

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE SISTEMAS DE INFORMACION Y AUDITORIA

**DIAGNÓSTICO DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN EN EL SECTOR SALUD:
PROCESO DE CRÉDITO Y COBRANZA EN
EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO EN INFORMACION Y CONTROL DE
GESTION

PARTICIPANTES:

JUANA ANDRADES GUTIERREZ.

LUIS MARCHANT ORTEGA.

BÉLGICA OLGUIN CONTRERAS.

DIRECTOR: VITO SCIARAFFIA MERINO

PRIMAVERA 2002

Agradecimientos .	1
Primera Parte .	3
1. INTRODUCCIÓN .	3
1.1 Antecedentes Generales . .	3
1.2 Objetivos: . .	6
Segunda Parte .	9
2.- DIAGNÓSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL ÁREA DE CRÉDITO Y COBRANZAS. . .	9
Descripción general del proceso de hospitalización del paciente. .	9
Descripción de los Sistemas de Información del proceso de hospitalización:	10
Identificación y descripción de dificultades en los Sistemas de información del proceso hospitalario. .	38
Tercera Parte . .	41
III.- PROPUESTA DE SOLUCIONES . .	41
3.1 Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. .	41
3.2 Propuesta de soluciones frente a las dificultades señaladas en el punto 2.C . .	43
IV.- CONCLUSIONES . .	45
ANEXOS .	49
LEY 19.650 .	49
1.- Eliminación Cheque en Garantía. . .	49
2. Eliminación del subsidio del 2 % de las Isapres. . .	51
VI. BIBLIOGRAFIA .	53

Agradecimientos

Agradecemos a nuestras familias y seres queridos, por acompañarnos en la meta de finalizar nuestros estudios.

Queremos destacar la buena disposición que nos brindó el personal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en especial el equipo de Finanzas, Crédito y Cobranzas, Admisión, Cobranza Institucional, Valorización Cuenta Paciente, Facturación, Cobranza Judicial, Contabilidad, Liquidación de cuentas, Informática y toda aquella persona que nos recibió y cooperó de algún modo al desarrollo de nuestro trabajo.

Agradecemos también a nuestro profesor guía, al doctor Vito Sciaraffia, y a Cristian Tortella, por su generosa colaboración.

Además, queremos agradecer la buena disposición del profesor Claudio Szot, quien desinteresadamente nos entregó una opinión acerca del trabajo realizado.

Quiero dar gracias a Dios por ser el más leal compañero en este viaje camino a casa...

Gracias por estar viva, pues cada día que vivo es un día más que le gano a la muerte..

Agradezco a mis padres Anita y Ramón por amarme y aceptarme tal como soy.

Agradezco a mis hermanos Monchito, Pily, Chabe y a mi sobrinito Bastián, por darme la oportunidad de compartir y de querer como los quiero.

Gracias a mis amigos, Caro Olivera Donoso, María Angélica Marchant Venegas, Javierita Carrera Chávez y muchos otros que me han acompañado en el viaje de la vida, tornándolo más alegre y dulce.

Un saludo a las mascotas de la familia: Tomasa y Lukita

Gracias a la música, en todas sus categorías y clasificaciones, por hacerme sentir bien cada vez que la siento en mi corazón....gracias a mi grupo favorito Pearl Jam...

¡ Que viva el Grunge !

Finalmente gracias a la cuna que me vió crecer: Colbún Machicura, Séptima región del Maule.

De quien los quiere y respeta

Juani

Bélgica

A mis Padres, Rosa y Amador, por todo el amor y apoyo incondicional.

A mis Hermanas, por la ayuda, ánimo y comprensión.

A mis Sobrinos, por regalarme instantes llenos de alegrías y mañas.

A toda mi Familia, por el cariño y preocupación.

A todos mis amigos y compañeros que siempre estuvieron a mi lado.

A la Lulú.

Lucho

Primera Parte

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes Generales

1.1.1 Reseña Histórica del Hospital

Los Antecedentes del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se remontan al año 1874, con la inauguración de un recinto hospitalario bajo el nombre de “San Vicente de Paul”, cuya misión fue prestar asistencia médica e iniciar la enseñanza de la Medicina.

En 1929, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se hace cargo de la administración del Hospital. Paulatinamente se llevan a cabo una serie modificaciones arquitectónicas que culminan en la década del '50 con la demolición de los antiguos cimientos del Hospital San Vicente de Paul, uniéndose todas las dependencias existentes, y que caracterizan su forma actual.

El nuevo recinto es inaugurado en 1953, y fue bautizado como Hospital Dr. José Joaquín Aguirre (1822-1901), en honor al que es considerado uno de los precursores de

la medicina chilena, y quien siempre tuvo en mente, la idea de contar con un recinto hospitalario de excelencia tanto académica como clínica.

Al pertenecer a una institución estatal como la Universidad de Chile, implica que desde un punto de vista administrativo, es un Hospital Público. Sin embargo, en el año 1993, el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) finiquitó el convenio que mantenía con el Hospital de dar atención a pacientes del sistema público de salud. Tal medida representa un hito en la historia de este recinto, ya que desde esa fecha cada persona que se atendiera tendría que cancelar por los servicios recibidos, y de esta forma le otorga un carácter privado a la entidad.

En reemplazo al antiguo convenio que existía con el SSMN, se firmó uno nuevo en que el Hospital se compromete a atender a pacientes derivados de otros recintos, que presenten patologías médicas de alta complejidad. En el caso de estas prestaciones, deben ser canceladas por el SSMN.

Durante los últimos años, el ingreso por estas prestaciones ha disminuido bruscamente, debido a que el Hospital San José, con sus nuevas instalaciones, ha capturado gran parte de la demanda médica que anteriormente recibía el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En la actualidad, cuando existe un gran debate nacional respecto a la gestión hospitalaria, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile destaca por ser un modelo a imitar. De estar hace seis años con una deuda de casi siete mil millones de pesos que casi lo lleva a la quiebra, se implementó una innovadora gestión, que ha generado un incremento en sus resultados financieros, además de un progresivo posicionamiento de su imagen corporativa.

1.1.2. Características del Hospital.

La misión del Hospital Clínico de la Universidad de Chile es “ ser el principal centro clínico para la formación de profesionales de la salud, a través de la excelencia académica y clínica, fomentando el desarrollo de la investigación, uso de la tecnología de vanguardia y la optimización de recursos, otorgando una atención de calidad en beneficio de la sociedad”.

Este recinto se ha caracterizado por una evolución y proyección favorable en los últimos años. Además, de las dependencias del Hospital Clínico en Independencia, inició un plan de expansión geográfica para capturar mayor cantidad de pacientes. El resultado de éste proyecto, son los Centros Médicos ubicados en la Capital: de Badajoz, de El Salto y de Vivaceta; y en regiones, los Centros Médicos de Iquique y La Serena. Otra novedad, son los locales para tomas de muestras, ubicados en Curacaví, Lonquén y San Bernardo.

El público objetivo está orientado a los grupos socioeconómico medios (C2, C3) y bajo (D); residentes en todo el país, pero principalmente oriundos de la zona norte-centro de la capital, debido a la ubicación geográfica del recinto hospitalario.

Como se señaló anteriormente, los ingresos por concepto de prestaciones

provenientes del convenio antiguo con el SSMN, han disminuido. También cayó el aporte universitario en la composición de los ingresos totales. En la actualidad, las arcas se nutren en parte mayoritaria por atención a pacientes que pertenecen a los sistemas Isapre y Fonasa en los segmentos de libre elección.

Los indicadores de actividad hospitalaria señalan un aumento en casi todas las áreas: consultas ambulatorias (29%), los egresos (13%), intervenciones quirúrgicas (37%), exámenes de laboratorios(28%). Imagenología ha disminuido, pero se espera un creciente aumento con el proyecto inaugurado el reciente año.

Financieramente, se aprecia una recuperación en casi todas las áreas en las cuáles se desempeña el Hospital. Los Estados Financieros de los últimos años lo demuestran con cifras que arrojan utilidades, reducción de la deuda y un incremento sostenido de los ingresos operacionales.

1.1.3. Estructura Organizacional (figura 1)

Al mando de la organización se encuentra la Dirección General, que tiene a su cargo dos áreas: la Dirección Médica y la Gerencia General de Administración y Finanzas. Además, la Dirección General cuenta con el apoyo de las siguientes unidades: Asesoría Jurídica, Enfermería, Comité de Ética y el Comité de Infecciones Intrahospitalarias.

La Dirección Médica está formada por los Departamentos, Centros Médicos, Servicios de Especialidades y los Servicios Médicos.

La Dirección de Administración y Finanzas el año 2001 redujo de seis a cinco las gerencias que la integran (entre ellas, Finanzas e Informática), además de dos sub-gerencias de apoyo. La Gerencia de Finanzas está compuesta por: Departamento de Contabilidad, Departamento de Crédito y Cobranzas, Departamento de Control Financiero y Presupuestos, Departamento de Tesorería y Departamento de Cuentas por Pagar.

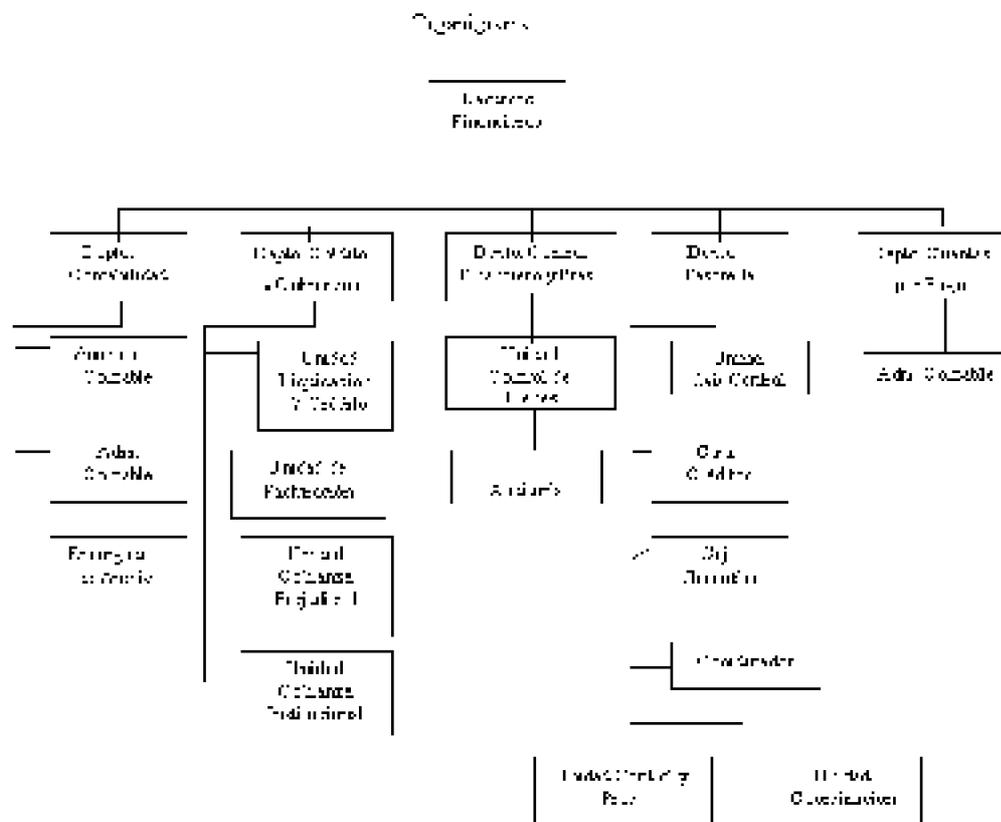


Figura. Organigrama

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo General:

Obtener una visión completa de los principales procesos que involucran al Departamento de Crédito y Cobranzas y proponer alternativas para su mejoramiento.

1.2.2 Objetivos Específicos:

-Análisis de los procesos de cada una de las áreas que se relacionan con el departamento de Crédito y Cobranzas.

-Seguimiento de la cuenta Paciente desde su ingreso hasta su liquidación.

Segunda Parte

2.- DIAGNÓSTICO SISTEMAS DE INFORMACIÓN DEL ÁREA DE CRÉDITO Y COBRANZAS.

