado, tiene sentido que esta área se vea involucrada en los procesos de cobranza, cierre de cuentas, y de recepción y recaudación de cajas.

Al momento de realizar el levantamiento de la situación actual, cabe mencionar la distribución de las instalaciones que conforman el área de administración y finanzas. Gerencia de administración y finanzas, junto a control de gestión se encuentran en el séptimo piso donde se encuentran el resto de las gerencias. Las áreas de contabilidad, tesorería, y recaudación, cuentas y cobranza se encuentran en otras instalaciones donde se trabaja de manera BackOffice.

En esta primera etapa, hubo una fase de observación y medición de los procesos, desde un inicio partiendo por recaudación del dinero, pasando por cobranza y contabilidad, hasta el cierre de cuentas. En esta etapa, se obtuvo un primer diagnóstico preliminar:

1. Cada área funciona aislada de otras, a pesar de que forman parte de administración y finanzas, con comunicación limitada entre áreas durante los procesos correspondientes.
2. El funcionamiento de control de gestión consiste en alimentarse de los datos del resto de las áreas para generar información útil para gerencia de administración y finanzas. Con esta información de desempeño, gerencia de administración y finanzas puede presionar a las áreas correspondientes, aunque el control de desempeño es realizado dos veces al año.
3. Continuando las ideas anteriores, si bien hay varios involucrados en cada uno de los procesos, estos han manifestado ideas de mejoras, pero la limitada comunicación y las pocas instancias de evaluación entre gerencia y las áreas hace difícil compartir esas ideas.

Después de lo anterior, se procede a modelar los procesos involucrados en el funcionamiento de administración a finanzas. La herramienta utilizada fue Diagrams.net, previamente conocida como draw.io. Es un software de dibujo gráfico multiplataforma, gratuito y de código abierto, desarrollado en HTML5 y JavaScript. Su interfaz puede utilizarse para crear diagramas tales como diagramas de flujo, organigramas y diagramas de red. En este caso, se utilizó para modelar los procesos con notación BPMN.

A medida que se armó el modelo, se fueron identificando que etapas se encuentran estandarizadas, cuellos de botellas, redundancia de tareas, fallas de comunicación y coordinación y otras aristas.

6.3. Procesos

Existen varios procesos a cargo de las distintas áreas de administración y finanzas, de los cuales se enfocará el trabajo en aquellos cuyo producto (output) es el estado de resultado consolidado [Ver Anexo B].

Esta herramienta nos permite desagregar información según nivel, partiendo por nivel 1, hasta nivel 4 que nos entrega una descripción más detallada del registro en cuestión. Además, cuenta con una columna para clasificar registros presupuestados y reales, de tal manera uno puede comparar el rendimiento esperado con el obtenido.

Es a través de esta herramienta consolidada que se puede tener una evaluación a gran escala del desempeño de RedSalud Providencia, tanto para ingresos como egresos.

Por lo expuesto previamente, el trabajo está enfocado en los procesos de:

- Proceso de recepción y recaudación de cajas servicio ambulatorio.
- Proceso de recepción y recaudación de cajas servicio hospitalario.
- Proceso de cobranza.
- Proceso de cierre de cuentas.

Los diagramas de estos procesos han sido obtenidos de la fuente [12] y se adjuntan en los Anexos C, D, E y F, con sus respectivos enlaces para una mejor visualización.

6.3.1. Recepción y recaudación de cajas del servicio ambulatorio

En el proceso de recepción y recaudación de cajas servicio ambulatorio (Anexo C) participan los siguientes actores relevantes:

- Cajero.
- Supervisor de caja.
- Ayudante de tesorería.
- Contabilidad
- Subjefe de tesorería.
- Jefe de tesorería.

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. El cajero pide los datos personales de cada paciente que llega. Al momento de ingresar queda automáticamente asignado un identificador único para el paciente (ID_INGRESO). Información adicional también queda asociada a la persona, tales como plan de atención, tipo de atención, ISAPRE, urgencia, etc. Una vez prestado el servicio, el cajero cierra la caja y hace la cuadratura correspondiente. Posteriormente la documentación es enviada al supervisor de caja.
2. El supervisor de caja revisa que los datos estén en orden, de lo contrario se hacen las indicaciones para que el cajero lo corrija. Una vez aprobado, se timbra la documentación y es asignada a los cajeros para su posterior envío al asistente de tesorería.
3. El cajero lleva la recaudación del día anterior con la documentación de respaldo al asistente de tesorería. Este revisa que los datos estén acordes con los valores de total copago, total de boletas, ajuste sencillo y descuentos. Si los valores cuadran, se procede a contar el dinero de la bolsa, de lo contrario, se identifica el error y se solicita al supervisor de cajas que subsane el error.
4. El asistente de tesorería verifica si el monto corresponde a lo declarado con la documentación de respaldo. Si los valores cuadran, se procede a revisar el cupón (voucher) de crédito y débito. Se compara la información del informe de recaudación con los bonos otorgados por el convenio, y se genera la planilla resumen de recaudación de cajas. En caso de haber información que el sistema no captura, se realizan ajustes de manera manual.
5. Se vuelve a verificar si hay algún desajuste en la planilla. En caso de haber se envía un correo con notificación de error al supervisor de cajas para que subsane la situación. De lo contrario, se finalizan los detalles del comprobante bancario para depósito, junto a una planilla de respaldo con los montos a depositar para el subjefe de tesorería. Posteriormente, a partir de la planilla resumen previamente creada, se completan los datos faltantes de la planilla de rendición de recaudación de cajas recibidas. A diferencia de la planilla resumen de recaudación de cajas, esta cuenta con el detalle de recaudación.

6. El sistema I-MED es el servicio de generación de bonos y reembolsos electrónicos inmediatos de prestaciones ambulatorias de baja complejidad a través del sistema de huella digital en prestadores en convenio. Este sistema también genera sus informes de manera automática para prestaciones cubiertas, por lo que el siguiente paso es comparar la planilla de rendición de recaudación de cajas con el informe de recaudación I-MED. Si la planilla contiene toda la información (incluida la de los I-MED), se procede a recaudar todas las cajas, de lo contrario se realizan los ajustes necesarios.
7. Se realiza un listado con toda la recaudación de cajas se realizan dos procesos de manera paralela:
 - Se envía el dinero junto a la documentación al subjefe de tesorería para que este verifique el monto declarado sea lo que indican los distintos medios de pago. En caso de haber algún descuadre, se solicita al asistente de tesorería que subsane el error. En caso contrario, el subjefe llena un formulario para dejar lo recaudado en la bóveda de seguridad. El formulario es enviado al jefe de tesorería con la información detallada de las cajas recaudadas para que este revise que los valores estén correctos en el sistema. Por otro lado, el subjefe de tesorería realiza la contabilidad en el ERP FIN700. Después de esto, se archivan los documentos y respaldos, y se queda a la espera de los documentos de facturación de bonos.
 - Según el tipo de bono, existen dos procesos que ocurren de manera paralela:
 - Para bonos I-MED, se generan planillas según el medio de pago recibido. En esta categoría entran bonos I-MED, bonos de venta directa y bonos de urgencia. Una vez unificadas las planillas, se recurre al sistema I-MED para comparar los datos de los bonos previamente ingresados con los bonos del sistema IMED. Se verifica que los datos estén correctos en el rango de las fechas correspondientes, de lo contrario se corrige. Se realiza la facturación en el sistema MEDIC, y después de 48 horas se genera la cobranza en el sistema I-MED. Se revisa en la página web de cada ISAPRE que los bonos facturados sean los mismos a pagar, de lo contrario se corrige. Posteriormente, las facturas se registran en el libro de despacho y, junto a la documentación como respaldo, se envían al subjefe de tesorería.
 - Para bonos físicos, se genera planilla a partir del resumen de cajas recibidas. Con una pistola scanner se suben los datos para compararlos con los de las ISAPREs. En caso de haber algún descuadre, el asistente de tesorería identifica el error, realiza modificaciones en el sistema MEDIC, y los cambios correspondientes de caja y en el libro de registro. Tanto para cajas con modificaciones como sin modificaciones, se envían al área de contabilidad. Luego, similar al caso de bonos I-MED, se hace la facturación el sistema MEDIC y se revisa en la página web de cada ISAPRE para asociar la factura a la liquidación de bonos. Posteriormente, las facturas se registran en el libro de despacho y, junto a la documentación como respaldo, se envían al subjefe de tesorería.
8. El subjefe de tesorería recibe las facturas con la documentación de respaldo. Dado que la frecuencia con la que llegan estos documentos es de unos 10 días, al mes se realizan, en promedio, 3 envíos de facturas al área de contabilidad.

6.3.2. Recepción y recaudación de cajas servicio hospitalario

En el proceso de recepción y recaudación de cajas servicio hospitalario (Anexo D) participan los siguientes actores relevantes:

- Cajero.
- Supervisor de caja.
- Asistente de tesorería.
- Subjefe de tesorería.
- Estafeta.
- Área de cobranza.
- Área de recaudación.
- Jefe de tesorería.
- Contabilidad.

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. El cajero pide los datos personales de cada paciente que llega. Al momento de ingresar queda automáticamente asignado un identificador único para el paciente (ID_INGRESO). Información adicional también queda asociada a la persona, tales como plan de atención, tipo de atención, ISAPRE, urgencia, etc. Una vez prestado el servicio, el cajero cierra la caja y hace la cuadratura correspondiente. Posteriormente la documentación es enviada al supervisor de caja.
2. El supervisor de caja revisa que los datos estén en orden, de lo contrario se hacen las indicaciones para que el cajero lo corrija. Una vez aprobado, se timbra la documentación y es asignada a los cajeros para su posterior envío al asistente de tesorería.
3. El cajero lleva la recaudación del día anterior con la documentación de respaldo al asistente de tesorería. Este revisa que la cuadratura se encuentre respaldada correctamente. Si los valores cuadran, se procede a contar el dinero de la bolsa, de lo contrario, se identifica el error y se solicita al supervisor de cajas que subsane el error por correo electrónico.

