TESIS
IID2005
A65

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

FACULTAD DE INGENIERÍA

ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORAS DE LOS PROCESOS DE ADMISIÓN, FACTURACIÓN Y COBRANZA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA, EMERGENCIA Y MATERNIDAD DE UNA CLÍNICA EN EL ÁREA METROPOLITANA

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

presentado ante la

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

como parte de los requisitos para optar al título de

INGENIERO INDUSTRIAL

REALIZADO POR Br. María Cecilia Armas H.
Br. Fredda Pereira W.

PROFESOR GUÍA Ing. Alirio Villanueva

FECHA Caracas, 24 de Octubre de 2005.

ÍNDICE

Sinopsis

Introducción **1**

Capítulo I – Definición y Delimitación del Estudio **3**

I.1. Planteamiento del Problema 3

I.2. Objetivo general 4

I.3. Objetivos específicos 5

I.4. Alcance y limitaciones 5

Capítulo - II: La Empresa **6**

II.1. Descripción de la Empresa 6

II.1.1. Gerencia Administrativa de Clínica El Ávila 7

II.1.1.1 Departamento de Admisión 8

II.1.1.2 Departamento de Facturación 10

II.1.1.3 Departamento de Cobranza 11

Capítulo III – Marco Teórico **13**

III.1. El Servicio como expresión de Calidad 13

III.2. Herramientas Utilizadas 15

Capítulo - IV: Marco Metodológico **20**

IV.1. Metodología 20

Capítulo – V: Levantamiento de la Situación Actual **23**

V.1 Descripción de los procesos operativos internos de la Gerencia Administrativa de Clínica El Ávila 23

V.1.1 Departamento de Admisión 23

V.1.2 Departamento de Facturación 26

V.1.3 Departamento de Cobranza 27

V.2 Observaciones directas a los procesos de Admisión, Facturación y Cobranza 35

V.3 Estudio de Tiempo 37

Capítulo - VI: Análisis de la Situación Actual 44

VI.1 Detectar las necesidades del cliente 44

VI.2 Entrevistas al personal de Admisión, Facturación y Cobranza 57

VI.3 Causas identificadas que causan impacto 60

Capítulo - VII: Desarrollo de las Propuestas de Mejoras 67

VII.1. Propuesta y Selección de Soluciones 67

VII.2. Análisis Técnico-Económico de las Propuestas 73

VII.3. Definición de los Indicadores de Gestión 77

Capítulo - VIII: Conclusiones y Recomendaciones 79

VIII.1. Conclusiones 79

VIII.2. Recomendaciones 80

Bibliografía 81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de un paciente con pre-ingreso 38

Tabla N°2: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de un paciente sin pre-ingreso 38

Tabla N°3: Tiempo promedio que tarda el ejecutivo en comunicarse con la compañía de seguro 39

Tabla N°4: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta con pacientes sin pre-ingreso 39

Tabla N°5: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta con pacientes con pre-ingreso 40

Tabla N°6: Tiempo promedio que tardan en comunicarse con la compañía de aseguradora 40

Tabla N°7: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta sobre clave y cobertura del monto 41

Tabla N°8: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de Emergencia 41

Tabla N°9: Tiempo promedio que tarda el proceso de comunicación con el seguro para confirmar póliza 42

Tabla N°10: Tiempo promedio que tarda en comunicarse con la empresa de seguro 42

Tabla N°11: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta sobre clave y cobertura del monto (Emergencia) 43

Tabla N°12: Tiempo promedio del proceso de admisión de pacientes con pre-ingreso 58

Tabla N°13: Tiempo promedio del proceso de admisión de pacientes sin pre-ingreso 58

Tabla N°14: Tiempo promedio del proceso de admisión de emergencia 59

Tabla N°15: Impacto de las causas – raíces del tiempo de espera del paciente durante el proceso de admisión 65

Tabla N°16: Impacto de las causas – raíces del retraso en el proceso de facturación 65

Tabla N°17: Impacto de las causas – raíces del retraso en el proceso de cobranza 65

Tabla N°18: Impacto de las causas – raíces del tiempo de espera del paciente durante el proceso de emergencia 66

Tabla N°19: Costos asociados a la propuesta de bajo costo 76

Tabla N°20: Costos asociados a la propuesta de medio costo 76

Tabla N°21: Costos asociados a la propuesta de alto costo 77

Tabla N°22: Indicadores de Gestión para el Departamento de Admisión 78

Tabla N°23: Indicadores de Gestión para el Departamento de Facturación 78

Tabla N°24: Indicadores de Gestión para el Departamento de Cobranza 79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Ingreso a la clínica por el servicio de cirugía, maternidad y hospitalización 44

Gráfico N°2: Ingreso a la clínica según la forma de pago 45

Gráfico N°3: Tiempo que está dispuesto a esperar el cliente por el proceso de admisión 45

Gráfico N°4: Elaboración del proceso de pre-ingreso por parte del cliente 46

Gráfico N°5: Razón por la cual el paciente no realiza el proceso de pre-ingreso 46

Gráfico N°6: Calidad del servicio brindado por el personal de admisión 47

Gráfico N°7: Motivo por el cual se ha visto afectado el proceso de egreso del cliente 47

Gráfico N°8: Quejas del cliente sobre el proceso de admisión 48

Gráfico N°9: Calificación general del proceso de admisión por parte del cliente 48

Gráfico N°10: Quejas del cliente sobre el proceso de cobranza 49

Gráfico N°11: Calidad del servicio brindado por el personal de cobranza 49

Gráfico N°12: Calificación general del proceso de cobraza por parte del cliente 50

Gráfico N°13: Ingreso a la clínica según la forma de pago 52

Gráfico N°14: Tiempo que está dispuesto a esperar el cliente por el proceso de admisión 53

Gráfico N°15: Calidad del servicio prestada por el personal de admisión de emergencia 53

Gráfico N°16: Motivo por el cual se ha visto afectado el proceso de egreso del cliente 54

Gráfico N°17: Quejas del cliente sobre el proceso de admisión de emergencia 54

Gráfico N°18: Calificación general del proceso de admisión de emergencia 55

Gráfico N°19: Quejas del cliente sobre el proceso de cobranza 55

Gráfico N°20: Calificación general del proceso de cobranza por parte del cliente 56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Cuadro de Metodología 20

Figura N°2: Diagrama causa-efecto del Tiempo de espera el cliente durante el Proceso de Admisión 61

Figura N°3: Diagrama causa-efecto del Retraso en el Proceso de Facturación 62

Figura N°4: Diagrama causa-efecto del Retraso en el Proceso de Cobranza 63

Figura N°5: Diagrama causa-efecto del Tiempo de espera del cliente durante el Proceso de Emergencia 64

Figura N°6: Matriz de selección de soluciones del Tiempo de espera del cliente durante el proceso de Admisión 68

Figura N°7: Matriz de selección de soluciones del Tiempo de espera del cliente durante el proceso de Admisión 69

Figura N°8: Matriz de selección de soluciones del Retraso en el Proceso de Facturación 69

Figura N°9: Matriz de selección de soluciones del Retraso en el Proceso de Cobranza 70

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos A

A .1: Organigrama General de la Gerencia Administrativa 82

A.2: Organigrama General del Departamento de Admisión 82

A.3: Organigrama General del Departamento de Facturación 83

A.4: Organigrama General del Departamento de Cobranza 83

Anexos B

B .1: Flujograma del proceso de Elaboración de Presupuestos 84

B.2: Flujograma del proceso de Pre-ingreso 85

B.3: Flujograma del proceso de Ingreso por Hospitalización 86

B.4: Flujograma del proceso de Ingreso Ambulatorio 87

B.5: Flujograma del proceso de Ingreso por Emergencia 88

B.6: Flujograma del proceso de Facturación de pacientes hospitalizados 92

B.7: Flujograma del proceso de Paciente que va a ser admitido y presenta saldo deudor 94

B.8: Flujograma del proceso de Cobranza de paciente con Seguro o Compañía Convenio 95

B.9: Flujograma del proceso de Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio 97

B.10: Flujograma del proceso de Gestiones Especiales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio 100

B.11: Flujograma del proceso de Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas Particulares 102

B.12: Flujograma del proceso de Nota de Crédito 103

B.13: Flujograma del proceso de Convenio de pago 104

B.14: Flujograma del proceso de Reintegros 105

B.15: Flujograma del proceso de Seguimiento de Cuentas por Convenio de Pago 106

B.16: Flujograma del proceso de Reclamos de Cuenta Facturada 108

B.17: Flujograma del proceso de Control de Cuenta del Paciente Hospitalizado 109

B.18: Flujograma del proceso de Cuenta de Tratamiento que pasa a ser Quirúrgica 112

B.19: Flujograma del proceso de Elaboración de las Estadísticas de deudas con Empresas de Seguro y Compañía Convenio 113

B.20: Flujograma del proceso de Atención al Médico 114

B.21: Flujograma del proceso de Envío de Cuentas por Cobrar al Abogado Externo 115

Anexos C

C.1: Modelo de Encuesta realizada a los clientes de Clínica El Ávila por el servicio de Maternidad, Hospitalización y Cirugía 116

C.2: Modelo de Encuesta realizada a los clientes de Clínica El Ávila por el servicio de Emergencia 118

Anexos D

D.1: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Admisión General 120

D.2: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Facturación General 121

D.3: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Cobranza General 121

D.4: Modelo de Entrevista realizada al Personal Admisión de Emergencia 122

SINOPSIS

El siguiente Trabajo Especial de Grado está dirigido a analizar y proponer mejoras a los procesos operativos internos de los Departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza de Clínica El Ávila, con el fin de mejorar e incrementar la calidad de los servicios, generando así una mejor percepción del cliente hacia la Institución.

Para el desarrollo del proyecto fue necesario conocer cada uno de los procesos internos de los Departamentos involucrados, así como también identificar, analizar y establecer las variables asociadas con los procesos operativos de la Gerencia Administrativa, específicamente en los Departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza.

Entre las herramientas utilizadas para lograr los objetivos del proyecto se encuentran: entrevistas realizadas a los empleados de los departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza , encuestas a los clientes, diagramas causa-efecto, flujogramas de despliegue, estudios de tiempos, observaciones directas, estudios técnico-económico y matrices de selección de soluciones, las cuales facilitaron la recolección, clasificación y análisis de los datos, así como también el diseño y selección de las propuestas de mejoras.

A través de las observaciones directas se detectaron una serie de irregularidades, los resultados más relevantes de las observaciones fueron las siguientes: comunicación con las aseguradoras, mala planificación en cuanto a la asignación de habitaciones, inexistencia de base de datos para pacientes que ya han ingresado más de una a emergencia, falta de registro de facturas en los departamentos de Facturación y Cobranza de emergencia, errores al cargar facturas en el sistema, molestias de los clientes en el proceso de cobranza de emergencia, entre otras.

Una vez realizada las entrevistas a los empleados de los departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza se pudo determinar, que cuando el paciente no realiza el pre-ingreso el proceso del ingreso es más largo, esto se debe a que el paciente no tiene la carta aval y por lo tanto tiene que esperar largos períodos de tiempo por la respuesta de la compañía aseguradora en cuanto a clave y monto de cobertura; otros problemas detectados en las entrevistas es que el proceso de cobranza se ve afectado porque no recibe a tiempo las facturas del departamento de facturación y además en algunas ocasiones se envían facturas con errores.

En cuanto a las encuestas realizadas a los clientes, estas arrojaron como resultados: procesos de Admisión, Facturación y Cobranza con demoras, clientes dispuestos a esperar a lo sumo una hora para realizar proceso de admisión, cantidad considerable de pacientes no realiza el proceso de pre-ingreso, por motivos del seguro y cobranza el proceso de egreso de los pacientes se ve notablemente afectado.

Una vez analizada la situación actual se realizaron matrices de selección de soluciones, con la finalidad de determinar las posibles soluciones y establecer propuestas de mejoras.

Como propuestas de mejoras se planteó la implementación del Sistema SAP Helath Care, el cual soluciona los problemas de registro de facturas, comunicación con los departamentos, asignación de habitaciones, comunicación entre las aseguradoras, presupuestos, entre otras. Se estableció como política de trabajo no permitir el ingreso de pacientes a la clínica sin haber realizado el proceso de pre-ingreso a menos que se trate de una total emergencia, esto con la finalidad de reducir el tiempo de espera del paciente el día del ingreso, realización de presupuestos y pre-ingresos a través de internet mediante la página web de la clínica. Además, se propuso modificar la operaciones de trabajo del proceso de admisión, asignando la habitación al paciente el mismo día que realice el proceso de pre-ingreso.