Descripción general del proceso de hospitalización del paciente.

Este flujo se confeccionó a partir de una serie de entrevistas realizadas a los profesionales de las distintas áreas que participan en el proceso: Crédito y Cobranzas, Admisión, Cuenta Paciente, Censo, Facturación, Tesorería, Cobranza Institucional y Contabilidad.

El proceso de Crédito y Cobranza comienza con el ingreso del paciente, el que puede llevarse a cabo por varias vías:

- Admisión sala común
- Admisión pensionado
- Admisión Maternidad
- Clínica Psiquiátrica

- Admisión Urgencias
- Admisión Ambulatoria

A continuación detallaremos cada uno de los siguientes procesos_:

Admisión: Es el ingreso del paciente al hospital, para recibir atención médica.

Egreso del paciente: Momento en el que el paciente abandona las dependencias del hospital.

Valorización de la Cuenta Paciente: En esta etapa, a partir de la recopilación de las prestaciones entregadas, se procede a asignar valor a los programas médicos señalados.

Liquidación de cuentas: Recibe la cuenta valorizada y se contacta con el paciente para que vaya al hospital a retirar de su programa médico.

Cobranza: Este proceso se divide en tres etapas: Facturación, Cobranza institucional y Cobranza pre-judicial y judicial.

Facturación: Emisión de la factura correspondiente a la atención médica de los pacientes.

Cobranza institucional: Es el contacto con empresas e Isapres, para que cumplan con sus obligaciones con el hospital.

Cobranza pre-judicial y judicial: Es el procedimiento que sigue al incumplimiento de las obligaciones de pago por parte del paciente.

Fig002.gif

Descripción de los Sistemas de Información del proceso de hospitalización:

Proceso de admisión

Admisión Sala Común / Pensionado / Maternidad / Clínica Psiquiátrica_.

Descripción del Proceso:

El paciente se acerca a Admisión del Hospital.

El paciente ingresa con una orden de hospitalización (orden médica), se le entrega el presupuesto de las prestaciones dependiendo del tipo de intervención y el procedimiento. De acuerdo con este, se le exige un "Documento de Respaldo del gasto" o Garantía al momento de hospitalizarse. El requisito general es un cheque. Si la Isapre no cubre la totalidad, se le solicita un abono del 60 por ciento, más la firma de un documento que es un pagaré, o carta de resguardo si es que trabaja en alguna empresa con convenio con el Hospital.

El paso siguiente es la hospitalización propiamente tal, es decir, la reserva de la cama, momento en el que se solicita el documento en garantía. Si tiene que hacer un

abono, debe dirigirse a caja Central. Allí se le entrega al paciente una boleta, y Admisión ingresa al sistema la cantidad, más el número de la boleta. El anticipo es por caja, donde se emite una boleta (la que se rinde diariamente al Control de Cajas, como indica el Procedimiento de Tesorería), que Admisión recepciona.

Si el Plan de Salud del Paciente cubre la totalidad del Presupuesto, no hay anticipo, y Admisión acepta el Programa médico

valorizado como orden de atención y un Bono como medio de pago. Este procedimiento se lleva a cabo en el caso de pacientes que ingresan con programa pagado, que es parte de las garantías (afiliados a Fonasa). A los pacientes afiliados a Isapres, no se les emiten programas antes de su hospitalización.

En todos los casos se deja una Garantía la que puede ser: carta de resguardo sin tope, carta de resguardo con tope, cheque, pagaré, bonos de Isapres, programa Consalud, convenios Servicios de Salud Metropolitano Norte (SSMN). Existen casos en los que el Paciente no está "facultado" para firmar una Garantía (cheque o pagaré), por lo que otra persona puede hacer el trámite. Los datos del Garante se verifican en el sistema del Hospital, se consulta en la Base de Datos de la Cámara de Comercio, y en el caso de los cheques, éstos son garantizados.

Finalmente el Paciente es ingresado al Sistema de Admisión del Hospital, asignándole un número de cuenta, con el que trabaja la unidad de informática. Además, se adjunta a su garantía una fotocopia de la boleta por el anticipo efectuado si corresponde. Al mismo tiempo, la oficina de CENSO recibe un informe de Egreso Hospitalario, que se imprime por sistema en sus dependencias, con los datos del Paciente (Nombre, apellidos, sexo, edad, previsión, dirección, fecha de ingreso, servicio clínico al que ingresa, sala y cama). Con este informe se pesquisa al Paciente dentro del Hospital.

Si el paciente no se hospitaliza el número de cuenta se anula, y la garantía puede ser retirada por éste.

Admisión Central envía las Garantías a Control de Cajas para su contabilización y posterior envío a custodia; los Programas Médicos son enviados al departamento Cuenta Paciente para su valorización. Además, se envía un listado periódicamente al departamento Crédito y Cobranzas y a la Gerencia de Finanzas, con los datos de las cuentas anuladas para que ellos estén al tanto de los correlativos.

Admisión al final del día procede a la revisión de las garantías y hospitalizaciones. Se obtiene por sistema una nómina de pacientes correlativo según número de cuenta. Las suspensiones de la nómina recién señalada, son tachadas manualmente, las que corresponden generalmente a pacientes que ingresan, por ejemplo, con resfríos, pacientes que le faltan exámenes, entre otros. La lista de los pacientes que ingresaron, se entrega al departamento Cuenta Paciente. Junto a la nómina se envían: el documento que el paciente dejó en garantía, fotocopias de la cédula de identidad y de las liquidaciones de sueldos, entre otros documentos.

Si el paciente tiene morosidad, no puede firmar. La alternativa es traer a otra persona que realice el trámite por él. Generalmente esta situación se informa previamente, y el

paciente viene preparado. En casos de urgencias esta situación no ocurre.

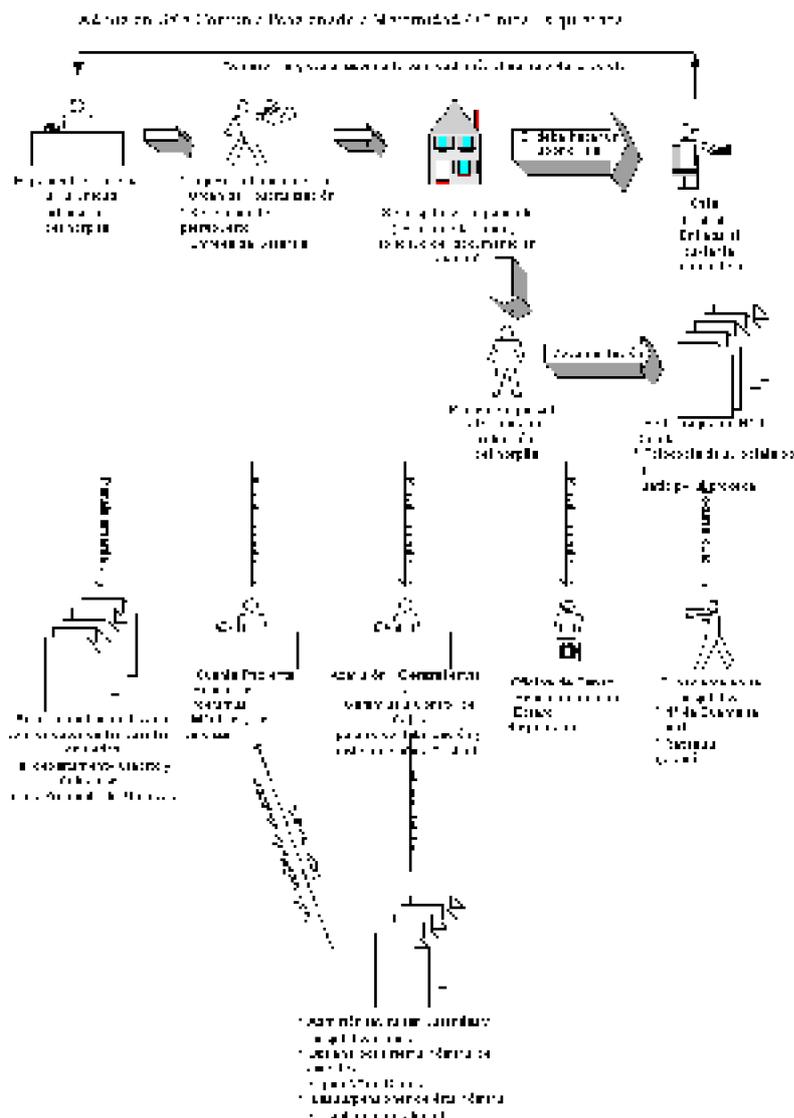


Figura. Flujograma Proceso de Admisión Común

Admisión Urgencias / Admisión Maternidad.

Quando el Paciente llega al Servicio de Urgencia, se le solicita la Cédula de Identidad y se hace el Ingreso para que sea revisado por el médico de turno, quien determina si el paciente está en Riesgo Vital, o Riesgo de Secuela Funcional Grave, o si se trata de otro tipo de urgencia. En los dos primeros casos, si el Paciente requiere hospitalización sólo se completan los datos usuales de Admisión (nombre, RUT, dirección, motivo de la atención, previsión) y el paciente no deja documento de respaldo alguno (cheque, pagaré, carta de resguardo o abono), el que se exige al momento de su Estabilización. Una vez que el paciente se estabiliza, deberá decidir si permanece en el hospital (libre elección que exige el hospital), o si acepta que se lo lleven al hospital que le corresponda (para lo cual deberá firmar un documento). Lo anterior en cumplimiento de las disposiciones legales contempladas en la ley 19.650 (Ley de Urgencias).

Si el informe médico indica que el Paciente está en Riesgo Vital o Riesgo de Secuela Funcional Grave, el Admisionista hace el ingreso de la hospitalización identificando si está afiliado a Fonasa o a Isapre.

Si el paciente está afiliado a Fonasa, su ingreso se registra como Ley 19.650; si está afiliado a Isapre, el hospital avisa a la institución de la existencia de pacientes atendidos con Ley 19.650 bajo su previsión. Se prepara un informe que se envía a Pre-Admisión, quienes derivan la información al departamento Cuenta Paciente.

Todas las urgencias de Maternidad llegan por el Servicio de Maternidad. En general, todos los Partos podrían ser ingresados como Ley de Urgencias, pero dado que en el Servicio de Maternidad no hay un médico que lo autorice, éstos son ingresados, en su mayoría, como lo indica el Procedimiento de Admisión Central, es decir, se solicita a la paciente todas las garantías básicas. Si pertenece a Fonasa, ingresa con programa pagado, dado que se informan con anticipación. De lo contrario, deben ingresar con un pagaré o un abono.

De cualquier modo, si una paciente llega a la Admisión de Maternidad y se estima que su ingreso debe ser considerado como Ley de Urgencias, se solicita un doctor para que emita el Informe Médico que corresponda.

Si se trata de otro tipo de urgencia, el Paciente debe documentar el respaldo del gasto dejando un cheque, pagaré, carta de resguardo o pagar las prestaciones.

Si con el objeto de precisar un diagnóstico al Paciente (que no está en riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave), se requiere un “examen diagnóstico”, éste debe ser pagado anticipadamente en Admisión.

Si al momento de llenar un pagaré existe más de un arancel para una misma prestación, el monto a reflejar será el más bajo que presente la institución del afiliado. Existe un arancel para las distintas Isapres por el hecho de existir distintos convenios entre los pacientes y éstas. En este caso se elige el que le corresponde a cada persona. Por ejemplo, si la Isapre tiene un cien por ciento de convenio, se le acepta ese porcentaje. En el caso de Fonasa, existe un arancel único para cada prestación.

Toda la documentación de “Respaldo del Gasto” estará bajo custodia durante cinco días en el Servicio de Urgencia, en el transcurso de los cuales, el paciente deberá acercarse a regularizar su situación con el hospital. Generalmente es el caso de pacientes que llegan a Urgencia, reciben atención ambulatoria, se le deben efectuar exámenes, y éstos no cuentan con dinero. Por esta causa, deben firmar un pagaré. En el transcurso de cinco días deben regularizar esta situación. Aquellos que permanecen en el hospital pasan a llamarse pacientes hospitalizados.