4. Se verifica que el dinero declarado corresponda al monto de la bolsa. En caso de no cuadrar, se envía un correo electrónico al supervisor de cajas para corregir la situación. Una vez corregida la situación, se genera la planilla resumen de pagos recibidos y se revisa que cuadre según cada medio de pago. Se verifican errores, en caso de haber, el mismo asistente de tesorería corrige lo necesario. Luego se generan los cupones (voucher) de depósito para efectivo y cheques. Posteriormente, se imprime la planilla de resumen de medios de pagos previamente generada, y junto al efectivo y cheques, se envían al subjefe de tesorería.
5. El subjefe de tesorería, después de recibir la planilla resumen de depósito, efectivo y cheques, genera una planilla con el detalle para el servicio de transporte y seguridad Prosegur (camiones blindados). Luego se entrega la planilla previamente generada al asistente de tesorería, quién espera 2 días promedio para recibir confirmación de que los depósitos fueron confirmado por el banco.
6. El asistente de tesorería cuenta con una planilla tipo, la cual se genera para llenar como comprobante contable, en caso de no cuadrar la información, es responsabilidad del mismo encargado de corregir los errores. Una vez corregidos los errores, se procede a realizar el proceso de contabilidad para ingresar los datos al ERP FIN700. El software ofrece la opción de obtener un comprobante, se exporta el comprobante contable.
7. Una vez que el asistente de tesorería tiene el comprobante de contabilidad, hay 4 escenarios:
 - Existen cheques a fecha. Existen pagarés en cuotas.
 - Existen cheques a fecha. No existen pagarés en cuotas.
 - No existen cheques a fecha. Existen pagarés en cuotas.
 - No existen cheques a fecha. No existen pagarés en cuotas.

En caso del último escenario, se procede a archivar el comprobante contable.

En caso de ser alguno de los primeros tres escenarios, se verifica que los datos estén ingresados correctamente y la existencia de honorarios médicos en el sistema MEDIC.

En caso de no existir, los cheques o pagarés en cuotas se envían al jefe de tesorería.

En caso de existir honorarios médicos, se genera la planilla correspondiente, y se anotan los datos correspondientes de los cheques asociados, posteriormente, los cheques o pagarés en cuotas se envían al jefe de tesorería.

8. Una vez que el jefe de tesorería ha recibido cheques, pagaré en cuotas y documentos, esta firma la planilla de honorarios médicos y la envía de vuelta al asistente de tesorería. Se inician procesos paralelos, en el primero, el jefe de tesorería genera planillas para cheques y para pagarés, en los cuales ingresa los datos de los documentos asociados. Dependiendo si es cheque a fecha o pagaré en cuotas se dan los siguientes escenarios:

- Si es pagaré en cuotas, hay una breve ventana en la cual se puede subir la nómina de pagarés en la página web de cada banco antes del 5 de cada mes, que corresponde al día de cobro de pagarés. Luego se revisa si el trámite fue aceptado por el banco, de ser así se cobra el pagaré en cuotas, se contabiliza en el ERP FIN700 y se queda a la espera de recibir las facturas canceladas. Si no fue aceptado por el banco, se informa por correo electrónico el estado del mandato al área de recaudación y se reenvía al área de cobranza, quién queda a la espera de respuesta del banco. Si es aceptado por el banco, se cobra el pagaré en cuotas y se contabiliza en el ERP FIN700 y se queda a la espera de recibir las facturas canceladas.

- Si es cheque a la fecha, se evalúa los documentos para ver si se puede cobrar. De no poder cobrarse, se notifica al equipo de estafeta que es necesario retirar el cheque del banco.

Una vez retirado el cheque, el integrante del equipo de apoyo realiza la entrega al jefe de tesorería. Este realiza 2 copias del documento y los envía junto a una notificación al área de cobranza. El área de cobranza confirma recibo enviando una copia firmada al jefe de tesorería. En función si se volvió a depositar, se debe rehacer el documento y hacer el depósito, si solo fue pago de documentos, se hace el depósito. En ambos casos se contabiliza en el ERP FIN700 y se queda a la espera de recibir las facturas canceladas.

- Si el cheque a la fecha se puede cobrar, el jefe de tesorería hace un vale de depósito, y notifica a un integrante del equipo de apoyo que se debe depositar el cheque. Este realiza el depósito en sucursal bancaria y envía comprobante al jefe de tesorería. El jefe de tesorería realiza la contabilidad en el ERP FIN700 y se queda a la espera de recibir las facturas canceladas.

9. Volviendo al punto 8, en el cual ya se redactó uno de los procesos iniciados una vez recibidos los cheques, pagaré en cuotas y documentos, el otro proceso paralelo se inicia a través del envío de la planilla de honorarios médicos firmada (del punto 7) al asistente de tesorería. Una vez que el asistente de tesorería tiene los documentos necesarios, se genera la planilla de bonos a facturar a partir del sistema MEDIC. Comparando con los documentos recibidos, se eliminan duplicados generados por unidades con sistema autónomo tales como biopsia y exámenes. Se ordenan bonos por ISAPRE. Se ordenan los bonos por ISAPRE y se inician distintos procesos:
- En caso de ser bono FONASA, si es un bono externo, se genera una planilla Excel para los tipos de bonos y se procede a llenar con información del paciente, folio del bono y fecha de emisión. Luego, se sube la planilla a la página web de la ISAPRE para comparar los bonos a facturar con los ingresados por FONASA. Si la cantidad de bonos es la misma se genera la liquidación, de lo contrario, se busca el error de descuadre, en caso de poder corregir el error se subsana y se genera la liquidación. En caso de no poder corregir el error, se modifica la cuadratura de facturaciones, dejando de lado los bonos con error para ser enviados a supervisor de caja.
 - En caso de ser bono web, se genera el resumen del monto a liquidar en la página web de la ISAPRE, para luego compararlos con los bonos desplegados según sistema FONASA. En caso de cuadrar los montos a facturar se genera la liquidación, de lo contrario se busca el error y se subsana para luego generar la liquidación, de no poder ser corregido se modifica la cuadratura de facturaciones, dejando de lado los bonos con error para ser enviados a supervisor de caja.
 - En caso de no ser bono FONASA, se separan los bonos por ISAPRE. Para bonos que pueden ser identificados mediante la pistola escáner, se cargan los datos de estos a la página web de la ISAPRE para ser comparados con la base de datos de facturación, en caso de cuadrar se procede a generar la liquidación, de no ser así se procede a subsanar el error, y luego se genera la liquidación. Para bonos que no pueden ser identificados mediante pistola escáner, se suman los montos totales de los bonos por ISAPRE, y se comparan los montos con la base de datos de facturación. En caso de cuadrar el monto a facturar, se genera la liquidación, de no ser así se procede a subsanar el error y luego se genera la liquidación.
10. Para generar la liquidación, se obtiene la planilla de recaudación de honorarios médicos y se separa en la función de los grupos de personas o médicos según acuerdo. Un criterio similar se usa para separar planillas de roles de ISAPREs:
- Para bonos FONASA, se revisa si son parte del Programa Asociados a Diagnósticos (PAD). De ser así, se busca el identificador único de la base de facturación que tenga descuentos, en caso de existir, se ingresan los descuentos en la base de facturación, partiendo por el cirujano, luego se comparan los valores de facturación con los honorarios médicos. De no existir descuentos se comparan los valores de facturación con los honorarios médicos.
 - Para otro tipo de bonos, se comparan los valores de facturación con los honorarios médicos.

11. El asistente de tesorería compara los valores de facturación con los honorarios médicos, si no cuadran, se subsana el error y se emiten facturas a partir del sistema MEDIC. Si los valores cuadran, se emiten facturas a partir del sistema MEDIC. Luego, se imprimen 2 copias originales de la factura y una copia para ceder o transmitir a otra persona.
12. El sistema DB-NET dispone de herramientas totalmente automatizadas para extraer datos, crear tablas y cargar los datos directamente en MS SQL Server. A partir de esta herramienta se descargan facturas de Banmédica, Vida Tres, Más Vida, Isalud. Según la ISAPRE se inician los siguientes procesos:
 - Para ISAPREs Banmédica, Vida Tres, Más Vida, Isalud se cargan los datos en la página web de la ISAPRE, y luego se descarga el comprobante de facturación con fecha tentativa de pago y se juntan los documentos.
 - Para ISAPRE Colmena, se reúne la facturación original, el documento cedible y bonos, y se inician procesos paralelos: se juntan los documentos, por otra parte, se envían al equipo de apoyo, este a su vez envía la documentación física a la ISAPRE, la cual envía la factura cedible de vuelta. Luego el equipo de apoyo envía los documentos al subjefe de tesorería.
 - Para documentos tales como cartas de resguardo (obligación legal y escrita que asume el banco que otorga el crédito, de pagar por cuenta del vendedor el total de la deuda que este mantiene con la institución acreedora), se escanea y se juntan los documentos. Al mismo tiempo se envía por correo a la ISAPRE, la cual envía un correo con fecha de pago al área de cobranza, quienes los reenvían al asistente de tesorería.
13. El asistente de tesorería junta los documentos y llena cuaderno de facturas exentas y afectas, y envía los documentos al subjefe de tesorería. Este recibe los documentos, y a partir del sistema MEDIC, obtiene las facturas por periodo. Se genera la lista de facturas exentas y afectas, luego de exportar esta lista, registra las facturas emitidas en una planilla propia del asistente. Se inician procesos paralelos:
 - Se envían facturas y el respaldo de la base de facturación al área de cobranza, esta área deja registro de la recepción en el libro de facturas exentas y afectas. Se espera hasta que se realiza el pago de facturas. Una vez pagadas las facturas se envían a al subjefe de tesorería, quien realiza la contabilidad en el ERP FIN700.
 - El subjefe de tesorería espera hasta 10 días para enviar la documentación de facturación y honorarios médicos a Contabilidad, quien recibe los documentos de facturación y honorarios médicos envía un correo de notificación por recibo a al subjefe de tesorería. Luego, este procede a realizar la contabilidad en el ERP FIN700.
14. Después de haber realizado la contabilidad en el ERP FIN700, el subjefe de tesorería envía las facturas canceladas al jefe de tesorería. Los procesos que quedan a la espera del punto 8 pueden ser retomadas. El jefe de tesorería recibe las facturas canceladas y se da por finalizado el proceso de recepción y recaudación de cajas hospitalario.