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del cliente es un requisito en la prestación de los servicios de salud, lo cual crea la necesidad de implementarse en todas las instituciones dispensadoras de servicios de salud y a la vez pueda ser revisada regularmente para lograr mejoras progresivas.

El proceso a través del cual el cliente percibe la satisfacción de su necesidad, se puede representar al colocar al cliente por un lado, con sus necesidades y expectativas, y al proveedor por el otro. En la medida que haya alineación o sintonía entre lo que el cliente desea y lo que el proveedor le brinda, habrá una positiva percepción de calidad que hará crecer la fidelidad del cliente.

Hoy en día, las clínicas privadas son consideradas instituciones de servicio con una alta función social, que además poseen características científicas, técnicas, administrativas y económicas propias de una empresa, aunque con una mayor complejidad, ya que interactúan en un sistema abierto e integrado con componentes normales de la demanda cíclica de servicios de salud. Por lo cual, exige una organización dinámica en continuo perfeccionamiento, dotado de un personal médico y administrativo especializado que trabaje con materiales y equipos de calidad, para dar respuesta a una necesidad real: la ausencia o carencia de salud que produce resultados con impacto tanto en la comunidad como en la misma institución.

Actualmente Clínica El Ávila se ve en la necesidad de revisar los procesos de la Gerencia Administrativa, ya que estos presentan problemas operativos principalmente con sus clientes y aseguradoras, en los procesos de Admisión, Facturación y Cobranza. Estos problemas se deben a que los pacientes tienen que esperar períodos prolongados de tiempo, ya sea para ser admitidos e ingresados a la clínica, o durante el desarrollo de procesos posteriores, como lo son facturación y cobranzas; por otra parte, existen diferencias entre la clínica y las empresas aseguradoras en el momento de realizar los

distintos trámites, generando retrasos en el sistema y por consiguiente quejas en el cliente.

La Gerencia Administrativa es la principal gestión operativa de la organización y constituye la puerta de entrada a través del cual el cliente tiene el primer contacto con la institución, por lo que Clínica El Ávila necesita resolver los problemas que presenta actualmente con la finalidad de ofrecer a los clientes un servicio impecable y satisfactorio en donde se le trasmita un estatus de alto nivel de servicio, ya que la percepción del mismo es la que determina la excelencia del servicio.

Por tal motivo, el objetivo primordial de este Trabajo Especial de Grado es analizar cada uno de los procesos operativos del Departamento de Admisión, Facturación y Cobranza para proponer mejoras que incrementen el nivel de los servicios y satisfagan las necesidades de sus clientes.

CAPÍTULO I
DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

CAPÍTULO I – Definición y Delimitación del Estudio

I.1. Planteamiento del Problema

Clínica El Ávila se inicia en el año 1945, cuando un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela soñaban con construir una institución clínica. Después de graduados, ese primer grupo de médicos comenzaron a ejercer su carrera fuera de la capital y convencieron a otro pequeño grupo de colegas para unirse y comenzar la construcción de la Clínica El Ávila en Caracas. Y no fue hasta el 16 de junio de 1951 cuando se crea "en papel" la Asociación Médica de Clínica El Ávila. Esta corriente de 12 médicos inició la construcción del pequeño edificio de dos pisos y al mismo tiempo, se fueron más colegas al proyecto.

Ya para el año 1961, se abren los primeros consultorios y tres años después, con la construcción del tercer piso, se comienzan a brindar al público los servicios de hospitalización. Para 1964, la clínica contaba con el soporte profesional de 60 médicos y una capacidad de 32 camas. Veinte años más tarde, se realiza una primera ampliación y la comunidad médica aumentó a 240 profesionales y 100 habitaciones.

La filosofía de la Clínica El Ávila siempre ha sido la excelencia en atención y en asistencia médica. Esta clínica se encuentra dentro de un proceso constante de formación profesional y actualización de su personal con el firme compromiso de mantenerse actualizados en cuanto a tecnología de equipos médicos. Tiene entre su misión la de promover la salud en su comunidad y brindar todos los servicios médicos que garanticen la vida de quienes atienden.

Para Clínica El Ávila es indispensable proveer un excelente servicio y atención al cliente como elemento diferenciador y ventaja competitiva de la empresa. Crecer es indispensable, y es por ello que para la captación de nuevos clientes la empresa desea transmitir un estatus de alto nivel de servicio.

La Gerencia de Admisión, Facturación y Cobranzas de Clínica el Ávila constituye la principal gestión operativa de la organización, es considerada el centro de control que autoriza y garantiza el acceso del paciente a los productos y servicios que ofrece dicha institución, cumple además otras funciones vitales como son los procesos de facturación y cobranzas, e incidentalmente se considera que está involucrada en el mercadeo y la relación con el cliente, ya que es la puerta de entrada a través del cual el paciente tiene su primer contacto con la organización.

Actualmente, Clínica EL Ávila presenta problemas operativos en la Gerencia Administrativa, principalmente con sus clientes y aseguradoras, en los procesos de admisión, facturación y cobranza. Estos problemas se deben a que los pacientes tienen que esperar períodos prolongados de tiempo, ya sea para ser admitidos e ingresados a la clínica, o durante el desarrollo de procesos posteriores, como lo son facturación y cobranzas; por otra parte, existen diferencias entre la clínica y las empresas aseguradoras en el momento de realizar los distintos trámites, generando retrasos en el sistema y por consiguiente quejas en el cliente.

En su afán de mejorar la calidad de los servicios y generar una mejor percepción inicial por parte del cliente hacia la Institución , Clínica El Ávila, se ve en la necesidad de revisar los procedimientos desarrollados en la Gerencia Administrativa (admisión, facturación y cobranza) específicamente en los servicios de hospitalización, emergencia, cirugía y maternidad, con el fin de analizarlos y proponer mejoras que incrementen el nivel de los servicios y satisfagan las necesidades de sus pacientes.

I.2. Objetivo general

Analizar y proponer mejoras a los procesos de admisión, facturación y cobranza en los servicios de hospitalización, emergencia, cirugía y maternidad en una clínica de la zona metropolitana.

I.3. Objetivos específicos

- Levantar la situación actual de los procesos de admisión, facturación y cobranza, en los servicios de hospitalización, emergencia, cirugía y maternidad.
- Diagnosticar la situación actual de los procesos de admisión, facturación y cobranza, en los servicios de hospitalización, emergencia, cirugía y maternidad, a fin de determinar sus posibles fallas.
- Diseñar las propuestas de mejoras para el proceso.
- Evaluar técnica y económicamente las propuestas.
- Definir los indicadores de gestión que permitirán medir, corregir y mejorar continuamente los procesos.

I.4. Alcance y limitaciones

El estudio se realizará en la Clínica El Ávila, situada en la urbanización Altamira, Av. San Juan Bosco con Sexta Transversal.

El proyecto se concentrará en la Gerencia de Admisión, Facturación y Cobranza, específicamente en los servicios de hospitalización, emergencia, cirugía y maternidad.

Se analizarán los procedimientos y procesos relacionados con la función: "servicio y atención al paciente" únicamente en la áreas antes mencionadas, y con el propósito central de proponer mejoras que impacten positivamente la gestión de servicio de la empresa. No se llevará a cabo la implementación de las mejoras propuestas a efectos del trabajo de grado.

CAPÍTULO II
LA EMPRESA

CAPÍTULO II – La Empresa

II.1. Descripción de la Empresa

Clínica El Ávila está situada en la urbanización Altamira, tiene casi 50 años brindando atención médica de alto nivel profesional a la comunidad. "Su salud es lo más importante para nosotros y en un momento de emergencias o complicaciones, tiene que estar en manos de los mejores".

El norte de la Clínica El Ávila siempre ha sido la excelencia en atención y en asistencia médica, en un proceso constante de formación profesional y actualización del personal y con el firme compromiso de mantenerse actualizados en cuanto a tecnología de equipos médicos.

"Asumimos la misión de promover la salud en nuestra comunidad y brindar todos los servicios médicos que garanticen la vida de quienes atendemos."

Clínica El Ávila garantiza la atención de todos los pacientes, en las mejores condiciones posibles, sin tomar en cuenta la raza, el credo o la condición social de la persona y con los más altos valores morales y éticos del equipo médico.

La historia de la Clínica El Ávila se remonta al año 1945, cuando un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad Central de Venezuela soñaban con construir una institución clínica. En ese entonces, la idea sólo era un sueño de un grupo de jóvenes idealistas que aún no se habían graduado.

Después de graduados, ese primer grupo de médicos comenzaron ejercer su carrera fuera de la capital y convencieron a otro pequeño grupo de colegas para unirse y comenzar la construcción de la Clínica El Ávila en Caracas. Y no fue sino hasta el 16 de junio de 1951 cuando se crea " en papel" la Asociación Médica de Clínica El Ávila.

Sin mucho dinero pero con muchas ilusiones y perseverancia, emprendieron "la conquista" de la capital para montar la tan ansiada institución, en una zona en aquel entonces en pleno crecimiento urbanístico: Altamira. Un grupo de 12 médicos iniciaron

la construcción del pequeño edificio de 2 pisos y al mismo tiempo, se fueron uniendo más colegas al proyecto.

Ya para el año 1961, se abren los primeros consultorios y tres años después, con la construcción del tercer piso, se comienzan a brindar al público los servicios de hospitalización. Para 1964, la clínica ya contaba con el soporte profesional de 60 médicos y una capacidad de 32 camas. Veinte años más tarde, se realiza una primera ampliación y la comunidad médica aumentó a 240 profesionales y 100 habitaciones.

La trayectoria atestigua una búsqueda constante de excelencia en el servicio médico asistencial. En Venezuela, fueron los primeros en realizar un transplante completo de corazón y los primeros también en lograr una reproducción in Vitro (1986). Han sido muchos los logros obtenidos por los profesionales de la Clínica, con visión de futuro y vocación de servicio.

El reclutamiento de médicos de altísima calificación y de otros profesionales de la salud o de apoyo administrativo y gerencial es constante. Casi medio siglo de servicio a los pacientes, se debe a la perseverancia en la conformación de un equipo humano de elevado y reconocido nivel profesional.

En el presente Clínica El Ávila practica una política de crecimiento y le da cabida a nuevas generaciones de doctores, que terminan forjándose dentro de la comunidad médica.

II.1.1. Gerencia Administrativa de Clínica El Ávila

La Gerencia Administrativa de la Clínica El Ávila está integrada por el Departamento de Admisión, Facturación y Cobranza. Estos departamentos dan soporte al eje central de la actividad que se realiza en dicha Clínica. En gran medida, la gestión del centro depende de la información elaborada en esta área.

La estructura organizativa de la Gerencia Administrativa se muestra en (Ver Anexo A.1).

II.1.1.1 Departamento de Admisión

Es el encargado de llevar a cabo las tramitaciones correspondientes para el ingreso de los pacientes a la Clínica El Ávila, tanto hospitalaria electiva, ambulatoria como de emergencia.

Las actividades que realiza el departamento son la elaboración de presupuestos, atención de reclamos y solución a los problemas de los pacientes, ya sean ambulatorios, hospitalizados u otros casos externos, en general todo lo relacionado a la atención al público.

Visión

"Brindar una atención óptima hacia el cliente; partiendo de la obtención de herramientas a nivel de estructuras que permitan atender a los clientes. Mejorar el nivel de capacitación de los empleados mediante la implementación de cursos de adiestramiento".

Misión

- Optimización de todos los procesos de admisión (emergencia, casos electivos, etc.), en base a las empresas aseguradoras y a las empresas filiales, para adaptar sus procesos a los procesos del Departamento
- Agilización de procesos para el cliente.
- Tener una mejor comunicación con todas las empresas (aseguradoras y fondos ADM), con las cuales se relaciona para facilitar la fluidez del trabajo.
- Implementación del sistema (herramientas, máquinas, etc.) que mejorarán la fluidez de los procesos.
- Adiestramiento al personal para comprender los procesos y puedan satisfacer a los pacientes.
- Diversos cursos de mejoramiento para el personal, en conjunto con la Gerencia de Recursos Humanos con una frecuencia aproximada de 6 meses.