El paciente se presenta con los bonos. Si se llagase a producir diferencias de valores, se enviará un memorándum a Contabilidad informando el detalle del ajuste.

Si el Paciente no se presenta a regularizar su situación con el Hospital, el séptimo día hábil siguiente se enviarán, con una nómina y archivo magnético, los documentos originales y la copia cliente de la boleta de venta, a la Unidad de Custodia. Una copia de la nómina se hace llegar a Crédito y Cobranzas para su gestión de cobro, y otra copia a Contabilidad para su registro contable.

El departamento de Contabilidad, registra los pagarés en la Cuenta de Activo Pagaré por Cobrar Urgencia.

En el transcurso de este proceso, se producen los siguientes problemas:

Si el Paciente trabaja en una empresa que mantiene convenio de prestaciones con el hospital.

Al momento de acercarse a Admisión, se verifica su vigencia en una Base de Datos, lo que se transforma en una demora significativa de tiempo para el paciente, debido a que los archivos que envían las empresas no siempre corresponden a lo establecido por el hospital. Por ejemplo, se tiene un convenio con la Isapre Cruz Blanca, en la que existe una conexión de todas las personas que tienen las cotizaciones al día. Cuando la persona no trae ninguna documentación, se busca en el sistema. Cuando la Isapre envía las nóminas, algunos pacientes son omitidos por olvido u otras razones, generando así las dificultades mencionadas.

Existen pacientes que presentan más de un pagaré pendiente de pago por estas prestaciones de Urgencia. Este problema se produce debido a que no se le puede negar la atención médica a deudores que no cumplen con sus compromisos.

Las cuentas que se anulan en Admisión no aparecen en este proceso.

En este Proceso de Centralización Computacional se generan planillas que contienen en detalle la información de la Admisión tales como: datos del Paciente, datos del Garante, datos del Contacto.

Estas planillas no se revisan, a menos que al momento de recibir una cuenta valorizada, los datos de ésta generen dudas.

- En la figura 2 se presenta el flujograma de este proceso
- En la figura 3 se presenta el flujograma de este proceso
- Es la data que tiene Admisión para consulta de morosidad del paciente en DICOM. Esta verificación se realiza antes de ingresar al paciente.
- En la figura 4 se presenta el flujograma de este proceso
- Estabilización: es el momento posterior al proceso de urgencia por Riesgo Vital, o Riesgo de Secuela Funcional Grave
- Ver anexo
- Proceso de Centralización computacional, se refiere al proceso de trasvasije de datos de una unidad a otra.

Proceso de Egreso de Pacientes.

1

Descripción del Proceso:

Mientras el Paciente está hospitalizado, la oficina de Censo ha destinado tres personas, las que han sectorizado el Hospital para verificar la existencia del Paciente. Estos censistas hacen "ronda" dos veces al día (8:00 hrs. y 14:00 hrs.).

- El médico a cargo de un Paciente es la única persona que está facultada para determinar si éste está en condiciones de egresar del Hospital o no.
- En ese momento, el médico firma la autorización de Alta en el informe de Egreso Hospitalario, el que se encuentra en la primera hoja de la Historia Clínica.
- Se registra el Egreso del Paciente en el módulo de Admisión y recibe un Carnet de Alta, con el consiguiente detalle: Servicio del que egresa, nombre del Paciente, número de ficha clínica, fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico, tratamiento médico, indicaciones, fecha de control externo y fecha de concurrencia a Crédito y Cobranzas.
- En el Archivo de Fichas Clínicas, existe una persona encargada de retirar las Fichas Clínicas de los Pacientes con Altas, quien las lleva a Cuenta Paciente.

¹En la figura 5 se presenta el flujograma de este proceso

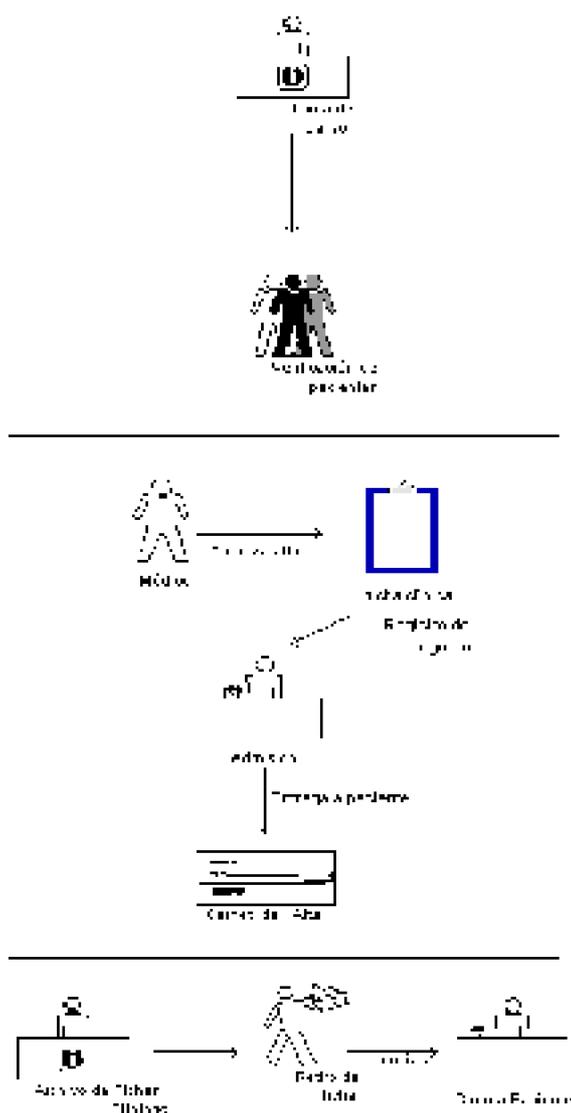


Figura. Flujograma Proceso de Egreso de Pacientes

Proceso de Valorización de la Cuenta Paciente.

2

Descripción del proceso:

- Al momento de ingresar un Paciente, la oficina de admisión envía a la unidad Cuenta Paciente una nómina con los ingresos de cada día, la que guardan en un kárdex hasta que llega la ficha clínica con las cuentas para su valorización.
- La ficha clínica llega desde enfermería al día siguiente del egreso del Paciente, acompañada del detalle de las prestaciones. Estas Fichas son distribuidas por

²En la figura 6 se presenta el flujograma de este proceso

sistema como “carga de trabajo” entre los “captadores”. De esta manera se mantiene un orden de las cuentas y se identifica claramente quién está procesando la información.

- Se recibe la información de Censo, y se le pasa al captador quien revisa los documentos físicos, las prestaciones recibidas y las va agregando a una cuenta. Se detalla manualmente cada prestación, el período de hospitalización, previsión, habitación, días cama, procedimientos y medicamentos. El captador devuelve la información con una nómina por sistema a su coordinadora, quien envía las fichas clínicas al Archivo de Historial Clínico
- Al quinto día, previo a la valorización, se imprime un borrador de las cuentas, llamado “prefactura” con todas las prestaciones que se le hayan hecho al paciente. Este borrador es digitado por distintas personas ya que intervienen en él todos los servicios y departamentos involucrados en el proceso. Esta prefactura viene con valor, y es provisoria la que sirve para cotejar el detalle de lo informado por el captador con lo ingresado en el módulo de Admisión.
- Una vez revisada la cuenta, el captador la entrega a un valorizador (mediante un software de valorización), el que chequea la prefactura. De esta manera el valorizador determina si se agregan o eliminan los códigos de las prestaciones que se estime necesario, con la finalidad de que las cuentas reflejen lo que corresponde. En el caso que el paciente esté afiliado a Fonasa, debe agregarse un programa médico, o si es un programa de Isapre, debe adjuntarse el programa de ésta. Luego, se traspasan las cuentas a un digitador, de acuerdo a la distribución de carga de trabajo que entrega el sistema. El digitador sólo debe ingresar datos, agregar o rebajar montos si procede, de modo de que todo cuadre adecuadamente.
- Si no hay observaciones, se imprime la Cuenta Valorizada y se da una confirmación de Cuenta Cerrada.
- Una vez cerrado el mes, se confecciona un informe de cuánto es lo que ha tenido que procesar la unidad de Cuenta Paciente, la cual consolida la cantidad de cuentas entregadas versus el monto producido en el mes. Esa es la información que se entrega a los diferentes servicios.
- Una vez terminado este proceso, se envían diariamente las cuentas físicamente a Crédito y Cobranzas.
- Informática rescata los datos de las cuentas valorizadas desde el módulo de Admisión, mediante centralización computacional (por ejemplo, esta unidad entrega la información detallada mediante una carga al sistema del departamento de Crédito y Cobranzas y a Contabilidad.

devuelve a Cuenta Paciente como Cuenta en Auditoría ⁴.

- Las cuentas se separan de acuerdo a los convenios existentes entre las distintas entidades de Previsión y el Hospital.
- Posteriormente, se avisa telefónicamente a los pacientes para que retiren su programa médico (plazo: de 0 a 10 días).
- Si el paciente no viene, el sistema emite un listado con los programas pendientes de retiro y emite una primera Carta que se le envía para recordarle su compromiso (plazo: de 10 a 20 días).
- Si posterior a este plazo el paciente no se presenta, se le envía una segunda y última carta de aviso (plazo: de 20 a 40 días)
- Estas cuentas son guardadas en un kárdex. No es necesario dar aviso de esta situación a las liquidadoras, dado que el proceso de envío de cartas es transparente.
- Si el paciente se presenta en el plazo establecido y retira el programa médico, tiene un plazo de 25 días corridos para regresar con los bonos, cheques o dinero en efectivo. En la segunda visita (cuando viene con los bonos), se pacta la forma de pago. Aquí se pueden dar las siguientes situaciones:
- Que el Paciente pague la deuda total: En este caso, los pacientes institucionales se dirigen a caja, cancelan y se les emite una boleta, a la que se adjunta una fotocopia de la cuenta, y luego pueden retirar la garantía.
- El paciente ingresado a pensionado, al terminar su deuda debe solicitar un certificado a ASCOMED ⁵, o al doctor que lo atendió, en el que se acredite no adeudar honorarios médicos. Mediante este certificado se le entrega la garantía que dejó al momento de hospitalizarse.
- Que el paciente traiga un bono y pacte un crédito: En este caso las personas son derivadas a una Empresa que presta servicios al hospital. Son intermediarios denominados liquidadoras, quienes reciben antecedentes, tramitan créditos a las financieras, pero no están facultados para prestar dinero (labor que llevan a cabo los bancos). El criterio de selección considera aspectos tales como: edad, antecedentes comerciales, ausencia de renta, o por tener una actividad esporádica. Los pacientes que son rechazados (es decir, aquellos que no pueden obtener un crédito), reciben un certificado que presentan en Crédito y Cobranzas para que pacte un crédito con el hospital. Los plazos de pago y los intereses están establecidos en el Sistema, según el cargo de la persona, las que tienen ciertas atribuciones de crédito. Las liquidadoras pueden dar crédito con un margen de hasta el 3 por ciento con un margen de hasta 3 cuotas. Los jefes de unidad pueden dar crédito de hasta un 2 por ciento, y a 48 cuotas. El jefe del departamento de Crédito y Cobranzas está autorizado a otorgar crédito a una tasa de interés de hasta un cero por ciento con 250 cuotas.
- En casos especiales, se puede llegar a un acuerdo de plazos e intereses autorizados por el jefe del departamento de Crédito y Cobranzas, y excepcionalmente por el Gerente de Finanzas.
- Que el Paciente traiga bonos por el cien por ciento de la deuda: Existen planes de ASCOMED: es una empresa encargada de cobrar los honorarios de los médicos.

salud que cubren el cien por ciento de las prestaciones médicas, con lo que se entiende por cancelado. En la práctica pese a que el plan de salud señale esto, no siempre cubre la totalidad de las prestaciones, pues existen algunas de éstas que no figuran dentro de los planes señalados.