6.3.3. Proceso de cobranza

En el proceso de cobranza (Anexo E) participan los siguientes actores relevantes:

- Ejecutivo BackOffice.
- Supervisor área de cobranza.
- Gerente de finanzas y administración.
- Supervisor de recaudación.
- Ejecutivo de cobranza.
- Ejecutivo de recaudación.
- Departamento de contabilidad.
- Departamento de tesorería.
- Paciente.
- Cobranza Externa.

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. El supervisor de área de cobranza genera la planilla de cuentas por cobrar a partir del sistema MEDIC. De este registro se eliminan las cuentas pagadas. Luego se separa según montos:
2. Para montos FONASA que sean mayor o igual a \$1.000.000, o para el caso en el que otras cuentas sean mayor o igual a \$400.000, se genera la planilla de deudas copagos. Se carga información en la planilla y se asigna cuentas por cobrar todos los viernes. Se envía notificación de asignación al ejecutivo de cobranza.
3. El ejecutivo de cobranza recibe la notificación y envía un correo informativo de la deuda, si se realiza el pago, se actualiza la información en cobranza y se acaba el proceso. De lo contrario, se esperan 5 días para hacer un llamado telefónico y se registran información, se sigue intentando hasta 4 intentos para que se realice el pago. De no contestar, pasado los 4 intentos se cambia el estado de cuenta a “En estado DICOM” en Cobranza Interna para el supervisor área de cobranza.

4. Volviendo al punto 2, Para montos FONASA que sean menores a \$1.000.000, o para el caso en el que otras cuentas sean menores a \$400.000, se genera la planilla de deudas copagos. Se carga información en la planilla, luego el ejecutivo BackOffice revisa la base de datos, y a través de la plataforma multicanal, se envía correo informativo de deuda. En función del tipo de cuenta se inicia uno de los siguientes procesos:
 - Si es FONASA, se envía un mensaje de texto y voz.
 - Si es otro tipo de cuenta, solo se envía un mensaje de texto.
5. En el evento de haber respuesta, se realiza el pago y se actualiza información en cobranza interna para dar por cerrado el proceso. De no ser así, se esperan 5 días hábiles y se inician los siguientes procesos:
 - En envían mensajes de texto y voz.
 - Se envían mensajes de texto.

Luego se registra la información, si fueron menos de 4 intentos se sigue enviando mensajes, una vez que ya se hayan hecho más de 4 envíos, se evalúa si el monto es menor a \$100.000 CLP, de ser así, se cargan los datos por la plataforma multicanal. De ser un monto mayor o igual a \$100.00 CLP, el supervisor del área de cobranza revisar el estado de cuentas, genera los saldos finales a publicar. A partir del listado DICOM, se hace la nómina de cuentas a publicar y se envía al gerente de finanzas y administración.

6. El gerente de finanzas y administración recibe la nómina de DICOM, quién aprueba (o no) el documento. En caso de no ser aprobado, es enviado al supervisor área de cobranza para que revise el estado de cuentas como quedo descrito en el punto 5. Si es aprobado, se envía la nómina al supervisor de área de cobranza, quien reenvía la nómina a publicar al ejecutivo BackOffice
7. El ejecutivo BackOffice recibe la nómina DICOM a publicar. Envía un correo notificando de la publicación en DICOM. En caso de haber respuesta, se realiza pago y se actualiza la información en cobranza interna y se da por finalizado el proceso. De no ser así, se esperan 5 días antes de hacer la publicación en DICOM, luego se revisa información en cobranza interna y se cargan los datos en la plataforma multicanal. Luego se envía mensaje de voz y texto y se registra la información, si fueron menos de 4 intentos se sigue enviando mensajes, una vez que ya se hayan hecho más de 4 envíos, se evalúa si el monto es menor a \$100.000 CLP, de ser así se cierra el proceso. De lo contrario, se notifica a cobranza judicial del avance al supervisor de área de cobranza.
8. El supervisor de área de cobranza revisa el estado de cuentas y hace un cruce de información obtenida del sistema MEDIC de cuentas en estado provisional. Si la cuenta está con deuda, se cierra el proceso, de lo contrario, se hace una nómina de cuentas para cobranza externa y se envía al gerente de finanzas y administración.

9. El gerente de finanzas y administración recibe la nómina de cuentas cobranza externa y evalúa su aprobación. De no ser aprobada, se envía de vuelta al supervisor de área de cobranza para que vuelva hacerla. De ser aprobada se envía la nómina al supervisor de área de cobranza para que la envíe al supervisor de recaudación. Este la recibe y hace envío de la nómina de retiro de pagaré al ejecutivo de recaudación.
10. El ejecutivo de recaudación recibe la nómina de pagarés y procede a revisar los datos de las cuentas para llenar los montos a protestar en el pagaré. Luego genera la nómina con montos y datos de las cuentas y notifica retiro de pagarés. Una vez retirados los pagarés, se registra el evento en la ficha de gestión de cobranza del sistema MEDIC. Luego se cambia el estado de cuenta a “Moroso” y se genera el bloqueo de paciente en el sistema MEDIC, a través una asignación de alerta.
11. Luego, el supervisor de área de cobranza cuenta con dos tareas a realizar. Primero que todo, en fechas cercanas a fin de año, se solicita la nómina de cuentas a castigar. Cuando se realicen los pagos se actualizará la información y se da por cerrado el proceso. Cuando se recibe la nómina de cuentas a castigar, se renvia al departamento de contabilidad, donde se recibe y envía la nómina final de cuentas a castigar al supervisor del área de cobranza. El supervisor del área de cobranza recibe la nómina final de cuentas a castigar y la envía al gerente de finanzas y administración. El gerente recibe la nómina, la aprueba y envía de vuelta al supervisor del área de cobranza, quien reenvía la nómina final aprobada de cuentas a castigar al supervisor de recaudación.
12. El supervisor de recaudación recibe la nómina final de cuentas a castigar y en el sistema MEDIC, en ítem de recaudación por liquidaciones, ingresa castigo por caja correspondientemente. Luego envía caja al departamento de tesorería, donde se recibe y se da por finalizado el proceso.

6.3.4. Proceso de cierre de cuentas

En el proceso de cierre de cuentas (Anexo F) participan los siguientes actores relevantes:

- Jefe de cierre de cuentas.
- Supervisor de cierre de cuentas.
- Ejecutivo de digitalización de cuentas.
- Ejecutivo de cierre de cuentas.
- Ejecutivo de envío de cuentas.
- Departamento de bonificación.
- Departamento de cobranza.
- Departamento de contabilidad.
- Departamento de Tecnologías de Información.
- Área comercial.
- Área Garantías Explícitas de Salud.
- Aseguradoras.
- Contraloría Médica Consalud.

El proceso funciona de la siguiente manera:

1. El supervisor de cierre de cuentas recibe las carpetas de altas médicas y las envía al ejecutivo de digitalización de cuentas, quien escanea los documentos de cada paciente y los almacena en el servicio de almacenamiento de Google Drive.
2. A partir de los documentos subidos, el jefe de cierre de cuentas hace un listado nuevas cuentas diarias. Este revise que las cuentas estén ingresadas en la base de datos del área de cierre de cuentas. Al momento de revisar que la cuenta este cargada se verifica que así sea, luego se procede a cambiar el estado de pendiente a OK. El supervisor de cierre de cuentas asigna cuentas en estado OK a los ejecutivos de cierre de cuentas.
3. El ejecutivo de cuentas revisa cuentas asignadas y revisa documentos adjuntos a cada cuenta correspondiente. De no estar toda la documentación disponible, se solicita los documentos faltantes. Una vez con la documentación necesaria, se revisa que se encuentren completados correctamente, de no ser así se solicita subsanar cada problema con la unidad correspondiente. Una vez verificada la situación, se revisa el consumo de la cuenta a partir de la información entregada por el sistema MEDIC. Si llega haber algún ítem pendiente, se solicita el registro a la unidad correspondiente.