Valores y Principios

- Integridad
- Confianza mutua
- Orientación al cliente
- Paciencia
- Respeto en el trato.

Cartera de Productos

- Gestión de ingresos.
- Control de camas.
- Estadísticas de operación (% de ocupación, tratamientos, cirugías, partos, obstetricia, relación de pacientes particulares/pacientes con seguros, relación de pacientes hospitalizados/pacientes ambulatorios, egresos).
- Estadísticas de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios de CIA y emergencia.
- Trámites con empresas aseguradoras (cartas avales, extensiones de cobertura).
- Elaboración de presupuestos.
- Convenios especiales con Compañías de seguros, (negociaciones para términos y plazos de pago).
- Trámites de excesos de coberturas.
- Planes especiales de fines de semana/ planes especiales de partos y cesáreas.

La estructura organizativa del Departamento de Admisión se muestra en (Ver Anexo A.2).

II.1.1.2 Departamento de Facturación

Recibe toda la información acerca del consumo de cada paciente hospitalizado para el proceso de facturación a su egreso de la misma. Esta facturación es generada por cada unidad tratante del paciente. Cada unidad envía sus facturas (físico) al Departamento de Facturación.

Visión

Departamento automatizado en donde de manera organizada se puedan elaborar las facturas para los clientes, imprimir y verificar la veracidad de los cargos realizados a las cuentas de los mismos para dar lugar al egreso.

Misión

Implantación de un sistema automatizado que permita discriminar a nivel de pisos los cargos a cada paciente, a fin de agilizar los egresos; disminuir la carga de trabajo para el Departamento, para que éste pueda entonces encargarse de imprimir y verificar la veracidad de los consumos cargados.

Valores

- Confianza
- Honestidad
- Trabajo en equipo

Cartera de productos

- Cargos manuales de los consumos de pacientes (salvo cargos de farmacia, laboratorio y radiología).
- Cortes de cuentas.
- Emisión de facturas de liquidación a seguros y personas particulares.
- Comunicación con los distintos departamentos para la alimentación de cargos en el sistema.

La estructura organizativa del Departamento de Facturación se muestra en (Ver Anexo A.3).

II.1.1.3 Departamento de Cobranza

Es el responsable de la tramitación y coordinación de las operaciones para la liquidación de las cuentas de los pacientes hospitalizados con seguros y particulares, así como también solución de casos especiales, convenios de pagos, atención de las inquietudes de los pacientes o médicos, entre otros.

Visión

Disponer de un departamento automatizado en donde se centralice todas las cuentas a cobrar de los clientes particulares y empresas aseguradoras; así como también liquidar las facturas de los seguros, de la misma manera que se encargue de negociar con estas empresas.

Misión

- Mantener al día la cartera de clientes conformada por particulares y Seguros.
- Aumentar el soporte tecnológico para que permita verificar los cargos de manera más rápida y eficiente.

Valores y Principios

- Personal identificado con el trabajo
- Responsabilidad
- Compañerismo
- Solidaridad
- Trabajo en equipo.

Cartera de Productos

- Cortes de cuenta.
- Gestión de cobranza para aseguradoras y particulares.
- Verificación de recaudos para la liquidación de facturas.
- Reportes de estadísticas mensuales para la Junta Directiva.
- Desglose y envio de facturas a los Seguros, Taquillas.

La estructura organizativa del Departamento de Cobranza se muestra en (Ver Anexo A.4).

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO III – Marco Teórico

III.1 El Servicio como expresión de Calidad

1. **Definición.** Servicio es el conjunto de atenciones que el cliente espera. Es algo más que amabilidad, aunque una sonrisa no está de más. Sin cliente no hay empresa y sin servicio no hay cliente. La sobrevivencia en las instituciones de salud depende de la calidad del servicio.

2. **Impacto del servicio**. Un servicio puede generar un impacto positivo en el cliente, cuando:

   - Es oportuno
   - Hay un buen ambiente
   - Es amable
   - Se aceptan sus reclamos
   - Es personalizado
   - Es cómodo
   - Es diversificado
   - Es integral
   - Es humanizado

3. **Características del servicio**

   "Según Rey de Astaiza":

   - El servicio se produce en el momento que se presta, no se puede preparar previamente, ni almacenar.
   - El servicio no puede demostrarse antes de que se produzca, ni se pueden enviar al cliente muestras de servicio.
   - El servicio no puede medirse porque es intangible.
   - El servicio recibido no puede pasarse a otra persona, es una experiencia personal.

- El servicio mal prestado no puede subsanarse. La única manera de satisfacer es ofreciéndole excusas.
- Las expectativas del cliente deben ser tenidas en cuenta.

4. **¿Quién es nuestro cliente?**

- Es la persona más importante de cualquier hospital.
- No depende de nosotros, nosotros dependemos de él.
- Es el objetivo de nuestro trabajo.
- Nos hace un favor cuando viene, no le hacemos un favor atendéndolo.
- Es parte de nuestro oficio.
- Es una persona de sentimientos y merece un trato respetuoso.
- El paciente es el alma de todos los hospitales.
- Sin él tendremos que cerrar la institución.

5. **¿Satisfacción del cliente?**

El cliente es cada vez más exigente, y las instituciones que sobresalen son aquellas que tienen en cuenta las expectativas del usuario. De allí que las encuestas de satisfacción son medidas indirectas del impacto en el servicio.

La valoración de la satisfacción del cliente se hace después de haber recibido el servicio y tiene los siguientes objetivos:

- Conocer el grado de satisfacción con la atención recibida.
- Detectar los aspectos que le producen satisfacción o insatisfacción.
- Conocer que otros aspectos considera el cliente como importantes.

Establecer los correctivos necesarios para modificar los aspectos negativos detectados por el cliente.

6. **Principios del servicio**

- El cliente es el único juez de la calidad del servicio.

- El cliente es quien determina el nivel de excelencia del servicio y siempre quiere más.
- La institución, a través del servicio, se distingue de sus competidores.
- La empresa debe conocer las expectativas del cliente.
- En el servicio no hay términos medios. Hay que aspirar a la elección de cero errores.
- El cliente siempre detecta lo que no funciona.

La verdadera diferencia, hoy en día, entre las instituciones de salud, radica en la calidad de servicio que brinda a sus pacientes.

III.2 Herramientas Utilizadas

- **Diagrama Causa-Efecto**

Es la representación de varios elementos (causas) de un sistema que pueden contribuir a un problema (efecto). Se conoce también como Diagrama de Ishikawa o Diagrama de Espina de Pescado y es utilizado para identificar las posibles causas de un problema específico. Constituye una herramienta efectiva para estudiar procesos y situaciones, y para desarrollar un plan de recolección de datos.

- **Matriz de Selección**

Es un enfoque sistemático que permite que surjan las mejores soluciones posibles, estableciendo prioridades a través del uso de criterios específicos. La matriz de selección de soluciones promueve la creatividad, estructura el proceso de pensamiento para obtener información útil sobre la implantación de soluciones y ayuda a concentrarse en las mejoras más significativas. Esta matriz consta de seis columnas, las cuales presentan la siguiente información:

1. Enunciado del problema.
2. Causas básicas verificadas.
3. Soluciones (puede haber mas de una para cada cusa básica).

4. Establecimiento por consenso del grado de: influencia, facilidad de implantación y beneficio. (Medidas en una escala del 1 al 3, donde 1 representa el mínimo valor y 3 el máximo valor.
5. Multiplicación de las cifras obtenidas para conocer el total.
6. Selección de las soluciones preferidas.

- **Estudio de Tiempo**

Actividad que implica la técnica de establecer un estándar de tiempo permisible para realizar una tarea determinada, con base en la medición del contenido del trabajo del método prescrito, con la debida consideración de la fatiga y las demoras personales y los retrasos inevitables.

Los estudios de tiempo se realizan con el objeto de:

1. Minimizar el tiempo requerido para la ejecución de trabajos.
2. Conservar los recursos y minimizar los costos.
3. Efectuar la producción sin perder de vista la disponibilidad de energéticos o de la energía.
4. Proporcionar un producto que es cada vez más confiable y de alta calidad.

- **Flujogramas o Diagramas de Flujo**

El Flujograma o Diagrama de Flujo, consiste en representar gráficamente hechos, situaciones, movimientos o relaciones de todo tipo, por medio de símbolos. Es un diagrama que expresa gráficamente las distintas operaciones que componen un procedimiento o parte de este, estableciendo su secuencia cronológica. Según su formato o propósito, puede contener información adicional sobre el método de ejecución de las operaciones, el itinerario de las personas, las formas, la distancia recorrida el tiempo empleado, etc. Es importante ya que ayuda a designar cualquier representación gráfica de un procedimiento o parte de este, como su nombre lo indica, representa el flujo de información de un procedimiento.

Según sea el propósito existen varios tipos de flujogramas, en este trabajo especial de grado se utilizó el Flujograma de Método (¿cómo se hace?), los cuales son útiles para fines de adiestramiento y presentan además la manera de realizar cada operación de procedimiento, por la persona que debe realizarla y dentro de la secuencia establecida. Se usa el formato vertical.

- **Indicadores de Gestión**

Un indicador es una magnitud que expresa el comportamiento o desempeño de un proceso, que al compararse con algún nivel de referencia permite detectar desviaciones positivas o negativas. También es la conexión de dos medidas relacionadas entre sí, que muestran la proporción de la una con la otra.

El trabajar con indicadores, exige el disponer de todo un sistema que abarque desde la toma de datos de la ocurrencia del hecho, hasta la retroalimentación de las decisiones que permiten mejorar los procesos.

En la construcción y en la revisión de indicadores se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

1. **Definición del indicador**. Expresión matemática que cuantifica el estado de la característica o hecho que se desea controlar. Ejemplos, cantidad de defectuosos por semana, rotación del personal, número de accidentes mensuales, porcentaje de incumplimiento del estándar, errores por informe.
2. **Objetivo del indicador**. Debe expresar el ¿para qué? se utiliza: eliminar, maximizar, sintetizar, tener cero retrasos, etc.
3. **Niveles de referencia**. El acto de medir se realiza con base en la comparación y para ello se necesita una referencia contra la cual contrarrestar el resultado del indicador .Existen varios niveles: el histórico, el estándar, el teórico, el que requieren los usuarios, los de la competencia, los por política, los de consenso y los planificados.
4. **La responsabilidad**. Quien debe actuar de acuerdo al comportamiento del indicador con respecto a las referencias escogidas.

5. **Puntos de lectura e instrumentos**. Se debe definir quién hace, organiza las observaciones y define las muestras y con qué instrumentos.
6. **Periodicidad**. Es fundamental saber con qué frecuencia se deben hacer las lecturas: diaria, semanal o mensualmente.
7. **El sistema de información**. Debe garantizar que los datos obtenidos en las mediciones se presenten adecuadamente (agilidad y oportunidad) al momento de la toma de decisiones, para lograr realizar la realimentación rápida en las actividades.
8. **Consideraciones de gestión**. Se necesita acumular el conocimiento generado por la experiencia en las actividades o procesos y describir los posibles escenarios de acción que se puedan presentar para lograr unos resultados específicos.

- **Entrevistas**

Las entrevistas se utilizan para recabar información en forma verbal, a través de preguntas que propone el analista. Quienes responden pueden ser gerentes o empleados, los cuales son usuarios actuales del sistema existente, usuarios potenciales del sistema propuesto o aquellos que proporcionarán datos o serán afectados por la aplicación propuesta. El analista puede entrevistar al personal en forma individual o en grupos algunos analistas prefieren este método a las otras técnicas que se estudiarán más adelante. Sin embargo, las entrevistas no siempre son la mejor fuente de datos de aplicación.

Dentro de una organización, la entrevista es la técnica más significativa y productiva de que dispone el analista para recabar datos. En otras palabras, la entrevista es un intercambio de información que se efectúa cara a cara. Es un canal de comunicación entre el analista y la organización; sirve para obtener información acerca de las necesidades y la manera de satisfacerlas, así como concejo y comprensión por parte del usuario para toda idea o método nuevos. Por otra parte, la entrevista ofrece al

analista una excelente oportunidad para establecer una corriente de simpatía con el personal usuario, lo cual es fundamental en transcurso del estudio.