- Al pagar se le entrega su pagaré o cheque. Para los pacientes que ingresaron por pensionado, deben acreditar no adeudar honorarios médicos de acuerdo al caso anterior.
- Que el Paciente traiga bonos y pague al contado el saldo o deje cheques diferidos.
- En todos los casos en que el paciente entrega bonos, éstos son enviados inmediatamente a Facturación.
- Cuando el paciente no cumple con sus compromisos de pago, se llena el documento dejado en garantía por incumplimiento, y se procede de la siguiente manera:
 - Las cuentas son retiradas del kárdex.
 - Se comparan los registros existentes en el sistema de Crédito y Cobranzas y el Sistema de Contabilidad.
 - Se elabora un listado con las cuentas destinadas a llenado por incumplimiento.
 - Finalmente, el listado es enviado a Bóveda, para que se proceda al llenado del documento
- Bóveda revisa los antecedentes y llena las Garantías respectivas. Se envía el listado a Crédito y Cobranzas como informativo junto con la boleta, pues se asume que el paciente está pagando con ese documento.
- Si al momento de hacer la comparación de información en los sistemas computacionales, se encuentran diferencias en los montos, se envía un memorándum con el detalle del ajuste al departamento de Contabilidad.
- Contabilidad realiza los ajustes y devuelve los listados con un memorándum a Crédito y Cobranzas para que sigan el proceso de llenado por incumplimiento.
- En el caso que las cuentas presenten diferencias, ya sea: al momento de recibirlas desde Cuenta Paciente; que el paciente rechace la cuenta por no estar de acuerdo con el monto cobrado; o porque Cuenta Paciente solicita alguna cuenta para su revisión, se efectúa una carga en el sistema con las cuentas, y se envían a Auditoría y a Cuenta Paciente.
- La cuenta a auditar sigue el mismo proceso que una cuenta normal (revisión manual, prefactura, correcciones, programa médico, valorización, impresión, confirmación de cuenta cerrada ⁶ y envío a Crédito y Cobranzas), pero de manera separada, por lo que al momento de enviarla a Crédito y Cobranzas, se carga el sistema sólo con las cuentas Auditadas.
- Crédito y Cobranzas recibe esta carga y emite un listado con el que va a retirar las cuentas en Cuenta Paciente.

⁶ Cuenta Cerrada: Cuenta Paciente determina que el proceso de valorización de la cuenta ha finalizado. Una vez revisados los datos, confecciona un listado detallando las cuentas y sus

modificaciones, para enviarlos a Contabilidad mediante un memorándum para que se realicen los ajustes correspondientes.

- En el caso de las cuentas en que la Auditoría determina la devolución de dinero al paciente, Crédito y Cobranzas envía un memorándum a Tesorería solicitando la emisión de un cheque por el valor a devolver.
- Cuando las Instituciones de Previsión necesitan revisar antecedentes tales como: programa médico, detalle de prestaciones y boletas de honorarios médicos, la Oficina de Coordinación Médica es la encargada de enviarlos.

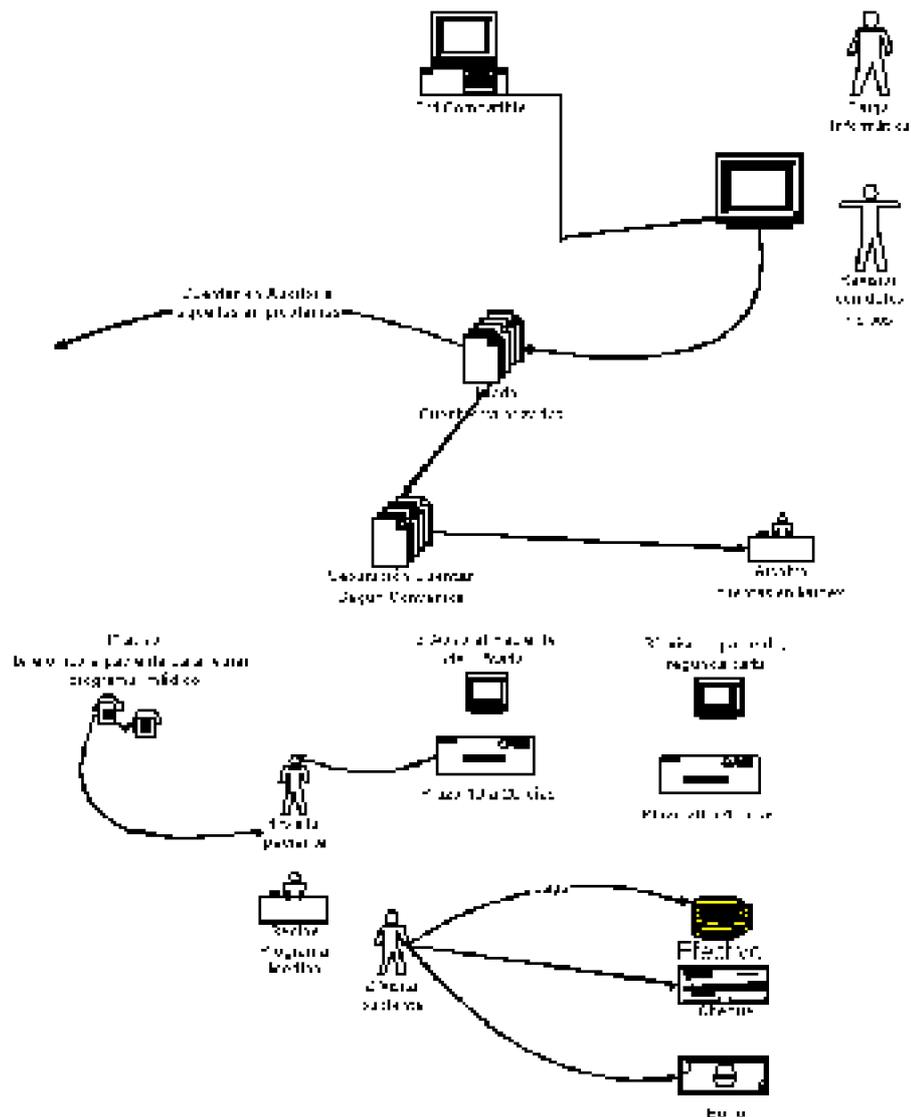
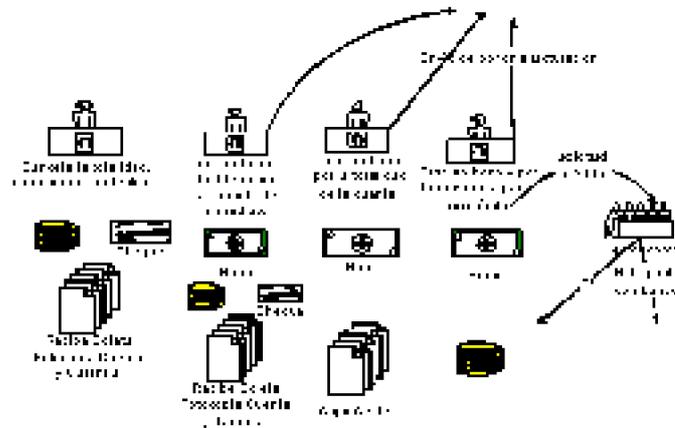


Figura. Proceso de Liquidación de Cuentas



El paciente cumple con el compromiso de pago



El paciente no cumple con su compromiso de pago

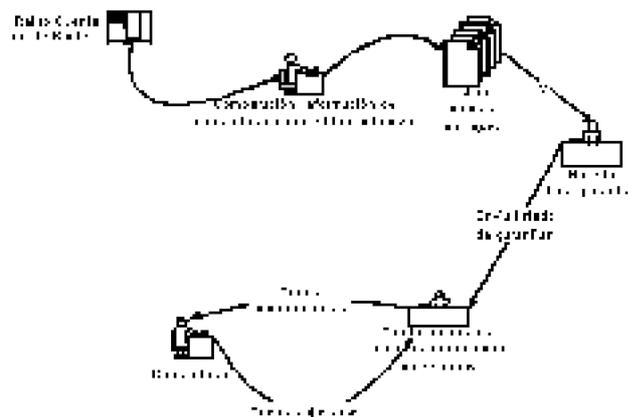


Figura. Proceso de Liquidación (continuación)

Convenio Help

- El convenio consiste en descontar a los pacientes que están afiliados a HELP, el 10% del valor que corresponda pagar al hospital, teniendo un tope de 10 UF
- Este descuento se hace efectivo cuando el paciente se presenta a liquidar la cuenta
- Crédito y Cobranzas envía a Contabilidad un memorándum solicitando el ajuste correspondiente
- Cabe señalar que este convenio no especifica si el descuento debe aplicarse a las cuentas que se liquidan con un crédito y si es requisito que el beneficiario tenga un plazo mínimo de afiliación para hacer uso del descuento

- Convenio por tramos con el SSMN (Servicio de Salud Metropolitano Norte)
 - Las cuentas de los pacientes que son derivados desde el S.S.M.N. son valorizadas según los aranceles establecidos en el convenio con el hospital. Los Pacientes son enviados con una Orden de Atención que indica el tramo
 - Así tenemos que los Pacientes que se atienden por los tramos A y B no pagan por sus prestaciones en el hospital, por lo que Crédito y Cobranzas hace la facturación de inmediato al S.S.M.N.
 - Los Pacientes que pertenecen a los tramos C y D, pagan un porcentaje de la cuenta, el que se debiera devolver al S.S.M.N. Crédito y Cobranzas factura el total de la cuenta al S.S.M.N.

- Convenio con Vida Integra
 - En este caso Vida Integra solicita los antecedentes médicos (programa médico, detalle de prestaciones y boletas de honorarios médicos) de los pacientes que se atendieron en el hospital bajo su previsión.
 - La oficina de Coordinación Médica es la encargada de enviar la documentación, para que la Isapre realice el análisis de las prestaciones.
 - La Isapre emite bonos para el hospital y para los doctores por sus honorarios (si corresponde), que luego envía al hospital con la documentación que está en su poder.
 - Una vez que Crédito y Cobranzas recibe los bonos procede a facturar
 - El Paciente pacta la forma de pago del saldo.

- Plan Cerrado Cruz Blanca
 - Los Pacientes ingresan con una Carta de Resguardo como garantía, las que se guardan como respaldo en Crédito y Cobranzas.
 - Al valorizar la cuenta, Crédito y Cobranzas envía los antecedentes a Cruz Blanca, para que emita los bonos correspondientes.
 - Al llegar los bonos, se procede a facturar.
 - El Paciente pacta la forma de pago del saldo de la cuenta.

- Seguros Catastróficos ⁷
 - Las Isapres hacen que sus afiliados firmen un seguro para enfrentar enfermedades catastróficas.
 - De acuerdo con esta institución, el deducible es: la suma de copagos que debe acumular el beneficiario para tener derecho a esta cobertura adicional. Su monto equivale a treinta veces la cotización pactada en el plan de salud, con un mínimo

⁷ Es parte de la ley de Isapres.

de 60 UF y un máximo de 126 UF.

- La facturación de este seguro es lenta, debido a que se requiere de una mayor tramitación por parte de la Isapre.
- La Oficina de Coordinación Médica se encarga de enviar la documentación necesaria para que la Isapre realice el análisis pertinente.
- Una vez que la Isapre aclara la cobertura del Seguro Catastrófico, envía los bonos y el hospital procede a facturar las prestaciones.
- El Paciente pacta el pago del saldo de la cuenta

· Convenio con Isapre Colmena Golden Cross y Planes Consalud

- Crédito y Cobranzas envía los antecedentes a la Isapre, quienes emiten los bonos y los remiten directamente al hospital, sin necesidad de que el paciente realice el trámite personalmente. Para el caso de Consalud, el trámite de los bonos se hace internamente siempre y cuando no lo haga el paciente.
- Los bonos son enviados a facturación.
- El paciente pacta la forma de pago del saldo de la cuenta.

· Convenios con Empresas Particulares (Cartas de Resguardo)

- Este tipo de pacientes puede dejar como garantía un cheque o un pagaré y luego reemplazarla por una Carta de Resguardo.
- Admisión envía las Cartas de Resguardo a Control de Cajas⁸ para que se contabilicen como garantía.
- Luego las envían a Crédito y Cobranzas donde se archivan para esperar la liquidación, que se haga efectiva la garantía, o devolverla si el paciente entrega bonos.
- Si el paciente no paga su deuda se emite una factura a nombre de la empresa emisora de la Carta de Resguardo, para que se efectúe el pago de la deuda.
- Si el paciente se presenta a regularizar su situación (entrega bonos), el hospital emite una Nota de crédito anulando la factura.