4. Según el tipo de cuenta se inician los siguientes procesos:

- Para cuentas quirúrgicas, se revisa tipo de código del protocolo.
Según esto se inicia uno de los siguientes procesos: En caso de ser un código de paquete, se revisa si el valor real exceda el valor del paquete, en caso de ser así, se revisan los insumos utilizados. Si los insumos no están correctamente asociados, se solicita que sea corregido por la unidad correspondiente. Luego se procede a revisar el tipo de cama utilizada, si está dentro del convenio de la cuenta, de no ser así se modifica el tipo de cama en la cuenta cargo de consumo. Se procede a verificar si hay biopsia, de no ser así, se procede a revisar tipo de liquidación. Si hay biopsia, se revisa el estado de la biopsia según el monitor de histopatología del sistema MEDIC, una vez que la biopsia sea cerrada se procede a revisar el tipo de liquidación.
Volviendo al inicio, en caso de que el valor real no exceda el valor del paquete, se verifica que el médico asignado está autorizado para el paquete. Si está autorizado, se revisa el tipo de cama utilizada, si esta corresponde, se procede a revisar el tipo de liquidación. Ya sea que el médico no está autorizado o el tipo de cama no corresponde al paquete, se procede a verificar si los insumos están correctamente asociados, de no ser así, se solicita que sea corregido por la unidad correspondiente. Luego se procede a revisar el tipo de cama utilizada, si está dentro del convenio de la cuenta, de no ser así de modifica el tipo de cama en la cuenta cargo de consumo. Se procede a verificar si hay biopsia, de no ser así, se procede a revisar tipo de liquidación. Si hay biopsia, se revisa el estado de la biopsia según el monitor de histopatología del sistema MEDIC, una vez que la biopsia sea cerrada se procede a revisar el tipo de liquidación.
En caso de ser un código convencional, se revisan los insumos utilizados. Si los insumos no están correctamente asociados, se solicita que sea corregido por la unidad correspondiente. Luego se procede a revisar el tipo de cama utilizada, si está dentro del convenio de la cuenta, de no ser así de modifica el tipo de cama en la cuenta cargo de consumo. Se procede a verificar si hay biopsia, de no ser así, se procede a revisar tipo de liquidación. Si hay biopsia, se revisa el estado de la biopsia según el monitor de histopatología del sistema MEDIC, una vez que la biopsia sea cerrada se procede a revisar el tipo de liquidación.
- Para cuentas hospitalarias, se revisa si el tipo de cama utilizada está dentro del convenio, de no ser así se modifica el tipo de cama en la cuenta cargo de consumo. Luego se revisan las visitas médicas, si no hay se procede a evaluar si hay biopsia. Si hay visitas se verifica si están cargadas, si lo están se procede a evaluar si hay biopsia, de no ser así, el supervisor de cierre de cuentas debe subsanar el problema, y luego se procede a evaluar si hay biopsia. Si no hay biopsia se procede a revisar el tipo de liquidación. Si hay biopsia, se revisa el estado de la biopsia según el monitor de histopatología del sistema MEDIC, una vez que la biopsia sea cerrada se procede a revisar el tipo de liquidación.

5. El ejecutivo de cierre de cuentas revisa tipo de liquidación, en función de eso de da lugar a uno de los siguientes procesos:
 - En caso de ser liquidación parcial, se genera una cuenta parcial a partir del sistema MEDIC.
 - En caso de ser una liquidación final, se genera una cuenta final a partir del sistema MEDIC.
En ambos casos, se guarda el archivo PDF generado en forma de respaldo en Google Drive.

6. El ejecutivo de cierre de cuentas reúne los documentos para el envío de cuentas a ISAPRE. Se inician distintos procesos:
 - Para FONASA MLE (Modalidad Libre Elección), el ejecutivo de cierre de cuentas envía mail con cuentas al ejecutivo de digitalización de cuentas. Después de recibir el mail, este completa el programa médico con las prestaciones bonificables. Se digitalizan los documentos, y en el sistema MEDIC, se cambia el estado de cuenta de “Generada” a “Enviada a encargado”. Posterior a esto, se envía la cuenta al departamento de bonificación, donde se reciben las cuentas e ingresan prepagos por caja. Luego se envía a departamento de cobranza, donde se recibe y se inicia el proceso de cobranza.
 - Para FONASA GRD (Grupos Relacionados por Diagnostico) o particular, el ejecutivo de cierre de cuentas envía mail con cuentas al departamento de bonificación. Al recibir el mail con cuentas se inician los procesos:
 - Si es FONASA GRD, en el sistema MEDIC, se cambia el estado de cuenta de “Generada” a “Trámite ISAPRE”, con lo cual se da por finalizado el proceso.
 - Si es particular, se ingresan los prepagos. En caso de faltar dinero, se envía al departamento de cobranza y inicia el proceso de cobranza. En caso de sobrar dinero, se envía al departamento de contabilidad para subsanar el problema.
 - Para cuentas asociadas a Teletón, el ejecutivo de cierre de cuentas envía mail con cuentas a la organización, después de haber recibido la cuenta, la organización la envía de vuelta validada al ejecutivo de cierre de cuentas, quién cambia el estado de cuenta en el sistema MEDIC de “Generada” a “Enviado a encargado”.
 - Para Oncosalud (Red oncológica de RedSalud), el ejecutivo de cierre de cuentas envía mail con cuentas a las aseguradoras correspondientes, donde se reciben, son validadas y enviadas de vuelta al ejecutivo de cierre de cuentas, quién cambia el estado de cuenta en el sistema MEDIC de “Generada” a “Enviado a encargado”.
 - Para otras cuentas, se cambia el estado de cuenta en el sistema MEDIC de “Generada” a “Enviado a encargado”.

7. Para toda cuenta cuyo estado haya sido cambiada de “Generada” a “Enviado a encargado”, después de un día se envía correo al ejecutivo de envía de cuentas notificando cuentas listas. Después de haber recibido el correo, el ejecutivo de cuentas revisa el listado de cuentas lista para el envío. Según la ISAPRE, se inician distintos procesos:
- Para Consalud, si le cuenta se encuentra objetada, se envía al supervisor de cierre de cuentas. De no ser así, se suben a Compliance Metrix (software de monitoreo). Se verifica el estado de las cuentas. En función de eso se inicia uno de los siguientes procesos:
 - En caso de haber problemas de subida, se envían las cuentas al Departamento Tecnologías de la Información Corporativo. Estos se encargan de subir cuentas internamente.
 - En caso de estar cargada en el sistema, el ejecutivo de cierre de cuentas cambia el estado de cuenta en el sistema MEDIC de “Generada” a “Enviado a encargado”. Una vez la cuenta cargada en el sistema, se envían las cuentas para revisar en Opta Salud (Sistema de información hospitalario) que las cuentas hayan llegado al prestador. De ser así, se sube la documentación de cuentas en Opta Salud. De no haber llegado, el ejecutivo de cierre de cuentas notifica por correo de la cuenta y el error que arroja el sistema Opta Salud, pasado un día, se envía la documentación disponible a partir del Drive de las cuentas no enviadas por CMD (Software de soluciones TI) al supervisor de cierre de cuentas. Si las cuentas llegaron, se sube la documentación al detalle del envío de atenciones médicas a partir de Opta Salud.
 - Para Cruz Blanca, en caso de no ser cuenta médica directa, los lunes de cada semana se envían las cuentas con su documentación por correo electrónico al supervisor de cierre de cuentas. En caso de ser cuenta médica directa se suben a Compliance Metrix (software de monitoreo). Se verifica el estado de las cuentas. En función de eso se inicia uno de los siguientes procesos:
 - En caso de haber problemas de subida, se envían las cuentas al Departamento Tecnologías de la Información Corporativo. Estos se encargan de subir cuentas internamente.
 - En caso de estar cargada en el sistema, el ejecutivo de cierre de cuentas cambia el estado de cuenta en el sistema MEDIC de “Generada” a “Enviado a encargado”. Una vez la cuenta cargada en el sistema, se envían las cuentas para revisar en Opta Salud (Sistema de información hospitalario) que las cuentas hayan llegado al prestador. De ser así, se sube la documentación de cuentas al detalle de envío de atenciones médicas en Opta Salud. De no haber llegado, los lunes de cada semana se envían las cuentas con su documentación por correo electrónico al supervisor de cierre de cuentas.
 - Para Colmena, se pueden dar distintos escenarios de manera excluyente:
 - En caso de ser por Ley de Urgencia, Garantías Explícitas de Salud y Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en la página web de la ISAPRE se ingresa al módulo de programas médicos y se completan los datos solicitados cargando los documentos de las cuentas.
 - En caso de ser otra modalidad, se completa el número del Programa de Atención Médica en el sistema MEDIC, luego mediante una Cotización Mal Enterada se cargan documentos de las cuentas.

- Para ISAPRE Fundación, e ISAPRE Isalud, el ejecutivo de envío de cuentas además solicita el mandato especial de pagaré para ISAPRE Fundación, luego envía cuentas con su documentación correspondiente por correo electrónico al supervisor de cierre de cuentas.
- Para ISAPRE Banmédica e ISAPRE Vida Tres se inician los procesos paralelos:
 - A partir del sistema MEDIC, se exporta cuenta médica del paciente y al archivo se le da formato Excel.
 - En Portal Prestadores de la ISAPRE se ingresa los programas médicos, luego se ingresa el Programa de Atención Médica y los datos de las cuentas. Una vez completados los pasos previos, se cargan los archivos Excel generados y son enviados al supervisor de cierre de cuentas. Para Nueva Masvida, el ejecutivo de envío de cuentas ingresa al módulo de prestadores de la ISAPRE. Esta acción solo puede ser realizada lunes, miércoles y viernes hasta las 12 horas. Una vez en el módulo de Programa Médico, se ingresa a “Ingresar Programa”, se completan los datos solicitados y se carga la documentación de cuentas (además se adjunta el mandato de pagaré de estar disponible). Luego se envían las cuentas y en el sistema MEDIC se ingresan los folios de las cuentas enviadas.

8. El supervisor de cierre de cuentas revisa estado de las cuentas enviadas. Si no hay cuentas objetadas se acaba el proceso. De haber cuentas objetadas, se identifican aquellas objetadas por contraloría médica de la ISAPRE, objetada por problema de arancel, objetada por problema de convenio. Se envían cuentas objetadas a distintas áreas:

- Área comercial recibe las cuentas objetadas y subsana los problemas reuniendo la documentación necesaria, realizando las correcciones correspondientes y se envía al ejecutivo de cierre de cuentas para dar lugar el punto 6.
- Enfermera contralor recibe las cuentas objetadas y subsana los problemas reuniendo la documentación necesaria, realizando las correcciones correspondientes y se envía al ejecutivo de cierre de cuentas para dar lugar el punto 6.
- Área Garantías Explícitas de Salud recibe las cuentas objetadas y subsana los problemas reuniendo la documentación necesaria, realizando las correcciones correspondientes y se envía al ejecutivo de cierre de cuentas para dar lugar el punto 6.