- **Encuestas**

Son instrumentos que, a manera de cuestionarios permiten renovar una información.

Las encuestas se realizan para:

1. Detectar nivel de satisfacción del cliente.
2. Conocer los efectos de un programa de mejoramiento.
3. Medir la distancia entre lo efectuado y o que aún falta por desarrollar
4. Conocer anticipadamente las reacciones ante posibles cambios.
5. Tener una imagen más directa de las características de los clientes.

Criterios para evaluar encuestas

Para el diseño de las encuestas se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Las preguntas deben ser claras, sencillas y fáciles de comprender.
2. Las preguntas deben tener varias opciones.
3. La encuesta debe ser imparcial.
4. La encuesta debe tener interés para el encuestado.
5. Hay que evitar el exceso de encuesta.
6. Cada pregunta sólo debe originar una respuesta.

CAPÍTULO IV
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV – Marco Metodológico

IV.1. Metodología

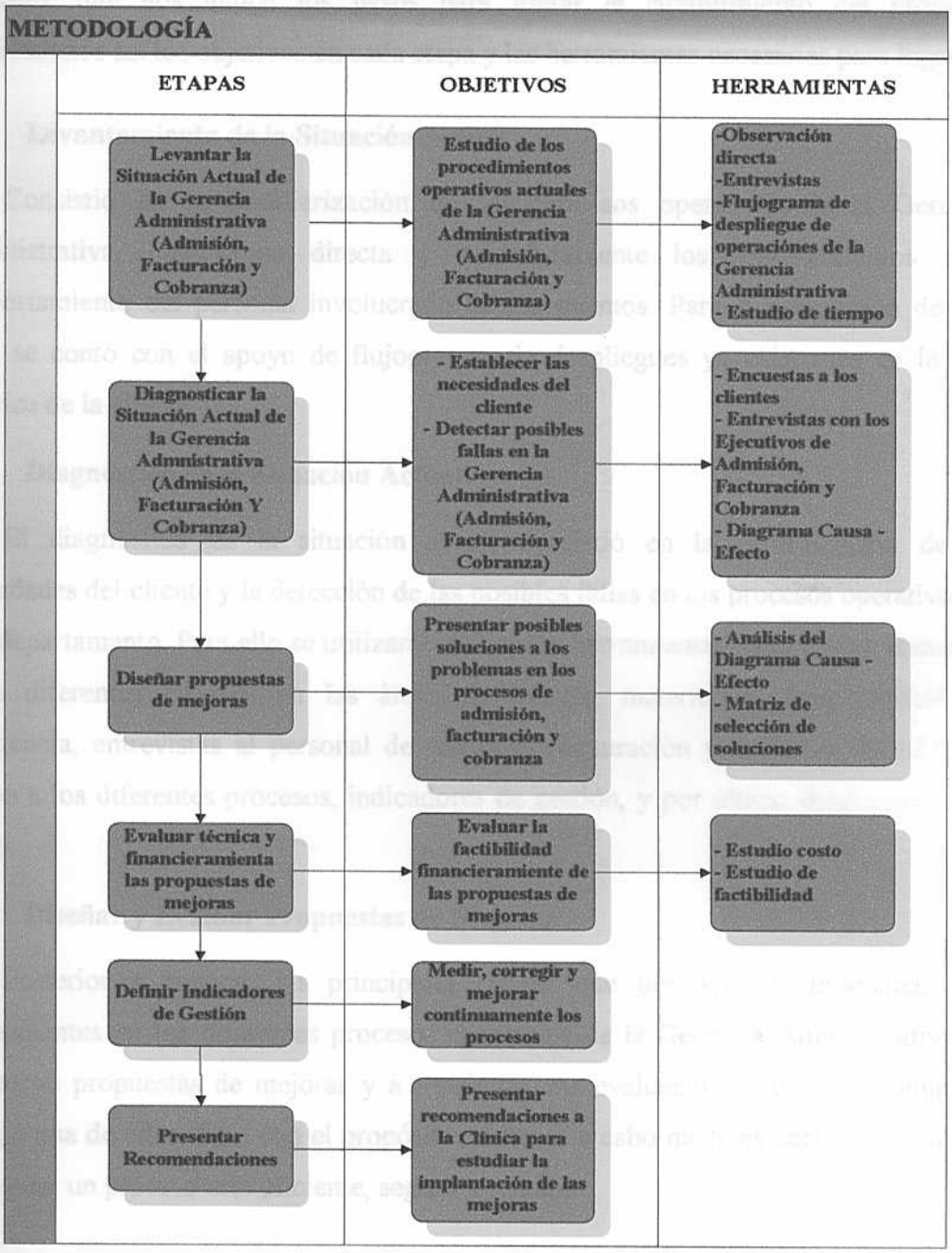


Figura N°1: Cuadro de Metodología

Para todo proyecto es de importancia fundamental que los hechos y relaciones que establece los resultados obtenidos o nuevos conocimientos, tengan el grado máximo de exactitud y confiabilidad. Para ello se planteó una metodología o procedimiento ordenado, que nos indica los pasos para lograr el cumplimiento del proyecto, definiéndonos así los objetivos en cada etapa y las herramientas necesarias para lograrlo.

- **Levantamiento de la Situación Actual**

Consistió en la familiarización de los procesos operativos de la Gerencia Administrativa, observando directa y cuidadosamente los procedimientos y el comportamiento del personal involucrado en los mismos. Para la realización de esta etapa se contó con el apoyo de flujogramas de despliegues ya existentes en la data histórica de la clínica.

- **Diagnóstico de la Situación Actual**

El diagnóstico de la situación actual consistió en la identificación de las necesidades del cliente y la detección de las posibles fallas en los procesos operativos de cada departamento. Para ello se utilizaron diferentes herramientas, tales como: encuestas a los diferentes clientes en las áreas de cirugía, maternidad, hospitalización y emergencia, entrevistas al personal de admisión, facturación y cobranza, estudios de tiempo a los diferentes procesos, indicadores de gestión, y por último diagramas causa efecto.

- **Diseñar y Evaluar Propuestas de Mejoras**

Posterior a conocer las principales causas que originan los problemas más determinantes en los diferentes procesos operativos de la Gerencia Administrativa, se plantearon propuestas de mejoras y a través de una evaluación técnica económica se escogió una de ellas. Esto con el propósito de llevar a cabo medidas correctivas en aras de obtener un proceso más eficiente, seguro y rentable.

- **Definir Indicadores de Gestión**

Durante esta etapa se plantearon indicadores de gestión que permitieron medir, mejorar y corregir continuamente los procesos. Estos indicadores se construyeron a partir del uso de bibliografía especializada y en base de las necesidades de la organización.

- **Conclusiones y Recomendaciones**

En esta última etapa del proyecto se emitieron conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos y las propuestas de mejoras factibles.

CAPÍTULO V – Levantamiento de la Situación Actual

V.1. Descripción del proceso operativo de la Gerencia Administrativa

V.1.1 Departamento de Admisión

Se encarga de realizar todas las tramitaciones correspondientes para el ingreso de los pacientes a la Clínica El Ávila. Las actividades que realiza el departamento son: la elaboración de presupuestos, atención de reclamos y solución a los problemas de los pacientes, ya sean ambulatorios, hospitalizados u otros casos externos, en general todo lo relacionado a la atención al público.

A continuación se describen los procesos operativos internos que se llevan a cabo en el Departamento de Admisión:

- **Elaboración de Presupuestos**

El Recepcionista de Admisión recibe del paciente el presupuesto de honorarios médicos, éste ubica al Ejecutivo de Admisión el cual se encarga de generar por el sistema tres copias del presupuesto, para luego ser entregado al paciente dos de esas copias junto con el presupuesto de honorarios médicos. Una vez finalizado el proceso el Ejecutivo de Admisión archiva la copia restante. (Ver Anexo B.1)

- **Pre-Ingreso**

El Recepcionista de Admisión atiende al paciente, le entrega el registro de admisión y le solicita los documentos necesarios, que son: carta aval, presupuesto, informe médico, fotocopia de la cédula del paciente y responsable del registro de admisión. Una vez entregados los documentos, el Recepcionista de Admisión ubica al Ejecutivo de Admisión disponible, quien se encarga de verificar si el paciente presenta saldo deudor. En caso de mostrar saldo deudor, el paciente es remitido al Departamento de Cobranza, donde es atendido como paciente que va a ser admitido y presenta saldo deudor; de lo contrario, el Ejecutivo de Admisión comprueba si la cobertura del seguro es total, de ser así, archiva los documentos entregados en la carpeta de pre-ingreso.

Cuando la cobertura no es total se le notifica al paciente el monto a cancelar, este lo cancela en caja y entrega al Ejecutivo de Admisión el recibo de depósito, que posteriormente lo archiva junto con los documentos entregados en la carpeta de pre-ingreso. (Ver Anexo B.2)

- **Ingreso Hospitalización**

El paciente se presenta en admisión el día pautado para su ingreso, el Recepcionista lo recibe, lo ubica en la lista de asignación de habitaciones y verifica si el paciente tiene pre-ingreso. Si el paciente presenta pre-ingreso, se le asigna el número de habitación y se ubica a un Ejecutivo de Admisión que se encarga de buscar el expediente archivado y de generar el contrato de admisión. Una vez generado el contrato de admisión lo firma el responsable de la cuenta; luego de esto el Ejecutivo de Admisión une el contrato con el expediente del paciente y lleva al paciente a la habitación asignada, le entrega las llaves y el control remoto previamente solicitado a la secretaría de piso. Concluido este procedimiento el Ejecutivo de Admisión desglosa el expediente del paciente en dos partes, que van a ser enviadas al Departamento de Admisión y Facturación. Cuando el paciente no presenta pre-ingreso, debe efectuarlo en el momento de su llegada; realizado el pre-ingreso se siguen los pasos mencionados anteriormente. (Ver Anexo B.3)

- **Ingreso Ambulatorio**

El paciente se presenta en admisión el día pautado para su ingreso, el Recepcionista lo recibe, lo ubica en la lista de plan quirúrgico y verifica si el paciente tiene pre-ingreso. Si el paciente presenta pre-ingreso, se ubica a un Ejecutivo de Admisión que se encarga de buscar el expediente archivado y de generar el contrato de admisión. Una vez generado el contrato de admisión lo firma el responsable de la cuenta; luego de esto el Ejecutivo de Admisión une el contrato con el expediente del paciente y lleva al paciente a quirófano con copia de contrato de admisión y etiquetas. Concluido este procedimiento el Ejecutivo de Admisión envía el resto del expediente del paciente a la secretaría de quirófano. Cuando el paciente no presenta pre-ingreso, debe

efectuarlo en el momento de su llegada; realizado el pre-ingreso se siguen los pasos mencionados anteriormente. (Ver Anexo B.4)

- **Ingreso por Emergencia**

El paciente se presenta en la taquilla de admisión de emergencia, el Recepcionista de Admisión de emergencia lo recibe y le entrega el registro de admisión y planilla de seguro. Una vez llenada la planilla por el paciente o responsable se le entrega al Recepcionista de Admisión, quien las recibe y le pide al paciente efectuar depósito, este lo efectúa en caja según el caso; en caja se le entrega al paciente un recibo del depósito efectuado y posteriormente es atendido.

Si el paciente es dado de alta, caja factura todo lo consumido, y en caso de que el paciente tenga seguro o convenio de pago, caja envía el expediente al Ejecutivo de Admisión de emergencia, quien lo recibe y envía por fax la información al seguro; después de esperar la información del seguro recibe la clave y cobertura del monto, se registra en sistema el monto de cobertura, clave y operador. Si la cobertura es total se le informa al paciente o responsable que retire el depósito y que se puede marchar; en caso de que la cobertura no sea total se pasa el expediente a caja. Caja recibe el expediente y posteriormente el pago por parte del paciente o responsable; luego de esto envía el expediente al Ejecutivo de Admisión de emergencia, quien se encarga de enviarlo al Departamento de Cobranza.