· Ley de Urgencia

- Cuando un paciente ingresa al Servicio de Urgencia el médico de turno diagnostica que se encuentra en Riesgo Vital o Riesgo de Secuela Física Grave, emite un certificado que acredite que el paciente debe ser atendido por Ley de Urgencia.

- El paciente recibe las prestaciones necesarias hasta que se “estabiliza”

⁸ Control de cajas contabiliza la garantía en el sistema a un peso. Ese precio significa que hay una garantía. Es una cuenta de orden.

requerir seguir hospitalizado.

- Si el paciente requiere hospitalización, existe la opción de que se quede en este hospital. Para esto solicita, mediante un fax, una autorización a Fonasa, con lo que comienza la etapa de “Post-estabilización” o “rebalse”. Si Fonasa se demora en responder, se considera como autorizado.
- Si Fonasa no da su autorización, puede decidir el traslado del paciente a otro establecimiento hospitalario de la red pública.
- Si el paciente no quiere ser trasladado por decisión propia, entonces se habla de “Fonasa libre elección”. Esto es tratado como una cuenta normal, y Admisión Central solicita una garantía y las prestaciones son valorizadas al arancel de Fonasa que corresponda.
- Las cuentas, en todos los casos, son centralizadas computacionalmente y enviadas desde Cuenta Paciente a Crédito y Cobranzas por sistema y físicamente. A Contabilidad se envía sólo por centralización computacional.
- Crédito y Cobranzas recibe las cuentas de acuerdo a lo descrito en los puntos 4.2 y 4.3
- En la Ley de Urgencia de Isapres, la diferencia está en la factura. Algunas instituciones no requieren de mayor trámite y consideran las cuentas como una más por lo que se factura de inmediato y otras necesitan revisar y dar visto bueno a las cuentas.
- En los casos de Ley de Urgencia Isapre, cuando la institución solicita antecedentes para aprobar un programa médico, Crédito y Cobranzas es el que los envía.
- En Crédito y Cobranzas se han destinado dos personas que se dedican sólo a llevar las cuentas de Ley de Urgencias, las que reciben los antecedentes y siguen el proceso que se describe a continuación:
- Reciben las cuentas y las archivan en un kárdex para mantener un orden, considerando que ya se ha llamado al paciente para que se presente dentro de 10 días a retirar sus programas médicos y realice la tramitación necesaria en Fonasa.
- Si el paciente no se presenta, Crédito y Cobranzas envía la documentación a Fonasa para que se autorice la estabilización y el Rebalse. Por la estabilización, Fonasa autoriza el cobro del PAE (Programa de Atención de Emergencia) .
- Fonasa envía un Fax informando los montos a facturar por rebalse. Lo que es por estabilización, se factura directamente a Fonasa, y lo del rebalse al S.S.M.N.
- Con este respaldo (fax), las cuentas se envían a Cuenta Paciente para que sean auditadas, y se realicen los ajustes necesarios para que las cuentas cuadren.
- Una vez que las cuentas se vuelven a recibir en Crédito y Cobranzas, se revisa todo y se compara con lo que está registrado en la contabilidad del hospital, y si es necesario, se envía a Contabilidad un memorándum solicitando los ajustes que correspondan.

- Finalmente se liquidan las cuentas y si queda un saldo, el paciente lo paga de acuerdo a sus recursos.
- Descuento 40% a Funcionarios y sus Cargas Familiares
 - Cuando un Funcionario o sus cargas del hospital es atendido en este establecimiento, al momento de liquidar su cuenta, se le descuenta un 40% del copago. Con un tope anual de \$171.715
 - El descuento se aplica sobre el total del copago, ya sea Fonasa o Isapre, sin considerar los medicamentos, los insumos y el profesional arsenalero.
 - Crédito y Cobranzas envía un memorándum a Contabilidad informando el monto del descuento.

5. PROCESO DE COBRANZA

5.1. - Facturación

5.1.1. - Facturación Hospitalizados

9

- Una vez que Crédito y Cobranzas ha recibido los bonos, ya sea por vía paciente o trámite interno, se envían a la oficina de Facturación.

- Crédito y Cobranzas recibe antecedentes correspondientes a prestaciones médicas por hospitalización del SEMDA y Bienestar Social del Hospital.

- La oficina de Facturación recibe los bonos y las cuentas por nómina.

- Toda la documentación recibida es revisada, se detallan los valores de las prestaciones, las fechas, la cantidad de bonos, los programas médicos y qué institución corresponde. Todo se registra manualmente en la cuenta física.

- Luego se procede a facturar. Esta oficina cuenta con dos personas encargadas de realizar el proceso, y cuentan con un módulo computacional de facturación, el cual tiene asignado un código a cada institución, esto facilita y agiliza la emisión de las facturas. Además, cuentan con otra persona encargada de las Notas de Crédito, las Compra Venta interna y lo que corresponde al SEMDA.

- Para los bonos por hospitalización, se emite una factura por cada cuenta. A la factura se le adjunta el Programa de atención Médica original, a las cuentas correspondientes a FONASA se le adjunta fotocopia del programa Médico.

- En el caso que una institución rechace una factura, se envía todo a revisión y si es necesario emitir una Nota de Crédito, Crédito y Cobranza hace una Solicitud de Nota de

⁹ En la figura 9 se presenta el flujograma de este proceso

Crédito, la que es revisada por los jefes de Crédito y Cobranzas, Contabilidad, y el Gerente de Recursos Financieros. Este documento se escribe en una máquina de escribir y luego se ingresa al sistema, dado que no se cuenta con la aplicación computacional.

- Una vez emitido el documento correspondiente (factura, Compra Venta Interna, Nota de Crédito), se revisa y se distribuye según la institución.

- En el caso de las facturas por cuentas de hospitalización, antes de distribuirlas se les registra manualmente el número de factura en la cuenta física, y las cuentas se envían a Crédito y Cobranzas mediante cuaderno de correspondencia.

- A las facturas que correspondan a FONASA se les adjunta el programa Médico Manual (el que hace el Departamento de Cuenta de Paciente al Valorizar) y se envían con nómina a la Oficina de Control de Recaudación, donde se ha destinado a una persona para que envíe la documentación mediante valija en transporte de valores.

- Las Facturas y las Notas de Crédito que correspondan a Isapres y empresas se envían con nómina a la Oficina de Cobranza Institucional, para que sean entregadas por los cobradores a las instituciones.

- Todas las Facturas que corresponden a Rebases se envían con nómina a Crédito y Cobranzas.

- Las Compra Venta Interna se mandan ha visto bueno; si son por hospitalización las aprueba: el Jefe del Departamento de Crédito y Cobranzas, el jefe de Contabilidad y el Gerente de recursos Financieros. Luego de esto se envían a la Oficina de Cobranza Institucional para que las distribuya a las entidades universitarias (Facultades, Servicios Hospitalarios y Radio)

- Informática rescata la información del módulo de facturación, la centraliza y envía a Contabilidad. El asiento que se realiza es el siguiente:

-----X-----

11040101 Facturas por Cobrar	xxx	RUT
11061007 Deud. Paciente por Documentar	xxx	RUT

-----X-----

- Contabilidad una vez al mes rescata las copias (duplicado SII), de las Facturas y las archiva.

- La oficina recibe los bonos y la información de secretaría, por nómina.
- En el caso de los bonos por atención ambulatoria se factura de acuerdo al monto que sume el grupo de bonos correspondientes a cada institución, ya sea Isapre o FONASA.
- Para las prestaciones del SEMDA y Bienestar, se emite una Compra Venta Interna la que se escribe a máquina y luego se ingresa al sistema computacional detallando el centro de costo al que corresponde cada prestación.
- En el caso que una Institución rechace una Factura, se envía todo a revisión y si es necesario emitir una Nota de Crédito, la Oficina de Control de Recaudaciones hace una Solicitud de Nota de Crédito. Este documento se escribe en una máquina de escribir y luego se ingresa al sistema, dado que no se cuenta con la aplicación computacional.
- Una vez emitido el documento correspondiente (factura, Nota de Crédito) se revisa y se distribuye según la institución.
- Las Facturas que correspondan a FONASA se envían con nómina a la Oficina de Control de Recaudación, donde se ha destinado a una persona para que envíe la documentación mediante valija en transporte de valores.
- Las Facturas y las Notas de Crédito que corresponden a Isapres se envían con nómina a la Oficina de Cobranza Institucional, para que sean entregadas por los Cobradores a las instituciones.
- Las Compra Venta Interna se mandan a Crédito y Cobranza para el visto bueno, las firman: el jefe del Departamento de Contabilidad, el jefe de Tesorería y el Gerente de Recursos Financieros. Luego de esto se envían a la Oficina de Cobranza Institucional para que las distribuya a las entidades universitarias (Facultades, Servicios Hospitalarios y Radio).
- Informática rescata la información del módulo de facturación, la centraliza y envía a contabilidad. El asiento que se realiza es el siguiente:
-----X-----
11040101 Facturas por Cobrar xxx RUT
11060126 Ordenes de Atención por facturar xxx
-----X-----
- Contabilidad rescata una vez al mes las copias (duplicado SII) de las Facturas y las archiva.
- Existen casos en que se reciben convenios por secretaría, estos se facturan y se obtiene una copia para una facturación ambulatoria y se entrega después a contabilidad para que realice la rebaja en el sistema. Esto es lo que se llama facturación por solicitud de secretaría.
- Los proyectos médicos que posee el hospital, se facturan a distintas empresas o a los profesionales que están desarrollando cada proyecto, quien envía los memorándum para facturar a esas instituciones, que financiarán los proyectos, ó a los diferentes profesionales que están a cargo del proyecto.

- Separa las facturas, de acuerdo a la asignación de instituciones que se le ha dado a cada cobrador. Posteriormente se hace la ruta de los cobradores para que vayan a entregar las facturas en el día. En general, las facturas deben ser entregadas personalmente a cada Isapre e institución particular. Si se trata de provincia, se envía por carta certificada.
- Cada Isapre tiene un formulario de Recepción de Facturas; el cobrador debe llenar los formularios y entregarlos junto con las Facturas. La Isapre revisa que el comprobante indique: monto a pagar, número y fecha de recepción de las facturas. La Isapre estampa un timbre de recepción y la fecha de pago de los documentos recibidos.
- En las Empresas Particulares, reciben la factura y timbran la copia de Cobranzas como recepcionada. En este caso no se fija fecha de pago, sino que se les da un plazo de treinta días para que cancelen con dinero efectivo o con bonos. Si cancelan con bonos, se emite una nueva factura para Isapre o Fonasa, y se hace una nota de crédito anulando o rebajando la factura. En el caso de Fonasa, sólo bonifica en un treinta por ciento, en el caso de las Isapres, bonifica un ochenta o cien por ciento, dependiendo del plan colectivo que ellos tengan. Las diferencias no cubiertas, las debe pagar la empresa.
- Diariamente se confeccionan informes de la cobranza efectuada, y mensualmente se emite un informe con el resumen de la cobranza diaria, separado por Cobrador e ingresos diarios en caja; informe de las Notas de Crédito emitidas; detalle de los depósitos efectuados correspondientes a las facultades; informe de facturas recibidas incluyendo el Número, Notas de Créditos; facturas devueltas, monto, institución, motivo, separado por Ambulatorio y Hospitalizados. Este es el informe de cierre mes, de cobranza institucional. Se envía al Jefe del departamento de Crédito y Cobranzas, también al Gerente de Finanzas, al Tesorero y al Contador General, para que ellos verifiquen que lo ingresado en caja por la unidad de Cobranza Institucional coincida con lo efectivamente recibido.
- Las Facturas por prestaciones Ambulatorias, que han sido rechazadas por las instituciones, se envían con un memorándum a la Oficina de Control de Recaudaciones, con el fin de que se reintegren a la brevedad.
- Las Facturas emitidas por Hospitalización, que han sido rechazadas por las instituciones, se envían con un Memorándum a Crédito y Cobranzas para su revisión y nueva emisión.
- Cuando el Cobrador llega al Hospital con la Cobranza del día, hace un informe en un cuaderno con el detalle de las facturas canceladas: los montos, los números y a que institución corresponde. Luego, entrega la cobranza y los Comprobantes de Recepción de Facturas de las Isapres, al jefe de la Unidad de Cobranza institucional, quien firma el cuaderno como conforme. Este revisa el monto, y los cobradores entregan las copias de las facturas que cuadran con los cheques. Diariamente se hace la caja con el dinero ingresado. Este control lo realiza Cobranza Institucional y no los cobradores, para favorecer la transparencia.