6.4. Direcciones de cambio

En segmentos anteriores se ha dejado claro la oportunidad de mejorar la situación actual del funcionamiento del área administración y finanzas, en particular, en particular los procesos relacionados a cobranza y recaudación. Aun así, se hace necesario tener precisión al momento de hablar de rediseño de procesos.

En el segmento anterior de procesos se describió el estado actual (AS IS), por lo que en este segmento se determina la dirección de cambio dentro de la organización.

Según lo declarado por Oscar Barros en “Rediseño de procesos mediante el uso de patrones”, al momento de rediseñar se establece los cambios que deberían efectuarse en la situación actual. De las opciones posibles como dirección de cambio se presentan:

1. Mantención consolidada de estado.
2. Anticipación.
3. Integración de procesos conexos.
4. Prácticas de trabajos.
5. Coordinación.
6. Asignación de responsabilidades.

Hernández [10] ofrece una visión condensada de estas, en la que se declaran posibles opciones de dirección de cambio:

1. Innovar (cambio de paradigmas)
2. Mejorar coordinación
3. Reestructurar (cambiar relaciones)
4. Mejorar programación y control.

Es posible ver cómo hay una cierta correspondencia entre ambas listas, donde hay una jerarquía desde el nivel estratégico hasta el operativo. Tomando en cuenta el tamaño de la empresa, cambios de paradigmas escapan del alcance de esta memoria, dado que ese tipo de decisiones requieren cooperación multidisciplinaria entre las distintas áreas que responden a la mesa directiva de RedSalud Providencia. Por lo tanto, se decide enfocarse en un rediseño cuyas direcciones de cambio irán por el punto 2, 3 y 4:

- **Mejorar coordinación:** Como se identificó en los procesos de cobranza y en el de cierre de cuentas, en varias ocasiones se da instancias de comunicación limitada a través de mensajes de texto y de voz, de los cuales, a menos de que sea correo electrónico, no queda registro. Como se verá más adelante, una propuesta de rediseño en este ámbito es clave para mejorar la coordinación entre las partes.
- **Reestructurar (cambiar relaciones):**
- **Mejorar programación y control:** Uno de los puntos clave y contribuyente de manera directa al concepto de deterioro de cuentas por cobrar se vio en el proceso de cobranza, específicamente para cuentas menores a \$100.000, las cuales, según el ejecutivo BackOffice no se están registrando. Dado que el estado de resultados de RedSalud Providencia está construido según las normas del IFRS (International Financial Reporting Standards), es posible ver el concepto de Deterioro de cuentas por cobrar ya se encuentra codificado como NIIF 9 (Normas Internacionales Sobre Información Financiera).

6.5. Rediseño propuesto

Al momento de hacer el diagnóstico, de los procesos en su estado actual (AS IS), se decidió realizar un rediseño para los procesos de cobranza y de cierre de cuentas. La justificación viene principalmente porque los procesos de recepción y recaudación de cajas cumplen con su tarea designada de tal manera que no se identificaron oportunidades de mejoras para los objetivos declarados en segmentos previos.

Al momento de entrar en detalles de las pérdidas por deterioro de cuentas, se puede decomponer el detalle de la tabla 1 para tener una imagen más clara del origen de las pérdidas:

| FECHA | FILIAL INTERNA | MONTO \$ | NIVEL 4 NOMBRE |
|----------|--------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|
| 31-01-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -72,364,429 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-01-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -10,482,002 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 31-01-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -5,926,884 | Deterioro de cuentas por cobrar documentos |
| 31-01-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -12,714,531 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-01-21 | LAB. NEUROFISIOLOGIA DIGITAL Y ESTUDIO DEL SUEÑOS S.A. | \$ -615,629 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-01-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ 158,370 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-01-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -2,375,809 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 28-02-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ 1,279,272 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 28-02-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ 3,007,804 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 28-02-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -7,714,411 | Deterioro de cuentas por cobrar documentos |
| 28-02-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ 3,722,402 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 28-02-21 | LAB. NEUROFISIOLOGIA DIGITAL Y ESTUDIO DEL SUEÑOS S.A. | \$ -469,756 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 28-02-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -2,520 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 28-02-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ 3,387,077 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 31-03-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -140,077,746 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-03-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -28,852,239 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 31-03-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -6,134,853 | Deterioro de cuentas por cobrar documentos |
| 31-03-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -375,076 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-03-21 | LAB. NEUROFISIOLOGIA DIGITAL Y ESTUDIO DEL SUEÑOS S.A. | \$ -652,108 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-03-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -76,627 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-03-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -750,219 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 30-04-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -141,947,577 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 30-04-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ 8,023,559 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 30-04-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -1,480,772 | Deterioro de cuentas por cobrar documentos |
| 30-04-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -423,892 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 30-04-21 | LAB. NEUROFISIOLOGIA DIGITAL Y ESTUDIO DEL SUEÑOS S.A. | \$ -755,290 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 30-04-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ 58,131 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 30-04-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ 7,994,668 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 31-05-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -127,453,865 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-05-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ 62,867,510 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |
| 31-05-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -2,301,100 | Deterioro de cuentas por cobrar documentos |
| 31-05-21 | CLINICA AVANSALUD SPA | \$ -2,964,288 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-05-21 | LAB. NEUROFISIOLOGIA DIGITAL Y ESTUDIO DEL SUEÑOS S.A. | \$ -60,273 | Deterioro otras cuentas por cobrar |
| 31-05-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -60,482 | Deterioro de cuentas por cobrar devengada |
| 31-05-21 | RESONANCIA MAGNETICA | \$ -588,913 | Deterioro de cuentas por cobrar Facturas |

Figura 6.3: Detalle pérdidas por deterioro de cuentas.

Fuente: Elaboración Propia.

Por concepto de *cuentas devengadas* se entiende toda cuenta que componga intereses en el tiempo. Por otro lado, *cuentas por cobrar facturas*, hace referencia a cuentas por cobrar de servicios prestados a toda organización o entidad que no sea el consumidor final. *Deterioro de cuentas por cobrar documentos* hace referencia a cuentas cuyo medio de pago asociado fueron cheques o pagarés. Por último, *deterioro otras cuentas por cobrar* hace referencia a todas aquellas cuentas que no pueden ser clasificadas en algunas de las cuentas previamente descritas.

Como se puede apreciar, las mayores pérdidas vienen asociadas por el lado del deterioro de cuentas por cobrar devengadas y deterioro de otras cuentas por cobrar. Vale la pena notar que febrero es el único mes en el que no hay pérdidas cuando se obtiene la suma total de las cuentas. Uno de los motivos detrás de esto es que se recibe el pago de cuentas de meses anteriores y además, ese mismo mes hay muy poca actividad, por lo que no se generan gastos que pueden llevar a tener estas cuentas que tardan en pagar.

Por estas razones expuestas, se buscará reducir el impacto de las pérdidas y prevenir escenarios en los cuales no se pueda cobrar los costos asociados a la atención de los pacientes.

6.5.1. Modelo de cobranza propuesto. Registro simplificado

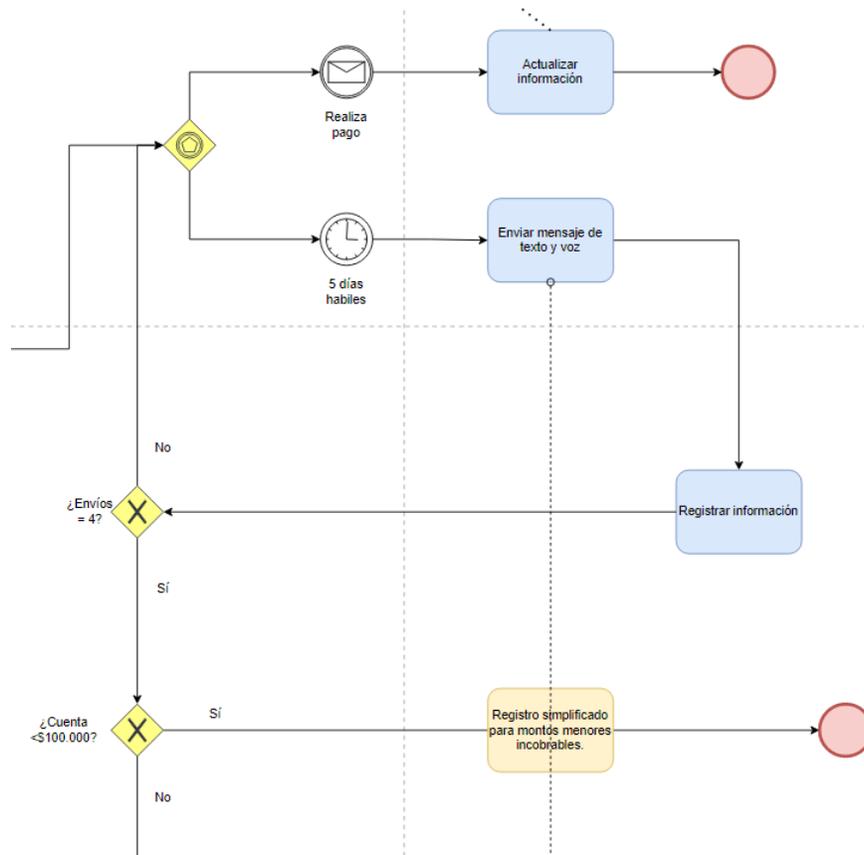


Figura 6.4: Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Registro simplificado.

Fuente: Elaboración Propia.

En el rediseño propuesto, se propone mantener registro acumulado de las cuentas menores a \$100.000. Dado que el primer filtro es por monto, se podría considerar que es una cantidad despreciable a juicio del jefe de recaudación, cuentas y cobranza.