En caso de no ser dado de alta el paciente, la secretaria de piso indica la hospitalización del mismo y entrega la orden de ingreso, el informe médico y la orden de presupuesto al Ejecutivo de Admisión de emergencia. El Ejecutivo de Admisión de emergencia recibe estos documentos y genera el presupuesto; si el paciente tiene seguro o convenio de pago el ejecutivo envía por fax la información al seguro, espera respuesta y recibe del seguro la clave y cobertura del monto. Si la cobertura es total se le indica al paciente que puede retirar el monto del depósito, en caso contrario, se le indica al paciente que debe cancelar la diferencia por caja. Seguidamente el Ejecutivo de Admisión llama a admisión principal para asignar la habitación correspondiente; una vez

asignada la habitación se generan tres copias del contrato de admisión, etiquetas y expediente. Posteriormente se dividen los documentos generados y se envían a Secretaría de Piso y a Admisión General. (Ver Anexo B.5)

V.1.2 Departamento de Facturación

Se encarga de recibir toda la información acerca del consumo de cada paciente hospitalizado en la Clínica, para el proceso de facturación a su egreso de la misma. Esta facturación es generada por cada unidad tratante del paciente, las cuales envían sus facturas (físico) al Departamento de Facturación.

A continuación se describe el proceso operativo interno que se lleva a cabo en el Departamento de Facturación:

- **Facturación de Pacientes Hospitalizados**

El Facturador recibe del Departamento de Admisión carta de admisión, depósito, presupuesto y planilla de seguro del paciente, así como también recibe de los diversos departamentos de la clínica las facturas generadas por servicios prestados al paciente durante su hospitalización. Posteriormente los archiva y verifica si las facturas están cargadas en el sistema. En caso de estar cargadas, se archivan en el casillero correspondiente y se genera de manera diaria un corte de cuenta, para llevar un control de la cuenta del mismo. Por su parte, la Secretaría de piso genera un MEMO cuando se le va a dar de alta al paciente y se lo envía al Facturador junto con el resto de la información. Seguidamente, el Facturador genera un corte de cuenta para cerrar la cuenta del paciente; si el monto es correcto, genera la factura general y agrupa junto con los respaldos físicos, que luego son enviados a taquilla y al Liquidador de Cuentas con Seguro para ser utilizados en los procesos de "Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas Particulares" y "Cobranza Paciente con Seguro o Compañía Convenio" respectivamente. En caso de que el monto no sea correcto, el Facturador ubica al departamento que lo crea para solucionar el problema. Solucionado el problema se sigue el mismo procedimiento que cuando el monto es correcto.

Es importante señalar que los Departamentos de la Clínica que se mencionan, son todos aquellos servicios que le son suministrados al paciente hospitalizado desde el momento de su ingreso. (Ver Anexo B.6)

V.1.3 Departamento de Cobranza

Es el encargado de tramitar y coordinar todas las operaciones que se llevan a cabo para la liquidación de las cuentas de los pacientes hospitalizados, así como también darle solución a los casos especiales, convenios de pagos, y atención de las inquietudes de los pacientes o médicos.

A continuación se describen los procesos operativos internos que se llevan a cabo en el Departamento de Cobranza:

- **Paciente que va a ser Admitido y Presenta Saldo Deudor**

Cuando el paciente va a ser admitido y presenta saldo deudor, el Ejecutivo de Admisión remite el caso a taquilla, la cual se encarga de recibirlo, ubicarlo y cobrar el monto vencido. Si el paciente está de acuerdo con el monto, cancela en caja y seguidamente admisión le da ingreso. Pero si el paciente no está de acuerdo con el monto este es remitido al Jefe de Cobranza, quien conoce el caso y ubica los detalles del monto deudor. En caso de tratarse de un error interno por parte de la clínica, cobranza notifica lo sucedido al Departamento de Admisión y este le da ingreso al paciente. Si no se trata de un error interno, el Departamento de Cobranza propone soluciones para gestionar la forma de pago y el paciente es admitido solo si acepta las condiciones de pago, de lo contrario no se le da ingreso al paciente. (Ver Anexo B.7)

- **Cobranza de Paciente con Seguro o Cía. Convenio**

Los Liquidadores de Cuenta con Seguro reciben del Departamento de Facturación la factura y respaldos del paciente hospitalizado, envían vía fax dicha factura y esperan respuesta; posteriormente reciben la hoja de conformación de cobertura y la cargan al sistema. Envían a taquilla factura, hoja de conformación de cobertura y respaldos; taquilla las recibe, verifica si hay nota de crédito e informa al paciente o familiar

autorizado el monto de la cuenta. El paciente o familiar autorizado recibe la información acerca de la cuenta, y si está de acuerdo, cancela la diferencia en caso de que la haya y firma hoja de conformación de cobertura. Seguidamente taquilla genera la boleta de alta y copia de la hoja de conformación de cobertura que posteriormente es enviadla departamentote cobranza específicamente al liquidador de cuenta con seguro quien se encarga de dividir la factura y respaldos en originales y copias. Si los documentos están completos, el liquidador envía los originales a la empresa de seguro o cía. Convenio, esta los recibe, los firma, sella y envía nuevamente al liquidador de cuentas con seguro, que se encarga de remitir la hoja de conformación de cobertura recibida junto con las copias de la factura y respaldo a los Analistas de Cuentas con Seguros que realizan las Gestiones Normales de Cobranza con cuentas con Seguro o Compañía Convenio. Finalmente se efectúa la cancelación de cuentas en caja, el Analista de Cuentas con Seguro recibe la relación de cobro (RC) y archiva. En caso de que los documentos no estén completos, el Liquidador de Cuentas con Seguro ubica los respaldos faltantes en la fuente de emisión del cargo. (Ver Anexo B.8)

- **Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio**

El Analista de Cuentas con Seguro recibe de las Empresas de Seguro o Compañías Convenio la hoja de conformación de cobertura, factura y respaldo, luego ingresa en el sistema la fecha de recibida en el Seguro o Compañía Convenio y archiva por orden correlativo y empresa. El Analista de Cuentas con Seguro establece y mantiene contacto con el Analista o Coordinador de pagos a clínicas de la Empresa de Seguro o Compañía Convenio. Por su parte la Empresa de Seguro o Compañía Convenio se mantiene informado constantemente acerca de las cuentas deudoras e informa la fecha de pago de la cuenta y la forma del mismo al Analista de la clínica. Si la forma de pago es con un depósito, el Analista de Cuentas con Seguro recibe vía fax el comprobante de depósito por parte de la Empresa de Seguro o Compañía Convenio, ubica el depósito en el estado de cuenta bancario, sitúa en el archivo interno las cuentas a cancelar y ubica la compañía en el sistema, descargando así el monto pagado. Cuando la forma de pago es con cheque, el Analista de Cuentas con seguro coordina con un mensajero la búsqueda

del pago. Llegada la fecha del reembolso, el mensajero busca el pago correspondiente (cheque y relación de pago) y entrega al Analista de Cuentas con Seguro, quién se encarga de ubicar en el archivo interno las cuentas a cancelar y situar en el sistema la Compañía, descargándose así el monto pagado.

Si el pago, ya sea con cheque o con depósito es completo, el Analista de Cuentas con Seguro graba la información y genera una relación de cobro (RC). En caso de haber reintegros se siguen los pasos que se describen en el proceso de "Reintegros" y, posteriormente el Analista de Cuentas con Seguro genera relación de cobro (RC) por tres, cheque y factura, y entrega a caja. Caja lo recibe, firma y entrega nuevamente la RC al Analista de Cuentas con Seguro, quién se encarga de guardarla y archivarla. En caso de que el pago no sea completo, el Analista de Cuentas con Seguro registra el monto abonado en el sistema, quedándose como respaldo la relación de pago y el juego de facturas. Posteriormente genera una RC (por tres) y cheque, los cuales entrega a caja. Caja lo recibe, y entrega firmado y sellado al Analista de Cuentas con Seguro, quien se encarga de archivarlo y hacerle un seguimiento al monto restante. (Ver Anexo B.9)

- **Gestiones Especiales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio**

El Analista de Cuentas con Seguro recibe la información sobre fallo de pago y se comunica con la empresa deudora para pedir información. La empresa de seguro o cía. Convenio explica causas del fallo y pauta otra fecha de pago; llegada la fecha el Analista de Cuentas con Seguro procede al cobro de la deuda. Si la deuda es cancelada se siguen los pasos que se explican en "Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio"; en caso contrario, el Analista de Cuentas con Seguro se comunica con el supervisor inmediato de la contraparte en la empresa, este explica causas del fallo y pauta nuevamente otra fecha de pago. Llegada la fecha el Analista de Cuentas con Seguro procede al cobro de la deuda, si la deuda es cancelada se sigue el proceso de "Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio", en caso de no ser así, el Analista se comunica con el Jefe del Departamento y le explica la falta. Posteriormente el Jefe de Cobranza se comunica con la empresa deudora, planifica un

plan de acción y tratan ambas partes de llegar a un acuerdo lo más pronto posible. Llegado el día del acuerdo, el Analista de Cuentas con Seguro se dirige de manera personal a la empresa deudora, y si cancela la deuda se siguen los pasos que se detallan en "Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio", en caso contrario, el Jefe de cobranza suspende el servicio hasta cancelada la deuda. (Ver Anexo B.10)

- **Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas Particulares**

Taquilla recibe da facturación factura y respaldos. Si hay reintegros se sigue el proceso que se describe seguidamente en "Reintegros"; en caso contrario ubica al paciente o familiar autorizado para informarle sobre su cuenta. El paciente recibe la información y si está de acuerdo realiza la cancelación en caja. Posteriormente el paciente recibe de taquilla la boleta de alta y la factura cancelada. En caso de que el paciente no esté de acuerdo con la cuenta pasa a reclamos de cuenta facturada. (Ver Anexo B.11)

- **Nota de Crédito**

Las notas de crédito solo se dan en pacientes con seguro y paquetes. Aparecen cuando lo facturado por Clínica es mayor al monto estipulado entre el Seguro y la Clínica, referente a ese paquete en especifico.

En caso de haber nota de crédito taquilla desglosa las facturas de cuentas tipos paquetes, relaciona en un cuaderno la información y envía al Jefe del Departamento de Cobranza copia de facturas, conformación de cobertura y anexo de nota de crédito. El Jefe de Cobranza las recibe, ubica en el sistema la cuenta, modifica el monto, genera la nota de crédito referente al monto modificado y, finalmente agrupa la nota de crédito, las facturas, la hoja de conformación de cobertura y el anexo de nota de crédito para archivarlas. (Ver Anexo B.12)

- **Convenio de pago**

El paciente expresa o plantea la imposibilidad de cancelar el monto adeudado, el Jefe de Cobranza estudia el caso, trata de obtener la cancelación de la deuda lo más pronto posible. Si por ningún motivo se puede obtener esta cancelación, se ofrece el convenio (Letra de Cambio). El paciente acepta las condiciones del convenio y firma la Letra de Cambio. El Jefe de Cobranza genera el Control del Seguimiento y la Letra de Cambio; el Control de Seguimiento registra la información sobre el nombre del paciente, número de factura, historia y monto adeudado. Así como un registro de las veces contactadas al paciente deudor y los comentarios respectivos. Las Letras de Cambio varían en cantidad según sea el monto adeudado puede ser hasta una sola, en la cual se abona el monto que vaya cancelando el paciente.

El Jefe de Cobranza envía el caso al Analista de Cuentas Particulares, junto con la documentación involucrada (Control de Seguimiento, Letra de Cambio, Facturas), el Analista de Cuentas Particulares recibe la información y hace un Seguimiento de Cuentas por Convenio de Pago. (Ver Anexo B.13)

- **Reintegros**

El Analista de Cuentas con Seguro vacía la información en el sistema e indica al paciente el monto del reintegro. Genera una copia de la conformación de la cobertura, factura y carta de admisión, las relaciona en la carpeta de reintegros (Relación de Saldo Paciente). Posteriormente secretaría de la gerencia recoge la información de soporte sobre los reintegros, firma en la carpeta como recibida, genera cuentas por cobrar pacientes y anticipos de pacientes, genera saldo de paciente, genera memorando explicativo relacionando los respectivos reintegros y por último envía a finanzas todos los documentos generados (conformación de cobertura, factura, carta de admisión, cuentas por cobrar pacientes, anticipos de pacientes, saldo de paciente y memorando). (Ver Anexo B.14)

- **Seguimiento de Cuentas por Convenio de Pago**

El Analista de Cuentas Particulares recibe la información, archiva y se comunica con el paciente y espera la fecha del vencimiento de pago. Si el paciente cancela el total o el último giro, el Analista de Cuentas Particulares se registra en Control de Seguimiento y se cancela la cuenta, se le da al paciente la factura cancelada y la última Letra de Cambio; de no cancelar el total o el último giro, el Analista de Cuentas Particulares registra en Control de Seguimiento el pago, le da al paciente la Letra de Cambio o abono del monto cancelado.