- El jefe de la unidad de Cobranza Institucional, recibe la cobranza del día y prepara diariamente la Rendición de Caja e ingresa las copias de facturas al sistema de Cobranzas para proyectar la cobranza del mes siguiente. Los comprobantes de recepción quedan en la Isapre, porque es igual que un cheque a fecha. Luego devuelve los comprobantes a los Cobradores, quienes los guardan para programar su ruta de cobranza.
- La rendición de Caja diaria consta de un informe detallado de: las facturas canceladas, número de cheque, banco, la empresa que cancela a la Isapre y el monto que cancela esta factura; se emite cuadruplicado: una copia se envía a Tesorería, al cajero central para que verifique que los montos que se están asignando y los valores que se están rindiendo, cuadren. Otra copia timbrada queda en poder del departamento de Cobranza Institucional, con los cheques y el efectivo que hubiese, y las dos últimas copias se envían a Contabilidad para que se contabilice el pago,, es decir,, se haga la caja computacional, y cuadre lo que se está rindiendo, con la factura.
- Tesorería, al recibir la Rendición de Caja de Cobranza Institucional, revisa los cheques con el informe, para constatar que todo cuadre. De no ser así, Tesorería la rechaza y no recibe la caja.
- Contabilidad revisa el informe de Rendición de caja y procede a la contabilización del pago de cada factura, constatando que lo que se ingresa según lo señalado en la factura, sea igual al monto del cheque entregado. Si hay un rechazo, Contabilidad tiene la orden de enviarlo dentro de las 48 horas al jefe de finanzas.
- Si en la cobranza del día se reciben dineros correspondientes a otras facultades, se llama a la Casa Central para averiguar a quién pertenece esa factura. Cobranza Institucional emite un CRI (comprobante de recaudación Interna), y se envía a tesorería en la rendición diaria de caja.
- Luego se envía un memorándum al jefe del Departamento de Crédito y Cobranzas, con copia al jefe de Tesorería, para informar la existencia del dinero en la cuenta corriente del Hospital. El jefe de Crédito y cobranzas solicita devolución del dinero a quien corresponda.
- Como control, se confecciona un informe con el detalle de las instituciones morosas, indicando los datos que se indican: pagos efectuados, situación actual, condiciones de pago; el que es entregado al gerente de Recursos Financieros.
- En el caso que una institución tenga problemas en el cumplimiento de la fecha de cancelación de las facturas, se realizan reuniones para acordar algún método de pago entre el Hospital y la Institución.

el sistema computacional de Crédito y Cobranzas. Si los datos no concuerdan, se envía la información a Contabilidad para que se regularice la situación.

- Si no existen diferencias, se envía un memorándum a Custodia para que proceda al llenado del Pagaré por incumplimiento.
- Al momento de llenar el pagaré se emite un CRI (si se trata de un crédito) o una boleta de venta (si el paciente no ha hecho ningún plan de pago), la que llega a Contabilidad por medio de la rendición diaria de caja. Así se mantienen actualizados los registros de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de Cuentas por Cobrar.
- De esta manera comienza el proceso de Cobranza Prejudicial. Se trata de ubicar telefónicamente al deudor. Si en este tiempo (plazo: 20 días) el deudor no se presenta, se hace una nueva nómina y se envían las cuentas a la Notaría.
- Bóveda es la unidad encargada de enviar la nómina a Notaría a la que adjunta un memorándum indicando el número de folio para numerar los documentos (pagarés). Este método de foliar los pagarés ha servido para llevar un control de los documentos protestados. Bóveda revisa toda la documentación recibida y saca fotocopias de los pagarés, quedándose con los documentos originales. Al departamento de Crédito y Cobranzas sólo llega la fotocopia de los pagarés.
- El mismo memorándum y la nómina que se envía a la notaría, se hace llegar a Contabilidad para su archivo y ajuste según lo establecido en el Procedimiento de cuentas por Cobrar.
- La notaría al recibir los documentos, envía una carta de aviso al deudor (es una formalidad), comunicando que los pagares se encuentran en su poder, para dar otra oportunidad de pago. Si el deudor no se presenta, se da curso al protesto.
- En el caso que el deudor esté en condiciones de pagar la deuda, la Notaría no puede recibir dinero, por lo que el deudor debe pagar en las dependencias de Crédito y Cobranzas en el Hospital.
- La notaría devuelve los pagares foliados con una nómina a Bóveda, indicando: número del documento, número del acta de protesto, Rut del deudor, nombre del deudor y el monto.
- Crédito y Cobranzas recibe y verifica los datos de las nóminas con los datos de los documentos físicos, espera treinta días para que el deudor se presente. Si éste no viene, se envían los documentos con una nómina a la empresa de cobranza externa.
- La empresa de cobranza externa revisa todos los documentos y comienza el proceso de Cobranza Judicial.
- En esta parte de la Cobranza, el deudor puede cancelar en la empresa de Cobranza o en Crédito y Cobranzas del Hospital.

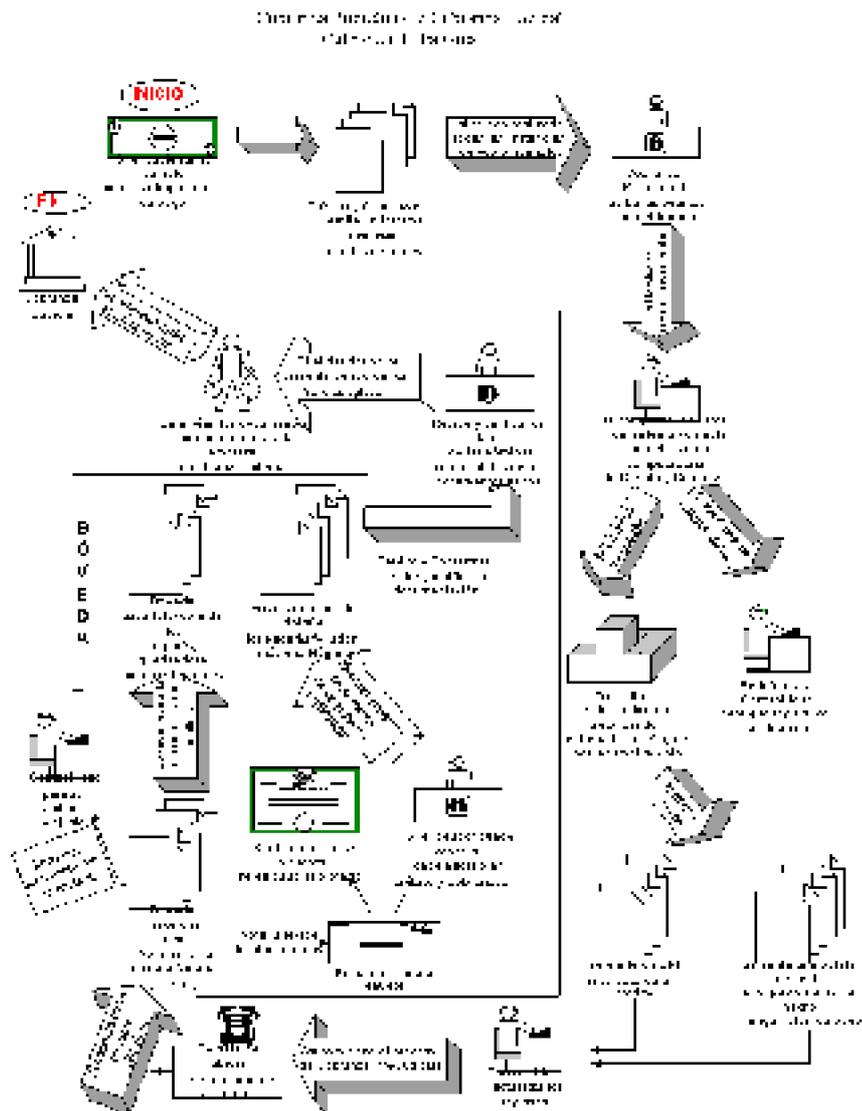


Figura. Flujograma Proceso de Cobranza de Pagares

5.3.2. - Cobranza de Cheques

12

- Cuando se hace efectivo el llenado de un cheque en garantía, Caja central emite una boleta o un CRI por el monto correspondiente a la deuda. Tesorería envía el documento depósito al banco.
- En el caso que el cheque se proteste, Tesorería lo rescata y envía un memorándum con el detalle de todos los cheques protestados a Crédito y cobranzas. Cabe mencionar que Crédito y Cobranzas es el encargado de hacer la cobranza de todos los cheques protestados del Hospital.

¹² En la figura 13 se presenta el flujograma de este proceso

- Tesorería envía a Contabilidad un memorándum con el listado y la fotocopia de los cheques que han sido protestados para su ajuste contable, según lo establecido en el procedimiento de Cuentas por Cobrar.
- Crédito y Cobranzas recibe los cheques y comienza la Cobranza Prejudicial. Para esto, llama al girador del cheque para que se presente a regularizar la situación (plazo:30 días)
- Si el girador del cheque o el deudor no se presenta, se prepara una nómina con los documentos, se solicitan físicamente a Bóveda y se envían a una empresa de cobranza externa.¹³
- La empresa de cobranza externa recibe los documentos y comienza la Cobranza Judicial.
- Contabilidad realiza el ajuste contable correspondiente para reflejar esta instancia de cobro según Procedimiento de cuentas por Cobrar.¹⁴
- En este caso si el girador o el deudor está en condiciones de pagar o de hacer un abono a su cuenta, lo puede hacer sólo en la empresa de cobranza.
- Por ley, un cheque protestado no puede ser cobrado judicialmente después de un año de su emisión.

¹³ Los cheques se envían a otra empresa externa llamada ORSAM

¹⁴ Contablemente, se retira la cuenta "cheque protestado", y se crea la cuenta "cheque en cobranza judicial".

ingreso. En la actualidad esta situación no es clara. El departamento de Crédito y Cobranzas considera que esta responsabilidad corresponde al departamento de Admisión. Sin embargo, en reiteradas ocasiones, Admisión ha delegado esta responsabilidad a dicho departamento, generando ineficiencia en la atención del paciente.