Si bien pasan a ser incobrables, este monto no se está registrando, por lo que no se lleva un seguimiento de la acumulación de estos montos.

Estos montos no quedan registrados, pero la pérdida es inevitable. Como se puede apreciar en la tabla 6.1, hay registro del monto y categoría del deterioro de cuentas, pero al entrar al detalle no es imposible identificar como estas cuentas menores a \$100.000 y su impacto acumulado influyen en el deterioro de las distintas cuentas.

Un primer paso es que el ejecutivo BackOffice agrupe cuentas por ID único cuyo monto no supere los \$100.000 e ingresarlas a un registro consolidado que manejen el resto de los ejecutivos. Este registro es enviado una vez al mes al ejecutivo de envío de cuentas, donde se consolida el registro que posteriormente control de gestión reporta a gerencia de administración y finanzas.

Si bien administración y finanzas utilizan el ERP FIN700, los usuarios pueden ingresar y descargar los datos a través de planillas en formato “Comma-separated values”, por lo que ingresar la información de estas cuentas debe tener una estructura estándar para el procesamiento posterior. Esta estructura consiste en las siguientes columnas, que posteriormente se guarda en el mismo formato.

Tabla 6.1: Estructura del registro FIN700.

| | | |
|----------------|-----------------|------------------------|
| ID_INGRESO | CANT | COD_ESP |
| RESPONSABLE | AFECTO | ESP |
| ID_LIQUIDACION | EXENTO | Prestación Descripción |
| PAQUETE | TOTAL | Previsión Descripción |
| FECHA_INGRESO | TOTAL_NUEVO | Cod.Plan |
| NUMFICHA | COD_CONVENIO | CAT_CTA |
| TIPOCONSUMO | Costo Unitario | COD_PROF |
| COBRO_ISAPRE | Costo Total | RUT |
| PRESTPROD | Clasifica Cat. | NOMBRE PROF |
| NOMBRE_PRES | Tarifa Unitaria | STAFF |
| FECHA_CONSUMO | Venta Total | ESPEC_AVAN |
| COBRO_PACIENTE | Cod_Unidad | ESPEC_REDSALUD |
| COD_PAQUETE | DESC_UNIDAD | DESC_UN |
| CENTRO | AÑO | CATCONS |
| UNIDAD | MES | INGNETO |
| ISAPRE | CeCo | URG |
| URG | Desc_CeCo | |
| EXCLUSION | Sist.Origin | |

6.5.2. Modelo de cobranza propuesto. Manejo de nómina a castigar

Uno de los problemas recurrentes a los cuales se enfrentan en el área de cobranza es la falta de prolijidad y el ajeteo durante el cierre contable. Si bien este es un problema de toda organización es particularmente perjudicial en el área de la salud pues genera descortes que pueden ser objetados por entes reguladores.

Se identifica como causa principal cuello de botella del proceso a la alta cantidad de cuentas acumuladas que se deben auditar como cuentas de castigo o impagas. La solución propuesta consiste en dividir esta labor de forma mensual. Esta división no solo significa una menor cantidad de trabajo, sino que permite un seguimiento personalizado, pues estas cuentas son recordadas por los prestadores de servicios.

Tomando en cuenta este cambio de frecuencia anual a mensual, se considera la contratación de personal adicional dedicado exclusivamente a esta tarea. Esta contratación trae como beneficio eximir al resto del personal de asumir una tarea mensual, permitiendo así una mejor dedicación del resto de los empleados a sus respectivas tareas. Además, este nuevo integrante mejoraría la coordinación y comunicación, y al estar dedicado exclusivamente a esto puede traer mejoras del tipo *learning-by-doing*.

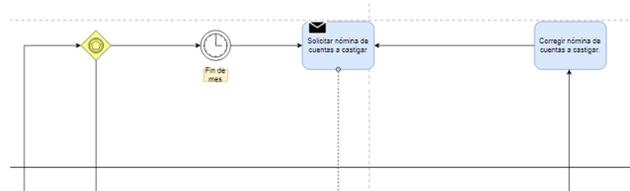


Figura 6.5: Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Cambio de frecuencia.

Fuente: Elaboración Propia.

Adicionalmente en este proceso se reducen interacciones redundantes entre el supervisor de área de cobranza, departamento de contabilidad y gerencia de administración y finanzas. Adicionalmente, el nuevo integrante propuesto se haría cargo de facilitar el proceso de subsanación de errores en caso de no ser aprobada la nómina final de cuentas a castigar.

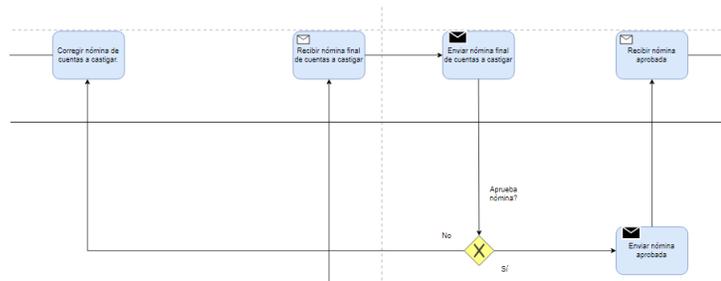


Figura 6.6: Resumen BPMN modelo de cobranza propuesto. Interacciones redundantes.

Fuente: Elaboración Propia.

6.5.3. Modelo de cierre de cuentas propuesto

Para la propuesta de rediseño del proceso de cierre de cuentas, el ejecutivo de cierre de cuentas recibe el registro de cuentas menores consolidado en el punto 7.5.1, el cual consiste en la planilla mensual con el acumulado de datos correspondientes a cuentas incobrables menores a \$100.000.

La idea es que, al recibir el registro consolidado antes de revisar el listado de cuentas por envíos, es posible evaluar cómo se descomponen estas cuentas por aseguradora antes de ser enviadas al supervisor de cierre de cuentas.

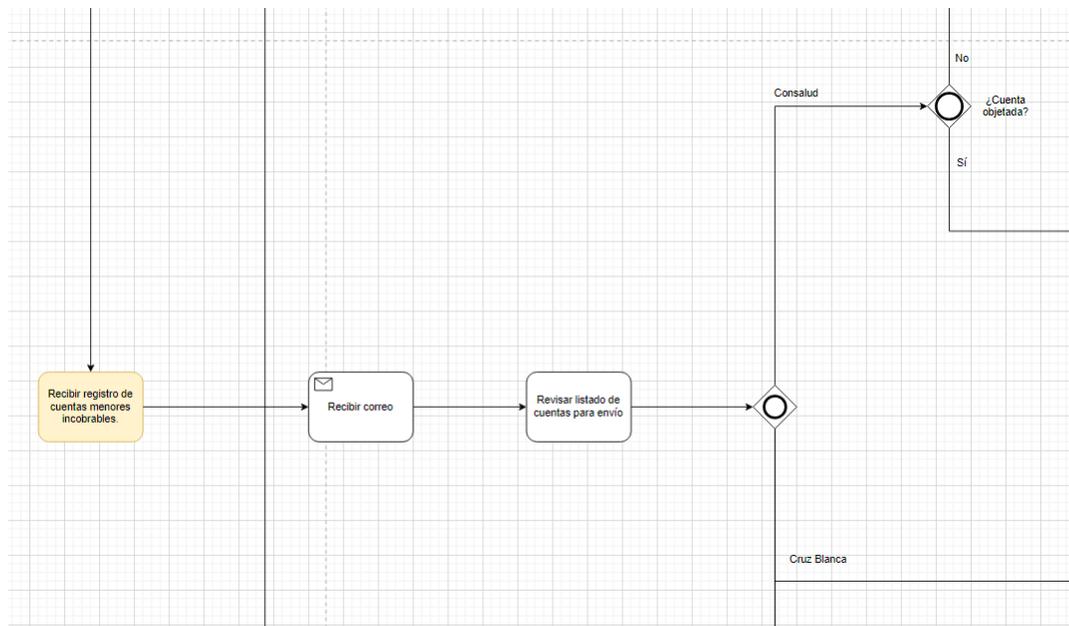


Figura 6.7: Resumen BPMN modelo de cierre de cuentas propuesto.
Fuente: Elaboración Propia.

Capítulo 7

Evaluación Económica del Rediseño

Por medio del presente trabajo se evalúan los potenciales resultados de las mejoras propuestas. Se consideran 3 escenarios para realizar un análisis de sensibilidad de los resultados posibles. La elaboración de estos resultados surge de estimaciones de propias de las pérdidas, estimaciones de las entrevistas a los empleados de la organización y extrapolando resultados de otros trabajos similares aplicables al contexto de servicios de salud.

Si bien este análisis contempla beneficios económicos no se cuantifica ciertas mejoras cualitativas vinculadas a la especialización de tareas y el incremento de horas hombre producto de la liberación de horas hombre disponibles actualmente contratadas.

7.1. Escenario optimista

El escenario optimista considera el caso positivo de los resultados dado que las mejoras propuestas cumplieron los efectos esperados de reducción de pérdidas esperadas en cada aspecto.

Tabla 7.1: Resultados Escenario Optimista.

| Fecha | Ingresos | Det. Optimista |
|----------|-------------------|------------------|
| 31-01-21 | \$ 5,615,652,580 | \$ (52,225,569) |
| 28-02-21 | \$ 5,015,184,104 | \$ 4,513,666 |
| 31-03-21 | \$ 6,491,158,046 | \$ (88,604,307) |
| 30-04-21 | \$ 4,441,381,177 | \$ (64,177,958) |
| 31-05-21 | \$ 5,355,095,510 | \$ (35,343,630) |
| TOTAL | \$ 26,918,471,417 | \$ (235,837,799) |

Este escenario obtiene una reducción en pérdidas por castigos de un 50 %, lo cual constituye un importe de 241284698.