Si el paciente no cancela, el Analista de Cuentas Particulares se comunica con el paciente, e informa el vencimiento del pago y se registra en Control de Seguimiento. El paciente explica las causas de fallo y pauta otra fecha de pago.

Una vez que el paciente pauta otra fecha de pago, se sigue el mismo procedimiento de "Cancelar el Total o Último Giro". De no cancelar, el Analista de Cuentas Particulares vuelve a establecer contacto con el paciente y se registra en Control de Seguimiento. El paciente explica las causas del fallo y pauta otra fecha de pago; el Analista de Cuentas Particulares espera la nueva fecha de pago. Si el paciente cancela, se sigue el mismo procedimiento de "Cancelar el Total o Último Giro". Si el paciente no cancela, el Analista de Cuentas Particulares registra al paciente en Control de Seguimiento y le notifica al Jefe de Cobranza sobre el caso. El Jefe de Cobranza recibe la información y estudia el caso. Autoriza el traspaso del caso al Departamento de Recuperación de Cuentas o al Departamento Legal. (Ver Anexo B.15)

- **Reclamos de Cuenta Facturada**

El paciente o familiar autorizado solicita explicación detallada sobre su facturación porque está inconforme con el monto. El Analista de Cuentas Particulares recibe al paciente o familiar autorizado y la documentación del caso, y explica en forma detallada cada monto cargado en la factura; ubica la fuente de facturación el por qué del monto cargado y verifica que el mismo es correcto. Si hay un error interno el Analista de Cuentas Particulares le notifica al Jefe del Departamento, y le envían los respaldos

correspondientes del caso. El Jefe de Cobranza modifica el monto facturado en base a la información de respaldo, anula la factura en sistema y genera una nueva con el error corregido, o genera una Nota de Crédito por el monto.

De no existir error interno, se le notifica al paciente o personal autorizado si está conforme, si el paciente o familiar autorizado está conforme cancela la cuenta vía regular, de lo contrario, solicita hablar con el Jefe del Departamento. El Analista de Cuentas Particulares informa al Jefe del Departamento sobre el caso, el Jefe de Cobranza atiende al paciente o familiar autorizado y le propone un Convenio de Pago. (Ver Anexo B.16)

- **Control de Cuenta del Paciente Hospitalizado**

El Analista de Cuentas revisa, compara el Listado Diario de Camas Ocupadas contra lo estipulado por el Presupuesto y verifica si el monto se acerca a los días consumidos. Si el monto no se acerca a los días consumidos, se realiza el procedimiento mencionado anteriormente, de otra forma el Analista de Cuentas verifica si la cuenta es por Seguro o por Compañía Convenio. Si la cuenta no es por Seguro o por Compañía Convenio, el Analista de Cuenta solicita abonos o depósitos según el consumo reflejado en el Corte de Cuenta al paciente o familiar autorizado; de lo contrario, el Analista de Cuentas solicita una extensión de cobertura, genera el Expediente del paciente para enviarlo a la Empresa de Seguro o Compañía Convenio.

Si la Empresa de Seguro o Compañía Convenio agota la cobertura, el Analista de Cuentas carga en el sistema el nuevo monto aprobado y el Departamento de Facturación recibe la información sobre la extensión del monto de cuenta. De no agotar la cobertura, el Analista de Cuentas consulta sobre al existencia de otra Empresa de Seguro ó Compañía Convenio. De existir otro Seguro, el Analista de Cuentas pide al Departamento de Facturación el cierre administrativo de la cuenta y se tramita una nueva clave y cobertura con el nuevo Seguro. Si el Seguro da conformación de la cobertura, el Analista de Cuentas ingresa la información en el sistema; de no haber conformación de cobertura el Analista de Cuenta cierra la cuenta, emite un nuevo presupuesto y solicita

el depósito de garantía por ese monto, el Departamento de Facturación cierra la cuenta vieja. Si no hay la existencia de otro Seguro, se sigue el mismo procedimiento de cuando no hay conformación de cobertura por parte del Seguro.

Cuando el Analista de Cuenta cierra la cuenta, emite un nuevo presupuesto y solicita el depósito de garantía por ese monto, el paciente es informado sobre este procedimiento. Si el paciente puede pagar la cuenta deposita el monto, de lo contrario el Analista de Cuenta le recomienda al Paciente el traslado a otra Institución. (Ver Anexo B.17)

- **Cuenta de Tratamiento que pasa a ser Quirúrgica**

El Analista de Cuentas elabora un presupuesto según la indicación del Médico Tratante y verifica si el paciente posee Empresa de Seguro o Convenio de Pago. Si el paciente no presenta Empresa de Seguro o Convenio de Pago, el Analista de Cuentas informa al paciente o familiar autorizado, le solicita la diferencia entre la garantía del ingreso y el nuevo presupuesto. El paciente o familiar autorizado recibe la información, si el paciente puede cancelar el monto, el Analista de Cuentas recibe la información y autoriza la cirugía, de otra manera no hay autorización para la intervención.

Si el paciente presenta Empresa de Seguro o Convenio de Pago pero no hay cobertura se sigue el procedimiento mencionado anteriormente, de lo contrario el Analista de Cuentas recibe la información y autoriza la cirugía. (Ver Anexo B.18)

- **Elaboración de las Estadísticas de deudas con Empresas de Seguro y Compañía Convenio**

Los Analista de Cuentas con Seguro generan el análisis al vencimiento resumido a la fecha. La Secretaria de Gerencia recibe la información y genera el reporte, este reporte consta de un Memorando y la unión de los documentos recolectados de Cobranza y Admisión. El Memorando que relaciona las estadísticas emitidas por dos (2) Departamentos de la Gerencia, es firmado por el Gerente antes de ser enviado. La

Secretaria de Gerencia envía, recibe la copia del reporte que le toca firmado y sellado por cada Gerencia y luego lo archiva. (Ver Anexo B.19)

- **Atención al Médico**

El Médico Tratante solicita información acerca de su cuenta, si el médico modifica sus honorarios, el Jefe de Cobranza recibe al médico y le explica el procedimiento. El médico debe de dar por escrito una autorización en la cual autoriza a la Clínica el Ávila a descontarle de sus honorarios médicos la cantidad establecida. El Jefe de Cobranza recibe la autorización, modifica el monto y archiva.

Si el Médico Tratante no modifica sus honorarios, el Analista de Cuentas Particulares recibe al médico y atiende sus inquietudes acerca de su cuenta. El Médico Tratante conoce el estado de su caso y se retira. (Ver Anexo B.20)

- **Envío de Cuentas por Cobrar al Abogado Externo**

El Departamento de Recuperación de Facturas con Saldos Pendientes, envía el Expediente al Jefe de Cobranza. El Jefe de Cobranza recibe el caso, lo estudia y toma la decisión a donde va a enviar el caso. Si la decisión es enviarla a un Abogado Externo, éste recibe el caso con el Expediente y hace las diligencias de cobro. Si el Abogado Externo cobra la deuda, deposita el monto y genera la relación de honorarios. El Jefe de Cobranza recibe la constancia de depósito y la relación de honorarios. De no cobrar la deuda, el Jefe de Cobranza archiva el Expediente como cuenta incobrable.

De no enviar el caso a un Abogado Externo, el Jefe de Cobranza archiva el Expediente como cuenta incobrable. (Ver Anexo B.21)

V.2. Observaciones directas a los procesos de Admisión, Facturación y Cobranza

Durante el seguimiento realizado a los distintos procesos de Admisión, Facturación y Cobranza se observaron ciertas irregularidades, las cuales se mencionan a continuación:

- **Admisión**

1. El proceso de comunicación con las aseguradoras es muy variable, dependiendo de la compañía el tiempo de espera del cliente se puede prolongar notablemente.
2. Existe una mala planificación en cuanto a la asignación de habitaciones, ya que al paciente no se le garantiza habitación en el momento de su intervención.
3. Fallas de los equipos de impresión, trayendo como consecuencia grandes retrasos en la entrega de los presupuestos a los clientes.
4. Desarrollo de múltiples funciones por parte del recepcionista de admisión.

- **Admisión de Emergencia**

1. No existe una base de datos que guarde el registro de los pacientes que ingresan por emergencia.
2. Al igual que en Admisión General el proceso de comunicación con las aseguradoras es muy variable, dependiendo de la compañía el tiempo de espera del cliente se puede prolongar notablemente.

- **Facturación y Cobranza de Emergencia**

1. Facturación no lleva registro de las facturas emitidas por los distintos departamentos de la clínica, en el momento de un cierre de cuenta el no sabe si las facturas que dispone del paciente son las totales.
2. Los distintos departamentos de la clínica no emiten a tiempo las facturas al Departamento de Facturación y su vez, éste se demora en enviárselos a Cobranza.
3. Al cargar las facturas al sistema se cometen con frecuencia errores.

4. Dependiendo de la compañía aseguradora, el tiempo de espera del paciente se puede prolongar notablemente, debido a que existen inconvenientes en el momento de comunicación con ciertas empresas de seguro.

- **Facturación y Cobranza**

1. Falta de soportes estadísticos en el Departamento de Facturación, no se puede llevar un control sobre registro y errores de facturas.
2. Mala comunicación entre los distintos Departamentos, puesto que no envían las facturas a tiempo al Departamento de Facturación.
3. Errores de facturas cargadas en el sistema por parte del personal de facturación.
4. Molestias de los clientes en cuanto al tiempo de espera en el proceso de cobranza.
5. Comunicación con aseguradoras en el Departamento de Cobranza, el proceso tarda desde minutos hasta horas dependiendo de la Compañía Aseguradora.
6. Retrasos en el envío de facturas al Departamento de Cobranza.

V.3. Estudio de tiempo

Desde hace un tiempo el área de Admisión y Cobranza, tanto General como de Emergencia, han sido objeto de crítica por parte de los clientes, ya que éstos consideran que los procesos presentan demoras en varias de sus operaciones; esto se debe principalmente a las dificultades de comunicación entre clínica y las empresas de seguro. Con el objetivo de detectar los posibles problemas presentes en los distintos procesos y proponer mejoras que agilicen la rapidez de los mismos, se realizaron los siguientes estudios de tiempo:

- **Departamento de Admisión**

Tabla N°1: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de un paciente con pre-ingreso.

	Tiempo (min)		
Observaciones	**Pacientes Particulares**	**Pacientes por Convenio de Pago**	**Pacientes por Aseguradoras**
1	10	15	15
2	15	16	20
3	16	18	18
4	14	20	24
5	18	17	21
6	19	22	17
7	15	23	20
8	13	25	19
9	16	18	23
10	19	21	24
Promedio (min)	**15,5**	**19,5**	**20,1**

Tabla N°2: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de un paciente sin pre-ingreso.

	Tiempo (min)		
Observaciones	**Pacientes Particulares**	**Pacientes por Convenio de Pago**	**Pacientes por Aseguradoras**
1	25	33	46
2	24	32	75
3	21	29	145
4	30	35	188
5	29	32	48
6	28	34	61
7	22	31	186
8	27	35	179
9	25	36	238
10	29	30	222
Promedio (min)	**26**	**32,7**	**138,8**

Tabla N°3: Tiempo promedio que tarda el ejecutivo en comunicarse con la compañía de seguro.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	15
2	50
3	47
4	49
5	16
6	35
7	52
8	50
9	48
10	35
Promedio (min)	**34,7**

Tabla N°4: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta con pacientes sin pre-ingreso

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	33
2	28
3	45
4	49
5	40
6	128
7	245
8	62
9	178
10	61
Promedio (min)	**86,9**

Tabla N°5: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta con pacientes con pre-ingreso.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	10
2	12
3	22
4	15
5	18
6	12
7	20
8	18
9	16
10	15
Promedio (min)	**15,8**

- **Departamento de Cobranza**

Tabla N°6: Tiempo promedio que tardan en comunicarse con la compañía aseguradora.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	19
2	28
3	12
4	20
5	33
6	45
7	10
8	35
9	22
10	46
Promedio (min)	**24,2**

Tabla N°7: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta sobre clave y cobertura del monto.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	22
2	27
3	35
4	19
5	21
6	45
7	58
8	62
9	23
10	40
Promedio (min)	**35,2**

- **Departamento de Admisión de Emergencia**

Tabla N°8: Tiempo promedio que tarda el proceso de Admisión de Emergencia.