- Normativa universitaria: Existe gran dependencia del Instuctivo N°25 de la Universidad de Chile, con respecto a:
 - Incobrabilidad de las cuentas: El proceso para determinar la incobrabilidad de una cuenta y su posterior reconocimiento como pérdida, es engorroso debido a la rigidez de los montos a partir de los cuales se autoriza el mencionado procedimiento (montos superiores a nueve UTM).
 - Rebajas y condonaciones: El Rector es la única persona facultada para autorizar condonaciones. Sin embargo, en la práctica el desempeño de algunos directivos del hospital no respeta este aspecto normativo, produciendo distorsiones en la claridad del proceso.
- Información contable: Debido a que el departamento de contabilidad no tiene la misma plataforma que el departamento de Crédito y Cobranzas, y difiere de otras plataformas también, la información no es traspasada oportunamente.
- Con respecto al proceso de liquidación de cuentas, por un asunto normativo éstas no pueden ser liquidadas de inmediato y por lo tanto no se pueden ajustar el monto de los activos oportunamente, pese a que la pérdida de dichos montos es inminente.
- Garantías: Se ha dicho que Admisión ha avanzado bastante en el ámbito de resguardo de activos en el sentido de velar porque la persona que ingrese al hospital tenga recursos suficientes como para cumplir con los pagos correspondientes. Para ello se solicitan liquidaciones de sueldo, renta mínima mensual de \$120.000, aval, entre otras solicitudes. Pero surge el problema de cómo exigir a un paciente de escasos recursos el pago de cuentas cuyos montos son muy elevados.
- Con respecto al ingreso a Urgencia, de pacientes que no están sujetos a la Ley de Urgencias, no existe una manera factible de que el hospital se resguarde del no pago. El inconveniente aquí es la pérdida de recursos debido a que el paciente se niega a firmar la opción, por lo que el Hospital debe declarar rebalse, lo que significa que Fonasa debe hacerse cargo, ocasionando inconvenientes con esta institución. Cuando el hospital es el que asume la pérdida, ésta se compensa o se absorbe por el margen de utilidad.
- Los recursos del hospital en su mayoría son destinados al progreso del área clínica, compra de equipamientos, pero no tanto a la Administración de éste. En este sentido debemos mencionar que la infraestructura de las oficinas no es la óptima, los equipos computacionales son relativamente antiguos, y el espacio físico es reducido, dificultando la labor de los usuarios.
- En el ámbito de Sistemas, existe uno destinado sólo a Crédito y Cobranzas. Se

implementó en agosto del año 2000, pero según el Jefe de este Departamento, no es muy eficiente. El le agregó algunas aplicaciones como una a la que le llamó "Agenda" y otra llamada "sistema de envío de cartas", de modo de implementar el sistema y hacerlo más eficiente. Es evidente que este sistema además de no ser completo, quita horas de trabajo a sus usuarios y en lugar de ayudarles les trae más complicaciones lo que sabemos que no puede ser.

- Agregado a esto solo mencionamos el hecho de que durante el desarrollo del sistema señalado anteriormente, hubo diferencias entre la empresa que desarrolló el sistema y el Departamento de Informática, lo que ciertamente no ayudó en el éxito del proceso, con las consecuencias de dejar un sistema sin terminar oportunamente y recurrir, entonces a soluciones contingentes.
- No existe una política de actualización de información del paciente (domicilio, teléfono, etcétera), lo que muchas veces se traduce en devoluciones de cartas por inexistencia de remitente. Este problema atrasa aún más el proceso de cobranza.
- Las devoluciones de dinero no se hacen vía sistema como requerimiento a Tesorería para su posterior emisión de la devolución, sino que se hace por medio de un memorándum, medio que atrasa el proceso de cobranza y lo hace menos eficiente.
- Los ajustes que se hacen en Contabilidad se llevan a cabo manualmente porque aún se necesita del documento firmado por el encargado del Departamento respectivo, por motivo de asignar por ese medio responsabilidades.
- Como ya se ha señalado anteriormente, existe dificultad en liquidar los saldos pequeños, porque están sin garantía (nos referimos a los saldos existentes antes de comenzar a operar la nueva política de pedir garantía incluso por los montos pequeños).

Tercera Parte

III.- PROPUESTA DE SOLUCIONES

3.1 Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

En primer término, se debe visualizar cuáles son las plataformas que utilizan cada una de los departamentos que componen la entidad, de qué manera se comunican (qué interfaces utilizan). Posteriormente evaluar cuál de éstas plataformas cumple mejor los requerimientos de seguridad; facilidad en su utilización por parte de los usuarios (la que sea más amigable); facilidad para migrar a ella evitando así, por ejemplo, el problema de la doble contabilización; la que tenga respaldo con el proveedor (manuales de procedimiento, capacitación, actualizaciones, entre otros servicios adicionales).

Buscando soluciones en este sentido, hemos conversado con el profesor Claudio Szot, catedrático de nuestra facultad el que nos señaló el manejo de la información que realiza actualmente el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Esta entidad posee un sistema de manejo de clientes que descansa en una base de datos unificada, la que hasta el momento ha funcionado eficientemente. Esta base está en plataforma SQL

Server. Es una gran base de datos (no necesariamente una Datawarehouse), donde existe un registro histórico de todos los clientes que han visitado el hospital. Este registro está en línea y llega a todos los terminales remotos del hospital. Esta es una forma de satisfacer los requerimientos que nuestra entidad tiene sin desembolsar una inversión demasiado significativa, es decir, estandarizando las plataformas a una sola y adicionalmente ir incorporando a esta base de datos más datos útiles para permitir una mejor gestión en el manejo de los recursos, tanto materiales como humanos del hospital. Los datos se poblan a partir de la Ficha Clínica física, para lo cual sería necesario contratar personal capacitado para realizar esta tarea.

Para que la administración de este sistema sea eficiente es necesario tener muy bien definidos los perfiles de los usuarios, sus facultades y limitaciones, de modo de asignar las responsabilidades adecuadamente.

Además de la solución precedente, buscamos en Internet más posibilidades y entre estas encontramos una que ofrece la empresa ORDEN (orden.cl), la que propone un sistema llamado Sistema de Gestión Hospitalaria Pública y Privada, cuyo objetivo es proveer soluciones integrales con tecnologías de la información para instituciones de Salud Pública y Privada, dentro de las cuales estaría nuestra entidad.

Teniendo en consideración el tema puntual de soluciones tecnológicas para el hospital, rescatamos los puntos que consideramos más relevantes para nuestro tema. Estos son:

Plataforma Tecnológica: señala que las Aplicaciones han sido desarrolladas considerando que toda funcionalidad de éstas sea resuelta en el Servidor, así como también el control de acceso y privilegio de los usuarios. Las Estaciones de Trabajo sólo resuelven el problema de interfaz con el usuario y alivian de dicha tarea al Servidor. Este esquema garantiza que la base de datos no pueda ser violada ni interferida y la independiza de la funcionalidad existente en el Cliente.

Estructura General del Software de Aplicación y Concepción de Integración: El software de aplicación para instituciones de salud es la integración de las tres áreas de actividad de este tipo de institución:

- **Apoyo Operacional en la Atención de Pacientes:** Las aplicaciones de Apoyo Operacional, se diseñan fundamentalmente para obtener una óptima atención del paciente en las actividades administrativas necesarias para entregar la atención de salud.
- **Apoyo Diagnóstico y Sistemas Clínicos:** Se refiere a la asistencia técnica a los profesionales respecto de la realización de exámenes de laboratorio desde la toma de muestras hasta la entrega del resultado.
- **Administración de Recursos:** Principalmente se enfoca a las áreas financieras, recursos humanos y recursos materiales y generalmente no participan en la atención directa de pacientes, sin embargo, reciben y procesan información que éstas generan

La integración de estas áreas converge en el llamado Sistema Integrado de Atención de Salud, el que tiene un enfoque orientado a la atención integral del paciente, el cual es

visto como "único" y es posible realizar un seguimiento de éste por los diferentes subsistemas, lo cual genera un "sentido de pertenencia" que se traduce para el paciente como: "en ésta institución soy conocido".

Un ejemplo de la atención integral al paciente es el Sistema de Coordinación del Servicio Integral al Paciente, que busca optimizar la permanencia del paciente dentro de un centro de salud programando en forma automática los servicios y recursos asistenciales. De esta forma se logra mejorar la utilización de recursos en forma importante. Cabe mencionar, como ejemplo, que la decisión de admitir un paciente para ser intervenido quirúrgicamente teniendo previamente programados los exámenes, procedimientos y pabellón, redundará en una estadía más corta. Ahora bien, el enfoque global de solución se visualiza como una pirámide con tres niveles, donde en la base están las entidades corporativas, luego, sobre éstas se encuentran las aplicaciones de las tres áreas antes mencionadas y finalmente en la cúspide el sistema de gestión, que recibe y consolida la información generada y manejada por lo otros dos niveles y las tres áreas de actividad.

El segundo nivel lo constituyen las aplicaciones de nivel operativo de la institución, el cual sustenta el nivel de gestión, Sistema de Información Ejecutivo de Instituciones de Salud (HEIS: Health Executive Information System), el cual proporciona en forma efectiva la información para la toma de decisiones, basada en indicadores relativos a factores de éxito definidos por la institución.

Las entidades corporativas, se definen como un conjunto de datos referentes a un concepto institucional, los cuales se consideran como una unidad. Estos están disponibles para todos aquellos sistemas relacionados que requieran ver o modificar datos. El objetivo de las entidades corporativas es lograr un modelo de sistemas consistente e integrado, con el mínimo de información duplicada, que sea claro de comprender y de transmitir.

Tanto el modelamiento de datos como la definición de la funcionalidad, se realizaron apuntando a la búsqueda permanente de las interconexiones entre sistemas.

3.2 Propuesta de soluciones frente a las dificultades señaladas en el punto 2.C

- Seguridad en la información: La propuesta está detallada en el párrafo "Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile", señalado anteriormente.
- Autorización de ingreso a urgencia: Proponemos delimitar responsabilidades de las áreas involucradas. En este caso creemos que efectivamente Admisión debe encargarse de la autorización este tipo de ingreso, pues es la unidad que recibe al paciente en el mismo momento en que éste ingresa, circunstancia en la que debe existir real eficacia en lo que a atención del paciente se refiere y en este sentido, la toma de decisiones debe estar acorde con dichos requerimientos.
- Normativa universitaria: Existe gran dependencia del Instuctivo N°25 de la

Universidad de Chile, con respecto a:

- Incobrabilidad de las cuentas: En este caso no podemos hacer mucho, sólo proponer más flexibilidad en las normas que emite la Universidad y que afecta los procedimientos de cobro, principalmente del área Crédito y Cobranzas. En este sentido creemos que sería beneficioso, tanto para el Hospital como para la Universidad, reunirse a discutir estos temas y llegar a soluciones concretas. Instamos a la Alta Gerencia a considerar este aspecto, que vemos no es de poca trascendencia.
- Rebajas y condonaciones: Además de proponer lo señalado en el punto anterior, recomendamos que los directivos que lleven a cabo esta actividad, estén autorizados por el Rector, informando oportunamente a los demás profesionales involucrados en este proceso.
- Información contable: La propuesta está detallada en el párrafo “Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, señalado anteriormente.
- Garantías: Frente a esta situación vemos que no hay más alternativa que pactar con el paciente modalidades de pago adecuadas a su nivel de ingreso, con el fin de asegurar la continuidad de la recaudación.
- Infraestructura: Con respecto al punto que se refiere a la inversión en infraestructura, la solución parece ser clara: se necesita invertir más en equipamientos computacionales expandibles, mejorar el ambiente de trabajo del área administrativa del hospital. Sería conveniente que la distribución de oficinas y módulos se adecuara a la disposición de cargos en el organigrama. Así se agilizarían aquellos procesos que requieren de traspaso físico de documentación entre estas áreas. Esta solución es aplicable por ejemplo, a los departamentos que dependen de la unidad Crédito y Cobranzas y la Gerencia de Finanzas, la que se ubica en otras dependencias. Además, si bien el espacio no es un recurso que abunda en las empresas, se puede compensar con un mejor equipamiento e infraestructura en los módulos.
- Sistema computacional en Área Crédito y Cobranzas: La propuesta para este punto y el siguiente (desarrollo de sistemas por parte de empresa externa) está detallada en el párrafo “Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, señalado anteriormente.
- Política de actualización de información del paciente: Una solución podría ser destinar a una o más personas las que, cada cierto tiempo se comuniquen con el paciente, con el fin de verificar sus datos (domicilio, teléfono, etcétera), y tomar medidas oportunas en caso de existir diferencias en la información entregada.
- Devoluciones de dinero vía sistema: La propuesta está detallada en el párrafo “Propuesta de solución integral a los Sistemas de Información del Hospital Clínico de la Universidad de Chile”, señalado anteriormente.
- Liquidación de saldos pequeños: La solución es solicitar garantía por todos los

montos, incluyendo los pequeños. Este procedimiento ya se está aplicando en el hospital.

IV.- CONCLUSIONES

El objeto de este seminario fue realizar un diagnóstico global del proceso de Crédito y Cobranzas del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Este recinto, durante los últimos años, ha sufrido importantes transformaciones en su estructura administrativa , además de su relación con la comunidad nacional.

El incremento de los ingresos del Hospital, se debe no sólo a mejoras en la gestión, sino que también al reperfilamiento del recinto. De ser una institución absolutamente fiscal, ha pasado paulatinamente a ser un organismo con características de empresa privada.