7.2. Escenario conservador

En este caso tomamos en consideración que el trabajo esperado y más plausible. Este escenario se puede expresar como el mínimo resultado tal que la implementación se considera exitosa.

Tabla 7.2: Resultados Escenario Conservador.

| Fecha | Ingresos | Det. Conservador |
|----------|-------------------|------------------|
| 31-01-21 | \$ 5,615,652,580 | \$ (104,320,914) |
| 28-02-21 | \$ 5,015,184,104 | \$ 3,209,868 |
| 31-03-21 | \$ 6,491,158,046 | \$ (176,918,868) |
| 30-04-21 | \$ 4,441,381,177 | \$ (128,531,173) |
| 31-05-21 | \$ 5,355,095,510 | \$ (70,561,411) |
| TOTAL | \$ 26,918,471,417 | \$ (477,122,498) |

Como tal este escenario considera la mantención de las pérdidas por deterioro constantes o con diferencias no atribuibles a la implementación del presente trabajo.

7.3. Escenario pesimista

El escenario pesimista considera el peor caso de cada una de las mejoras implementadas en todo aspecto. Este escenario no considera sinergias negativas producidas por la interacción de los fallos generados.

Tabla 7.3: Resultados Escenario Pesimista.

| Fecha | Ingresos | Det. Pesimista |
|----------|-------------------|------------------|
| 31-01-21 | \$ 5,615,652,580 | \$ (114,896,252) |
| 28-02-21 | \$ 5,015,184,104 | \$ 3,310,022 |
| 31-03-21 | \$ 6,491,158,046 | \$ (194,929,476) |
| 30-04-21 | \$ 4,441,381,177 | \$ (141,191,508) |
| 31-05-21 | \$ 5,355,095,510 | \$ (77,755,987) |
| TOTAL | \$ 26,918,471,417 | \$ (525,463,201) |

Este escenario consiste en un incremento de las pérdidas por deterioro de un 10%. Esto se sostiene bajo el supuesto que la corrección en las clasificaciones de cuentas puede corregir subestimaciones previas de los deterioros. Este escenario descarta un aporte significativo en productividad por la contratación, dado que la contratación trae un costo mínimo estimado de 12.000.000 anuales, esta cantidad desembolsada se consideraría una pérdida directa.

Capítulo 8

Conclusiones

En el desarrollo del presente trabajo se logró cumplir con los objetivos declarados, refiriéndose éstos a la detección, levantamiento y rediseño de los procesos relativos a la degradación de las cuentas por cobrar y por consiguiente se logró reducir las ineficiencias propias de este sistema dentro de la empresa

Los procesos rediseñados constituyen una parte central en el desarrollo orgánico de los protocolos y metodologías que se llevan a cabo en referencia a las cuentas por cobrar, por lo que su rediseño impactó sustantivamente en la mejora de los indicadores referidos al aprovechamiento de los recursos y presupuestos procedentes y relativos a la administración de estos ítemes.

En los aprendizajes se pueden constatar la inmersión total en el sistema de salud, su funcionamiento y actores, además de cómo se llevan a cabo los procesos contables en las instituciones de salud pública y privada. Además de la puesta en práctica de los conocimientos y habilidades propios de la carrera de Ingeniería Civil Industrial aplicados al rediseño de los procesos en cuestión.

En las dificultades de esta memoria es considerable su realización en periodo de pandemia COVID-19 y el consiguiente encierro total, lo que en emergencia sanitaria incide negativamente en los tiempos de respuesta de todas las entidades asociadas a la salud en general. También producto del proceso constituyente chileno llevándose a cabo en el mismo periodo, se trabajó con la incertidumbre presente de eventuales aunque improbables cambios en el sistema de Fonasa y su incidencia en los volúmenes de cuentas relacionadas a la entidad RedSalud.

Finalmente se concluye en la importancia de la sistematización de los procesos de cualquier empresa pues permite automatizar tareas repetitivas y automáticas, reducir esfuerzo del capital humano, reducir pérdidas acumuladas y mejorar la eficiencia general y acumulativa de los procesos y con ello salvaguardar los recursos organizacionales.

Bibliografía

- [1] RedSalud, «Memoria RedSalud 2020» [En línea]. Disponible:
<<https://www.redsalud.cl/acerca-de-redsalud/inversionistas/memorias>>
Último acceso: Marzo 2022
- [2] RedSalud, «Misión y visión» [En línea].Disponible:
<<https://www.redsalud.cl/acerca-de-redsalud/quienes-somos/mision-y-vision>>
Último acceso: Marzo 2022
- [3] Caviedes, Rafael, Libertad y Desarrollo, «Cómo entender el sistema de salud chileno» Serie Informe Social Número 177, Mayo 2019 [En línea].Disponible:
<<https://lyd.org/wp-content/uploads/2019/06/isis-177-como-entender-el-sistema-de-salud-chileno-mas-alla-de-lo-publico-y-lo-privado-mayo2019.pdf>>
Último acceso: Marzo 2022
- [4] Chile. Ministerio de Salud. 2006.
Decreto con Fuerza de Ley 1: Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, Junio 2021. [En línea].Disponible:
<https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-2621_recurso_1.pdf>
Último acceso: Marzo 2022
- [5] Clínicas de Chile, «Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile» Resumen ejecutivo, Actualización a cifras año 2018, Enero 2019 [En línea].Disponible:
<https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/03/RESUMEN_EJECUTIVO_DIMENSIONAMIENTO_CIFRAS_2018.pdf>
Último acceso: Marzo 2022
- [6] Oscar Barros Vera, Rediseño de procesos de negocios mediante el uso de patrones. Santiago, Chile: DOLMEN Ediciones S.A., 2000.
- [7] Oscar Barros Vera, Reingeniería de procesos de negocios. Santiago, Chile: DOLMEN Ediciones S.A., 1994.
- [8] Oscar Barros Vera, Patrones de procesos de gestión «Patrones de procesos de negocios. Parte 2.2» [En línea]. Disponible:
<http://www.obarros.cl/proyecto_patrones_de_negocios_punto_02.html#2.2>
Último acceso: Marzo 2022
- [9] Henri Fayol, Administración Industrial y General México: Editorial Hermanos Sucs, 1968.

- [10] Hernández Cosgrove, Marco Alejandro
«Rediseño de procesos de gestión de costos de obra para una empresa constructora»
Memoria para optar al título de ingeniero civil industrial, Departamento de ingeniería civil industrial, Facultad de ciencias Físicas y Matemáticas
Universidad de Chile, Santiago, 2017.
- [11] Tello Crino, Sebastián Andrés
«Estudio de la revisión e informe de radiografías de tórax por grupos de radiólogos de distintos niveles de experiencia»
Memoria para optar al título de ingeniero civil industrial, Departamento de ingeniería civil industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Universidad de Chile, Santiago, 2020.
- [12] Palma, Felipe
Memoria para optar al título de ingeniero civil industrial, Departamento de ingeniería civil industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Universidad de Chile, Santiago, 2022.