	Tiempo (min)		
Observaciones	**Pacientes Particulares**	**Pacientes por Convenio de Pago**	**Pacientes por Aseguradoras**
1	11	15	25
2	12	20	22
3	16	18	21
4	13	16	31
5	10	17	23
6	14	14	28
7	13	19	23
8	9	17	33
9	15	13	24
10	10	15	21
Promedio (min)	**12,3**	**16,4**	**25,1**

Tabla N°9: Tiempo promedio que tarda el proceso de comunicación con el seguro para confirmar póliza.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	6
2	11
3	12
4	6
5	12
6	12
7	7
8	13
9	10
10	8
Promedio (min)	**8,6**

Tabla N°10: Tiempo promedio que tarda en comunicarse con la empresa de seguro.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	19
2	28
3	17
4	48
5	33
6	45
7	17
8	35
9	26
10	46
Promedio (min)	**28,6**

Tabla N°11: Tiempo promedio que tarda la compañía de seguro en dar respuesta sobre clave y cobertura del monto.

	Tiempo (min)
Observaciones	**Compañía aseguradora**
1	22
2	27
3	35
4	19
5	21
6	45
7	58
8	62
9	23
10	40
Promedio (min)	**35,2**

CAPÍTULO VI
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

CAPÍTULO VI – Análisis de la Situación Actual

VI.1 Detectar las necesidades del cliente

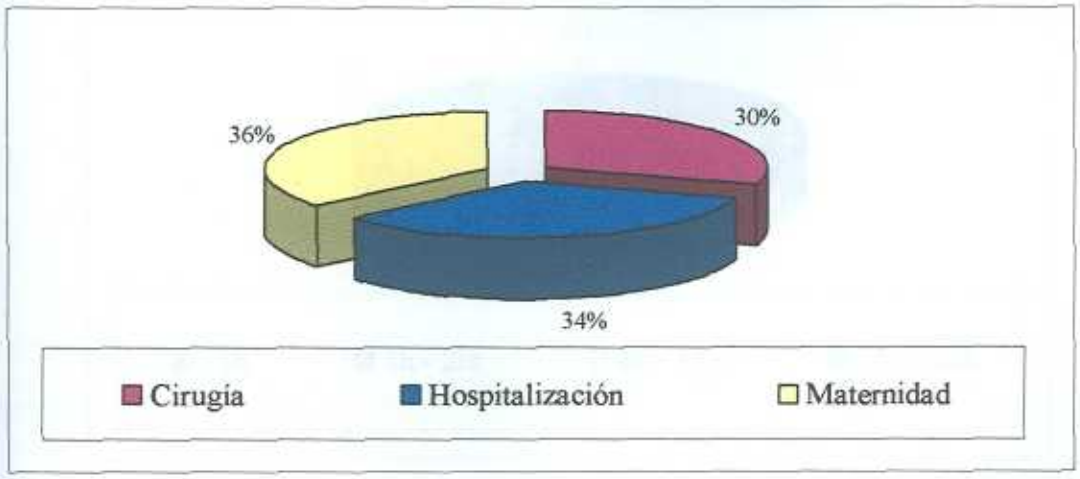
Uno de los instrumentos más generalizados para la valoración y la gestión del funcionamiento de los servicios, consiste en averiguar cual es el grado de satisfacción del cliente. El desarrollo del proyecto comenzó con un encuentro directo con el cliente, en donde mediante encuestas se determinó el nivel de satisfacción del mismo con respecto a los procesos de admisión, facturación y cobranza, así como también las necesidades de mejoras en dichos procesos.

La herramienta aplicada para medir el nivel de satisfacción del cliente fue una encuesta mixta, en donde se realizaron preguntas referentes al trato que perciben del personal de admisión y de cobranza, calificación general de los procesos, tiempo mínimo de espera por parte del paciente, quejas de admisión y cobranza, entre otras.

A continuación se presentan los resultados de las encuestas desarrolladas a los clientes:

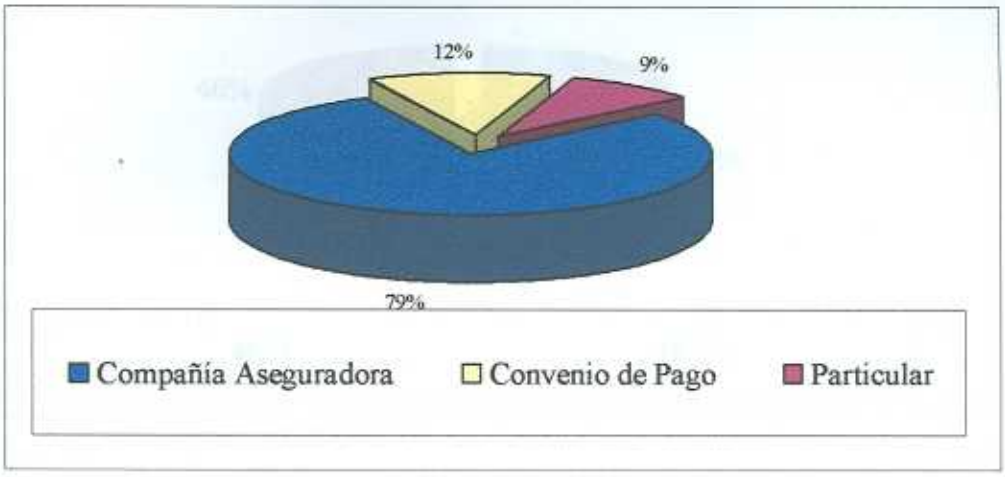
- **Admisión, Facturación y Cobranza en los servicios de Maternidad, Hospitalización y Cirugía (Ver Anexo C.1)**

Gráfico N°1. Ingreso a la clínica por el servicio de cirugía, maternidad y hospitalización.



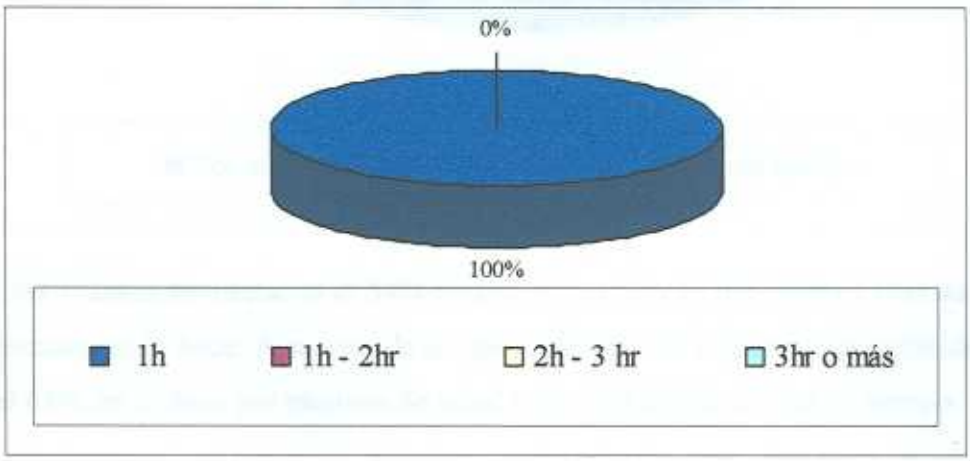
Como se puede ver en el gráfico N°1 el 36% de los pacientes ingresan a la clínica por el servicio de maternidad, el 34% ingresa por el servicio de hospitalización y el 30% restante por cirugía.

Gráfico N°2. Ingreso a la clínica según la forma de pago.



Según la forma de pago, el 79% de los pacientes que ingresan a la clínica vienen respaldados por una compañía aseguradora, mientras que el 12% lo hace por convenio de pago y sólo el 9% corresponde a ingreso por particulares.

Gráfico N°3. Tiempo que está dispuesto a esperar el cliente por el proceso de admisión.



El 100% de los encuestados sólo está dispuesto a esperar 1 hora a lo sumo para realizar el proceso de admisión.

Gráfico N°4. Elaboración del proceso de pre-ingreso por parte del cliente.

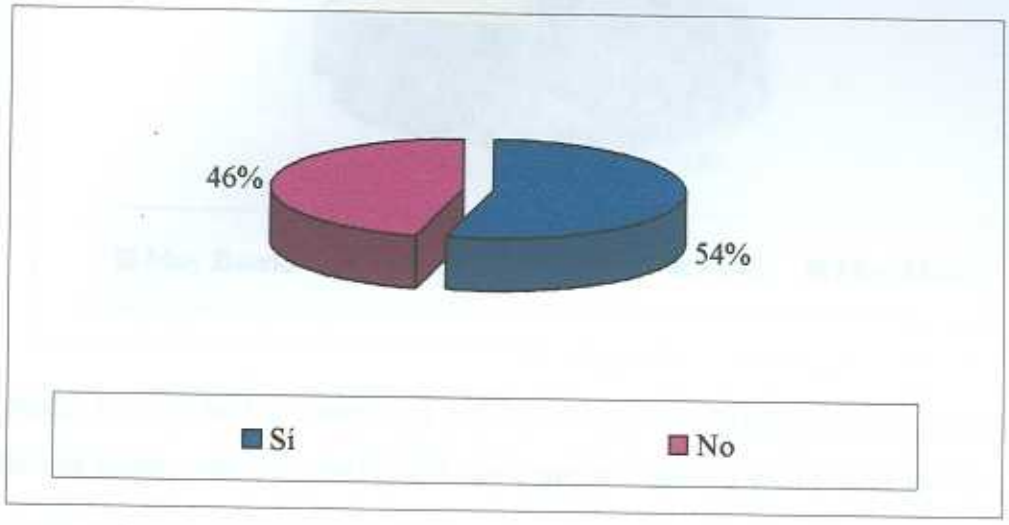
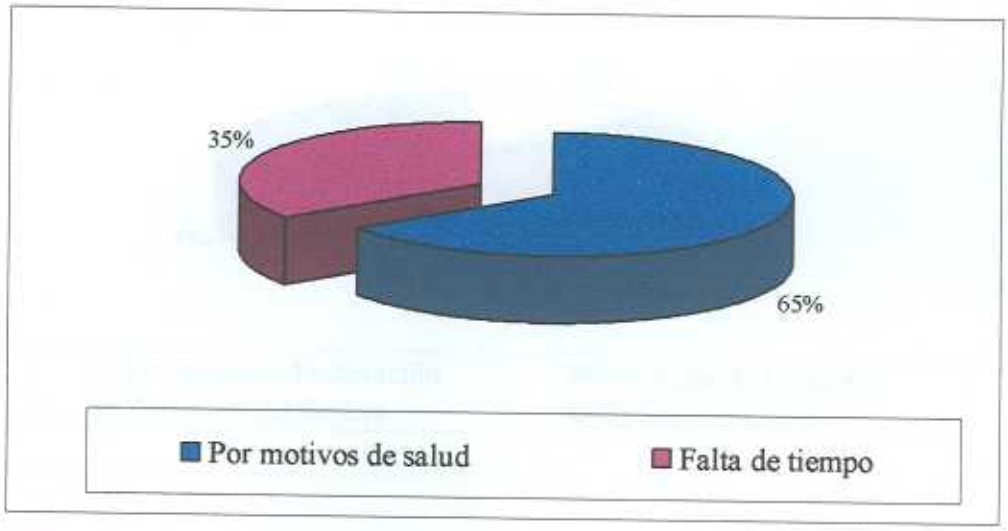
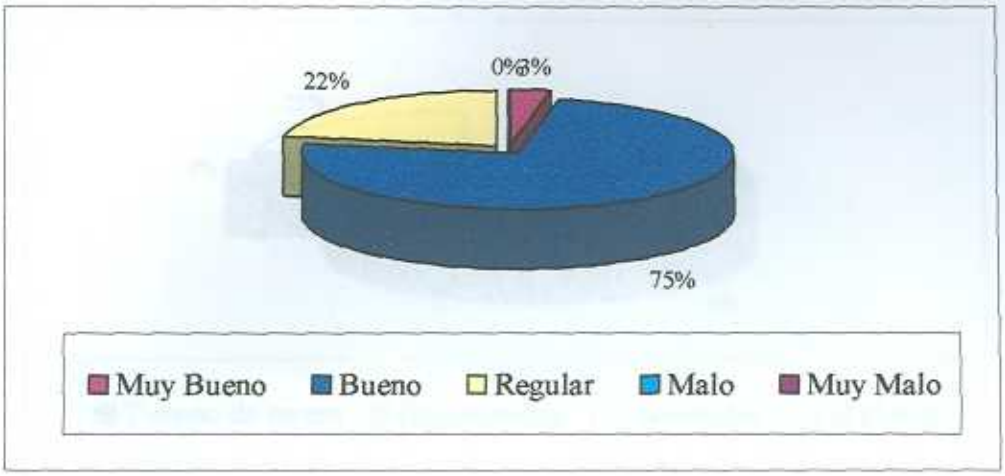


Gráfico N°5. Razón por la cual el paciente no realiza el proceso de pre-ingreso.