Además, el mejoramiento de las finanzas, ha ido acompañada de una evolución de los procesos y de la tecnología utilizada a nivel de todo el Hospital. El proceso de Crédito y Cobranzas , también está inserto en esta serie de modificaciones.

A nivel general, es importante recalcar la progresiva automatización de los procedimientos internos y externos del Hospital, lo que ha disminuido el uso de papel en algunos departamentos. Sin embargo, el recinto no dispone de una plataforma computacional centralizada, situación que ha disminuido la eficiencia en todos los procesos administrativos involucrados en la atención de pacientes. La implantación de una solución de esta envergadura , requiere de la decisión de la alta gerencia y el compromiso de los departamentos a nivel global.

El hospital no cuenta con una plataforma computacional única, situación que ha entorpecido la eficiencia en todos los procesos que allí ocurren. Esta solución, más allá del tema de recursos, involucra un compromiso de los directivos pertinentes en mejorar la gestión del hospital en general, y de cada una de las unidades administrativas, en particular.

El departamento de Crédito y Cobranzas, como la mayoría de las demás unidades, cuenta con procesos tanto manuales como computarizados. Sin embargo, debemos destacar el hecho que se ha tratado de eliminar lo más posible el uso del papel, idea que nos manifestó el Jefe de este departamento. Este ha desarrollado aplicaciones para mejorar los procesos de cobranza, creando la mencionada "Agenda" y una aplicación que mejora el proceso de envío de cartas a los pacientes morosos. Con relación a lo anterior, hemos observado que en general, existe una cultura organizacional que avala considerablemente el manejo del respaldo físico de los documentos más que el magnético, y aunque existan algunos procesos en los que es necesario el documento físico, la mayoría de los procesos podrían llevarse a cabo usando herramientas computacionales, como por ejemplo, el correo electrónico.

La relación que existe entre el hospital y las instituciones de previsión de salud:

Con las Isapres la relación en general es buena, hemos visto en este trabajo los diversos convenios que el hospital tiene con ellas, al igual que con Fonasa y algunas empresas particulares.

Compensar el alto porcentaje de Incobrabilidad de la cuenta paciente (8% aprox. según la tendencia), con altos márgenes de utilidad (400% a 500% sobre el valor decosto), no representa una política financiera ideal, pues el paciente que cumple con sus obligaciones está subsidiando al paciente moroso. Sin embargo, frente a esta situación, esta medida es útil para aminorar la pérdidas que ocurren por este concepto.

Para facilitar el registro de la situación previsional de los pacientes, sería conveniente disponer de información en línea. Sin embargo, esto no ocurre dado que las Isapres y Fonasa no dan acceso a la información por esta vía, más que nada por resguardo de este activo.

Todo paciente que ingresa a urgencia será atendido, si cumple con los requisitos para ser acogido por la ley de urgencia, aún cuando mantenga deudas por prestaciones anteriores con el Hospital.

La comunicación entre el hospital y la empresa externa de cobro ASCOMED, casi no existe, dado que los inconvenientes que se han suscitado se deben a la falta de coordinación entre ambas partes, siendo el paciente el principal afectado.

En relación a los planes y convenios existentes, pudimos observar que aún cuando el contrato cubría la totalidad de las prestaciones de salud, en la práctica no sucedía así, ya que algunas de ellas no figuraban en el plan. Esto provoca dificultades en la cobranza de las diferencias, sin perjuicio del beneficio de contar con los señalados convenios.

Observamos además que, dentro del proceso de cobro de la mora, se exige el cobro de intereses, con el fin de no recargar aún más la obligación por parte del deudor y agilizar el proceso de pago.

Otro asunto importante que logramos observar es que de acuerdo a la composición de la demanda se desprende que el número de pacientes del sector Isapre atendidos en el Hospital ha presentado un importante crecimiento en el volumen de servicios realizados, no solo en el área hospitalizados sino también en los servicios de exámenes y diagnósticos.

El recurso humano es el pilar fundamental para el desarrollo de la actividad del Hospital, siendo una de las variables estratégicas más importantes de la institución. Es necesario mantener una adecuada selección y una capacitación continua del personal, no solamente en el aspecto profesional, sino que también en el área de desarrollo personal.

La realización de este seminario se desarrolló no sin dificultades, pues como en alguna parte de él lo señalamos, es un tema que tuvimos que construir a medida que íbamos trabajando en él. Tampoco fue fácil acotar el tema, pues la relación que existe entre cada una de las unidades del hospital llevaba quizás a querer abarcarlo todo. Sin embargo, a medida de que nos interiorizamos en el tema, pudimos finalmente delinear con más precisión el trabajo que usted acaba de leer, el que esperamos, sea de utilidad para los fines por los cuales lo ha consultado.

ANEXOS

LEY 19.650

Esta ley entró en vigencia el 24 de Diciembre de 1999 y su principal característica es que introduce modificaciones a los artículos 22 y 33 de la Ley 18.933, que rige a las instituciones de salud previsual. Por una parte, elimina el cheque en garantía para las urgencias o emergencias; y elimina en forma gradual el subsidio del 2% a las Isapres de la ley N°18.566.

1.- Eliminación Cheque en Garantía.

Las instituciones deben pagar directamente a los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud o pertenecientes al sector privado, el valor que corresponda a las prestaciones derivadas de atenciones de emergencia recibidas por sus beneficiarios, hasta que estos se encuentren estabilizados, y se encuentren en condiciones de ser derivados. En esta situación, dichos prestadores no podrán exigir dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago, ni tampoco el condicionar de cualquier otra forma la atención.

Asimismo, la reforma legal contempla que los afiliados deben reembolsar a las

Isapres la parte que les corresponda pagar, por dichas prestaciones, conforme al plan de salud; para estos efectos, se entenderá que la respectiva institución ha otorgado un préstamo al cotizante, cuyas condiciones de pago, modalidades, garantías y plazos, se regirán por las normas contenidas en la citada Ley 19.650 y por las instrucciones que dicte la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP). Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir otras modalidades para restituir las sumas enteradas por la Isapre al establecimiento asistencial y que son de cargo del cotizante.

Por emergencia o urgencia, se entiende toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable o toda condición de salud o cuadro clínico que implique secuela funcional grave para una persona, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

Además, se entenderá por paciente estabilizado, aquel que habiendo estado o estando en una situación de emergencia o urgencia, se encuentra en estado de equilibrio de sus funciones vitales, de modo que, aún cursando una patología no resuelta o parcialmente solucionada, está en condiciones de ser trasladado, dentro del establecimiento o a otro centro asistencial o a su domicilio, sin poner en riesgo su vida o la evolución de su enfermedad.

Las Isapres sólo podrán oponerse al pago, por fundamentación escrita, cuando las atenciones cobradas no reúnan algunas de las condiciones establecidas en el mencionado artículo 22 de la Ley 18.933, o cuando se trate de prestaciones excluidas de cobertura conforme a esa misma ley y los contratos de salud respectivos.

La Circular Nro. 56 de la SISP del 24/12/99 establece que una vez que la respectiva Isapre acredita que ha extinguido su obligación con el Servicio de Salud o establecimiento asistencial privado que otorgó las prestaciones de emergencia a su beneficiario, le enviará al cotizante una carta certificada de cobro, informándole el monto de la deuda contraída con la institución y las alternativas que le ofrece para el pago del crédito, una de las cuales deberá consistir en el otorgamiento del préstamo a que se refiere el inciso 8 del artículo 22 de la Ley 18.933, otorgándole un plazo de 30 días hábiles para pronunciarse al respecto. Si el afiliado no paga su deuda ni dice nada en este término, se entenderá que se acoge al crédito mencionado.

El crédito deberá pagarse mensualmente, por el cotizante en forma directa - si se trata de afiliados independientes o voluntarios - o a través de su empleador o entidad pagadora de la pensión - en el caso de los dependientes y pensionados - en cuotas que correspondan al 5% de la remuneración, renta o pensión imponible, tratándose de dependientes, independientes o pensionados o una suma equivalente al precio del plan contratado por los voluntarios. La cantidad adeudada se reajustará de conformidad a la variación del Índice de Precios a Consumidor y devengará el interés corriente para operaciones reajustables referido en el artículo 6 de la Ley 18.010

El plazo del servicio del crédito no podrá ser superior a cinco años contado desde la activación del crédito; si transcurrido este plazo, la deuda no hubiese sido solucionada íntegramente, mediante el mecanismo de pago antes indicado, la Isapre está facultada para liquidar el saldo insoluto y proponer al afiliado nuevas condiciones de pago. La Isapre podrá convenir con sus afiliados las garantías que estime pertinentes para

asegurar el cumplimiento de lo adeudado, salvo la utilización de cheques.

De la misma manera, la Isapre podrá valerse de las facultades que le otorga la Ley 17.322 y ejecutar el cobro de acuerdo al procedimiento ejecutivo contemplado en dicha ley, cuando las sumas adeudadas no se paguen oportunamente por los empleadores o entidades pagadoras de la pensión, o por los afiliados independientes o voluntarios.

El afiliado deberá comunicar a la Isapre las modificaciones que experimente su situación laboral o previsional mientras esté vigente la deuda, a fin de que la institución notifique al nuevo empleador o a la entidad que se incorpora como pagadora de una pensión, o al propio cotizante que ha adquirido la calidad de independiente, voluntario o cesante, el monto que deberá enterarse por concepto del préstamo otorgado.

Por su parte, durante los períodos de incapacidad laboral, la cuota respectiva deberá pagarse directamente a la Isapre por el afiliado y no podrá descontarse del monto que debe pagar la institución por concepto de subsidio por incapacidad laboral. Asimismo, si se pusiese término al contrato de salud por cualquier causa, se mantendrá inalterable la obligación contraída por el ex afiliado con la Isapre que le otorgó el préstamo, la que continuará cobrando las cuotas mensuales de éste, ya sea directamente al ex cotizante o a su empleador o entidad pagadora de la pensión.

Finalmente, si el afiliado o ex afiliado falleciere y registrare un saldo de deuda por concepto del préstamo otorgado, dicho saldo gravará la masa hereditaria, pudiendo pactarse entre la Isapre y los herederos la forma y plazos en que ésta se pagará.

2. Eliminación del subsidio del 2 % de las Isapres.

Desde que se publicó la Ley 18.566 en el año 1986, los trabajadores dependientes que pertenecen o deseen incorporarse a una Isapre, tienen derecho a solicitar a sus empleadores una cotización para salud adicional al 7%. Las empresas recuperan este aporte al pagar sus impuestos.

Según el número de cargas familiares y conforme a la renta del trabajador, dicha cotización adicional mensual puede variar entre 0% y 2% de su renta imponible.

El planteamiento general, es el siguiente:

- A contar de la entrada en vigencia de esta ley, los trabajadores dependientes no tendrán derecho a solicitar el 2%.
- Las personas que estén recibiendo este subsidio, continuarán percibiéndolo durante los primeros seis meses de vigencia de la ley.
- A contar del primer día del séptimo mes de vigencia, en el mes que corresponda a la anualidad de cada afiliado, las Isapres transformarán el porcentaje de cotización adicional a pesos y lo ajustarán de modo que, sumado al 7%, no exceda de 2 U.F.
- Una vez ajustada la cotización adicional, el monto expresado en pesos se mantendrá durante tres años aunque cambie la renta o el número de cargas familiares.
- Cumplido dicho plazo, las Isapre deberán revisar los contratos y suprimir

definitivamente la cotización adicional.

- Se faculta a Fonasa la fiscalización para el pago de la cotización que se descuenta a los trabajadores. Por lo tanto, tendrá las mismas facultades y atribuciones que una entidad previsional en lo que dice relación con la cobranza judicial de imposiciones.

VI. BIBLIOGRAFIA

Memoria Año 2001 Hospital Clínico Universidad de Chile.

Paganini J.M. 1993. "Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado".

Cancec, E. 1994. "Características del Hospital Universitario. XIV Jornadas Chilenas de Salud Pública.

www.biocom.com

www.orden.cl

www.minsal.cl