Anexos

Anexo A. Organigrama RedSalud

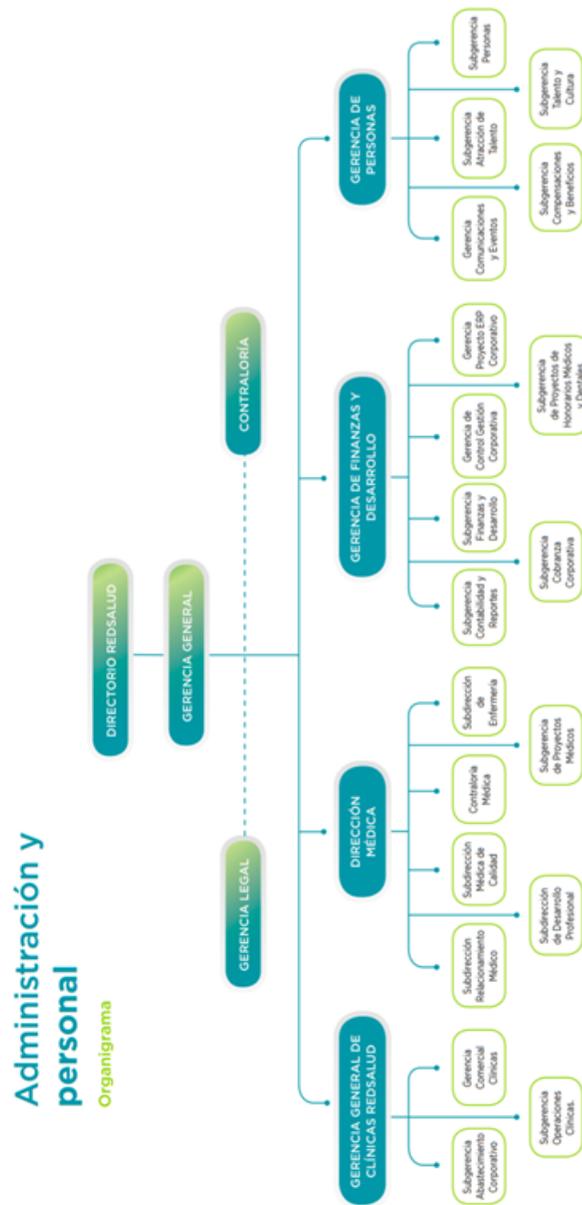


Figura A.1: Organigrama RedSalud

Anexo B. Estado consolidado de Admin. y Finanzas

| A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L |
|----------------|------|---------------------|----------------------|-----------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|--------------------------------------------------------------|----------------|
| FECHA DE CORTE | TIC | FECHA REG. SALUD | FECHA INTERNA | N° CUENTA | NOMBRE CUENTA | MONEDAS | NIVEL 4 NOMBRE | NIVEL 3 NOMBRE | NIVEL 2 NOMBRE | NIVEL 1 CATEG | NIVEL 2 NOMBRE |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60080033 | IMP. A LA RENTA | -7,800,871 | 7102001 | 7102001 | 7102001 | Impuesto a la renta 1° Categoría | 7102001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60080034 | IMP. A LA RENTA | -3,013,478 | 6102006 | 6102006 | 6102006 | Intereses obligaciones por leasing | 6102006 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 75979120 | ING. X INTERES FINANCIEROS | 100,000 | 6102003 | 6102003 | 6102003 | Intereses Fondos Mutuos | 6102003 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 75979120 | ING. X INTERES FINANCIEROS | -747,098 | 6102003 | 6102003 | 6102003 | Intereses linea de credito | 6102003 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189140 | ALIMENT. DEL PERS. GAV | -626,290 | 5102400 | 5102400 | 5102400 | Beneficios del Personal Admi | 5102400 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189030 | COLACION GAV | -113,371 | 5102403 | 5102403 | 5102403 | Beneficios del Personal Admi | 5102403 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189010 | SES. CESANTIA GAV | -79,223 | 5102106 | 5102106 | 5102106 | Remuneraciones Personal Ad | 5102106 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189020 | MOVILIZACION GAV | -631,581 | 5102404 | 5102404 | 5102404 | Beneficios del Personal Admi | 5102404 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189000 | VACACIONES GAV | -250,000 | 5102107 | 5102107 | 5102107 | Remuneraciones Personal Ad | 5102107 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189080 | MULTIPLAZOS GAV | -113,496 | 5101106 | 5101106 | 5101106 | Remuneraciones Personal Ad | 5101106 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189070 | SES. DE RIVAL Y SOBREV. GAV | -342,038 | 5101106 | 5101106 | 5101106 | Remuneraciones Personal Ad | 5101106 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189050 | AGUINALDOS GAV | 0 | 5101407 | 5101407 | 5101407 | Beneficios del Personal Admi | 5101407 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189040 | ASIG. DE PRODUCT. GAV | -5,486,780 | 5101102 | 5101102 | 5101102 | Remuneraciones Personal Ad | 5101102 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189020 | GRATIFICACION GAV | -1,180,053 | 5101103 | 5101103 | 5101103 | Remuneraciones Personal Ad | 5101103 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189010 | SUELDO BASE GAV | -7,142,843 | 5101101 | 5101101 | 5101101 | Remuneraciones Personal Ad | 5101101 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189090 | SERVIC. ASesorIA LEGAL | -144,808 | 5123004 | 5123004 | 5123004 | AsesorIA Legal | 5123004 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189001 | ASORIAS CONTABLES | -709,258 | 5123001 | 5123001 | 5123001 | AsesorIAS Contables | 5123001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189050 | AUDITORIA EXT.-ANUS TRIBUTARIA | -188,134 | 5123001 | 5123001 | 5123001 | AsesorIAS Contables | 5123001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189000 | GTOS PATENTES COMERCIALES | -100,000 | 5109706 | 5109706 | 5109706 | Gastos Varios | 5109706 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189050 | CI - IVA NO RECLAMADO | -3,175,797 | 4113001 | 4113001 | 4113001 | IVA no recuperado | 4113001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189020 | AMORTIZACION SOFTWARE GAV | -82,389 | 5108001 | 5108001 | 5108001 | Amortizacion Software | 5108001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189080 | DEP. OTROS (EJ. COMPUTACIONAL | -1,113,112 | 4108001 | 4108001 | 4108001 | Depreciaciones | 4108001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189074 | DEP. MUEBLES DE OFICINA | -122,856 | 5107002 | 5107002 | 5107002 | Muebles de oficina | 5107002 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189007 | DEP. MAQ. Y EQUIPOS | -182,818 | 5107001 | 5107001 | 5107001 | Muebles y maquinas | 5107001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189022 | DEPRECIACION INSTALACIONES | -940,588 | 4106002 | 4106002 | 4106002 | Depreciaciones | 4106002 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189017 | OTROS GASTOS OPERATIVOS | -694,303 | 5109709 | 5109709 | 5109709 | Gastos Varios | 5109709 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189034 | GTOS DE FONDOS FIJOS | -180,000 | 5109705 | 5109705 | 5109705 | Gastos Varios | 5109705 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189034 | SERV. MANT. Y SOPORTE SOFTWARE | -718,513 | 5105108 | 5105108 | 5105108 | Gastos servicio mantenimiento y soporte | 5105108 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189001 | MAT. Y ARTIC. DE OFICINA | -1,082,533 | 5105001 | 5105001 | 5105001 | Materiales | 5105001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189090 | CONSUMO DE TELEFONO | -283,559 | 5104001 | 5104001 | 5104001 | Gastos linea de comunicacion | 5104001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189021 | GTOS SEGUROS SISMO INCENDIO ROBO | -458,463 | 5108001 | 5108001 | 5108001 | Seguros | 5108001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189031 | GASTO POR ARRENDAMIENTO TIPO | -18,133,099 | 4109003 | 4109003 | 4109003 | Arrendo inmuebles y equipo | 4109003 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 60189025 | SERVICIOS DE RADICIAI | -150,000 | 4105003 | 4105003 | 4105003 | Servicio de Tratado de Funcionarios | 4105003 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 56189120 | MON. REIMP. T. OTROS CE | 0 | 4101001 | 4101001 | 4101001 | Impresiones Operativas (Excluye Beneficios del Personal Oper | 4101001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 56189121 | UNIF. ADMIN. CE | -42,388,178 | 4101001 | 4101001 | 4101001 | Beneficios del Personal Oper | 4101001 |
| 31-03-21 | PTFO | CUNCA AVANSALLO SPA | RESONANCIA MAGNETICA | 56189932 | COLACION CE | -469,152 | 4113001 | 4113001 | 4113001 | Beneficios del Personal Oper | 4113001 |

Figura B.1: Captura de pantalla del estado consolidado que maneja el área de control de gestión a partir del resto de las áreas de Administración y Finanzas

Anexo C. Proceso de recepción y recaudación de cajas ambulatorio AS IS

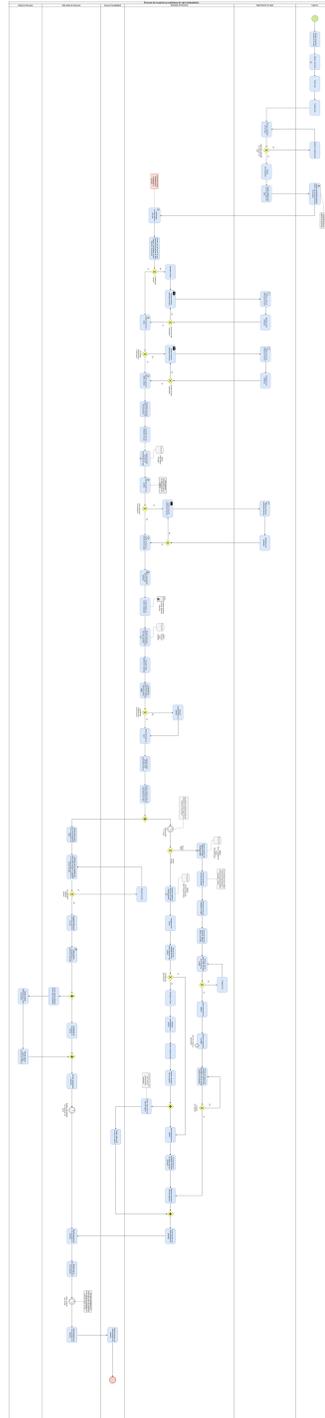


Figura C.1: Proceso de recepción y recaudación de cajas ambulatorio AS IS
[Enlace BPMN](#)

Anexo D. Proceso de recepción y recaudación de cajas hospitalario AS IS

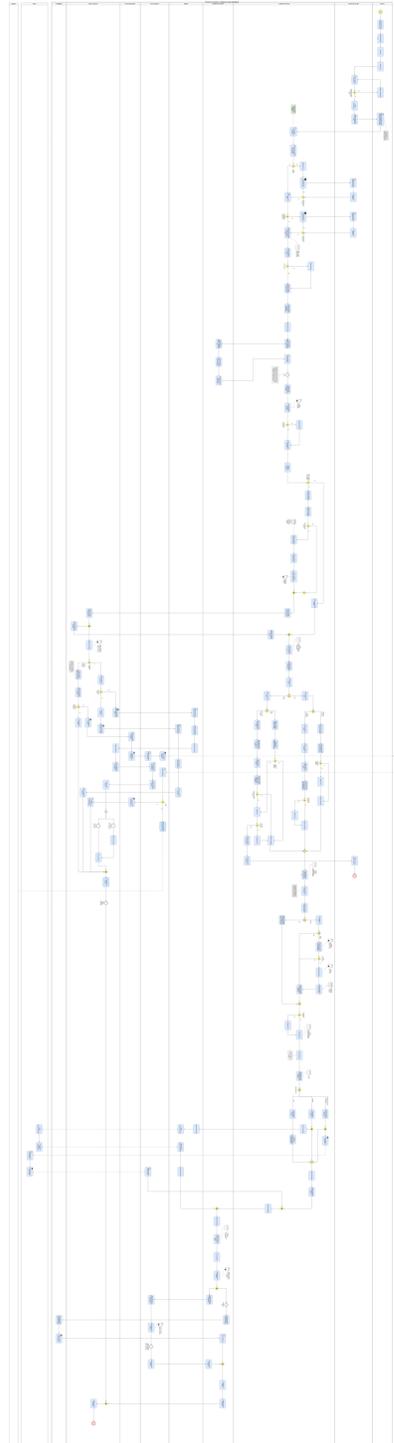


Figura D.1: Proceso de recepción y recaudación de cajas hospitalario AS IS
[Enlace BPMN](#)

Anexo F. Proceso de cierre de cuentas AS IS



Figura F.1: Proceso de cierre de cuentas AS IS
Enlace BPMN