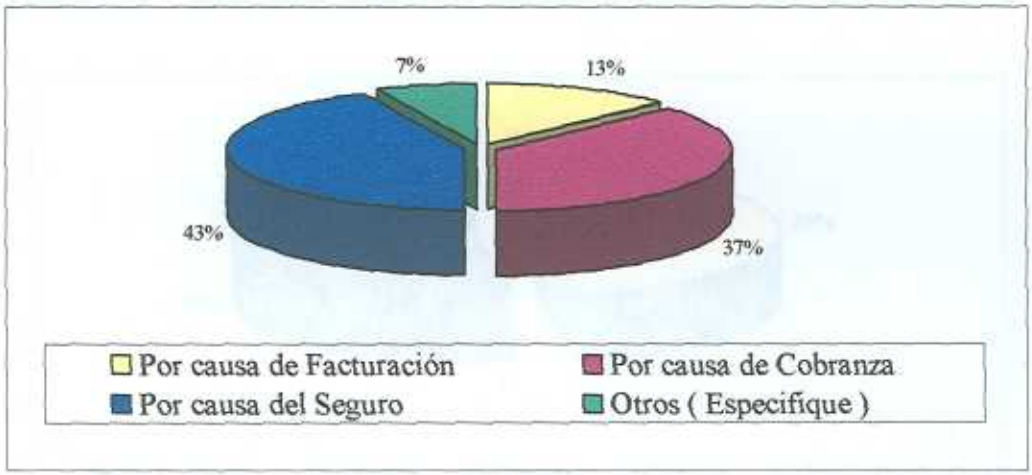
De los clientes encuestados el 54% realiza el proceso de pre-ingreso mientras que el 46% restante no lo hace. A su vez, de los pacientes que no realizan el proceso de pre-ingreso el 65% no lo hace por motivos de salud y un 35% debido a falta de tiempo.

Gráfico N°6. Calidad del servicio brindado por el personal de admisión.



Según el 75% de los clientes, la calidad del servicio brindado por el personal de admisión es buena, mientras que el 22% opina que es regular y un 3% muy buena.

Gráfico N°7. Motivo por el cual se ha visto afectado el proceso de egreso del cliente.

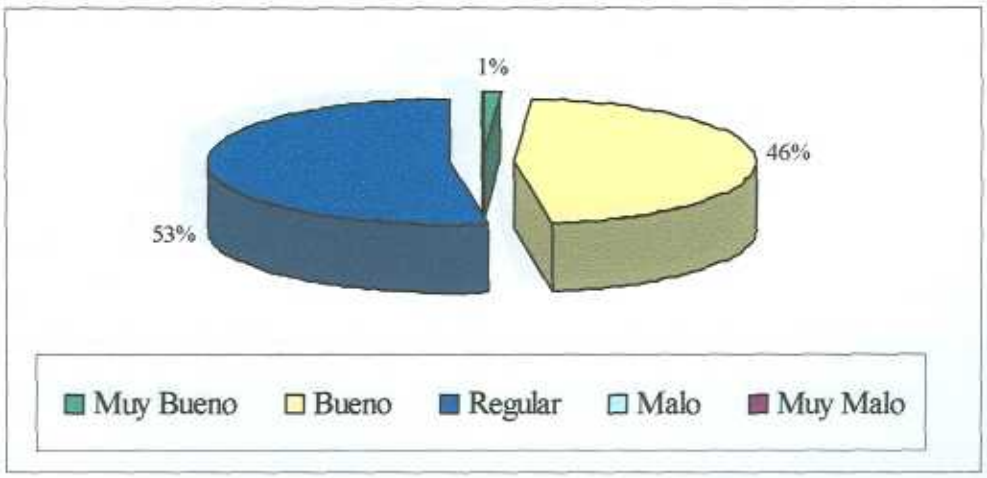


El proceso de egreso de los clientes de la clínica se ha visto afectado en un 43% por causa del seguro, un 37% por causa de cobranza, otro 13% por causa de facturación y un 7% por otros motivos que no tienen que ver con la Gerencia Administrativa.

Gráfico N°8. Quejas del cliente sobre el proceso de admisión.

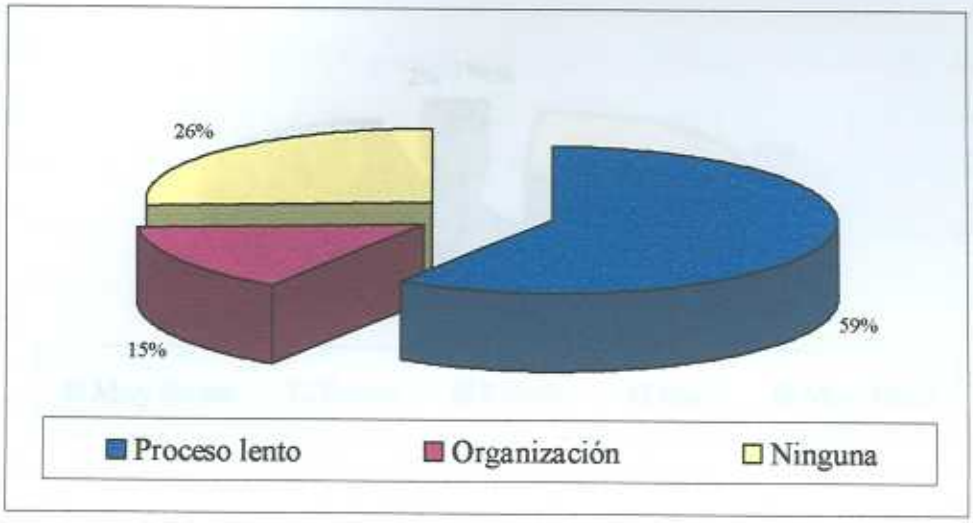
Un 75% de los clientes encuestados se quejan por el tiempo de espera durante el proceso de admisión, otro 21% por facilidades para el cliente y un 4% se queja por organización durante el proceso.

Gráfico N°9. Calificación general del proceso de admisión por parte del cliente.



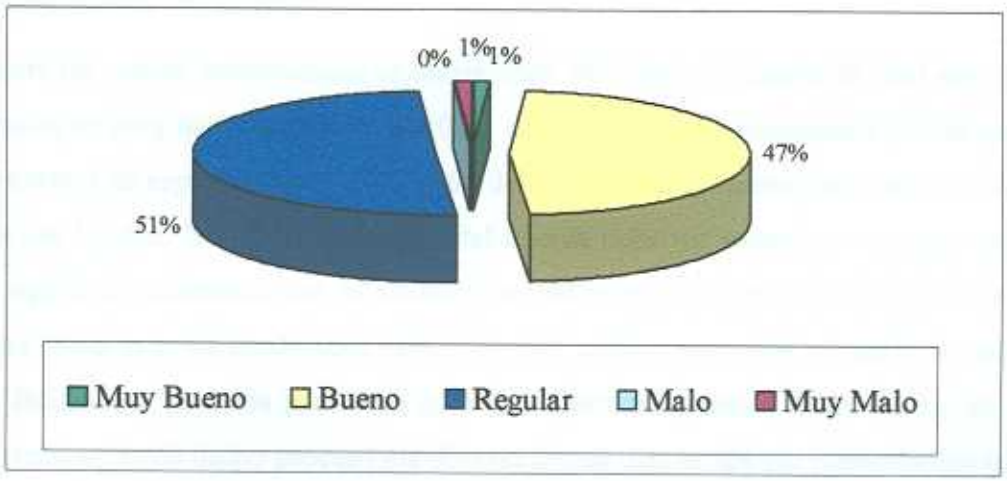
En el gráfico se puede observar que el 53% de las personas encuestadas opinan que el proceso de admisión es regular, el 46% considera que es bueno y sólo un 1% corresponde a que el servicio de admisión es muy bueno.

Gráfico N°10. Quejas del cliente sobre el proceso de cobranza.



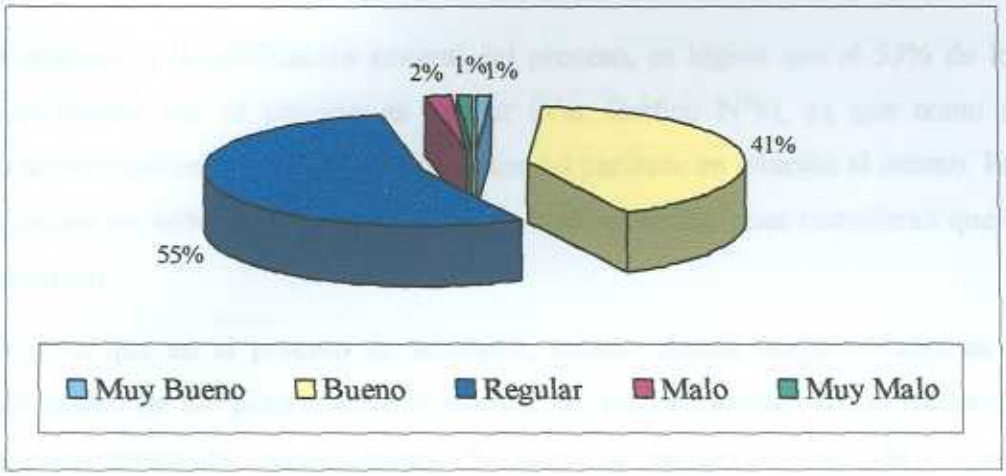
El 59% de los encuestados se queja porque el proceso de cobranza es lento, otro 26% por la organización durante el proceso y el 15% restante no tienen ninguna queja al respecto.

Gráfico N°11. Calidad del servicio brindado por el personal de cobranza.



La calidad del servicio brindado por el personal de cobranza es regular en un 51%, buena en un 47%, muy buena y muy mala en un 1% respectivamente.

Gráfico N°12. Calificación general del proceso de cobraza por parte del cliente.



El 55% de los clientes encuestados consideran que el proceso general de cobranza es regular, el 41% opina que es bueno, un 2% malo, un 1% muy malo y otro 1% muy bueno.

Analizando los aspectos más importantes a considerar de las encuestas realizadas se pueden mencionar las quejas de los clientes sobre el proceso de admisión y la calificación general del proceso.

Entre las quejas mencionadas se encuentran: el tiempo de espera, el cual según los encuestados es muy largo y tedioso; el 100% de los pacientes encuestados piensa que el tiempo normal de espera para la realización del proceso de admisión debe ser a lo sumo 1 hora (Ver Gráfico N°3). Esta opinión del cliente debe ser tomada en cuenta, puesto que va ligada directamente con la satisfacción del mismo. Se pueden mencionar otras molestias como lo es las facilidades para el cliente, muchas personas se quejan de que no existen facilidades para los pacientes durante el proceso general de admisión, ya que para la realización de dicho proceso los clientes tienen que acudir previamente dos o tres veces a la clínica por motivos del proceso de pre-ingreso y presupuesto. En tercer lugar está la organización durante el proceso, aunque esta queja no es compartida por muchos

de los encuestados, de igual forma se hizo un seguimiento para comprobar que tanto afecta al proceso como tal.

Con respecto a la calificación general del proceso, es lógico que el 53% de los encuestados opinen que el proceso es regular (Ver Gráfico N°9), ya que como se mencionó anteriormente hay ciertos descontentos del paciente en relación al mismo. Por otro lado, existe un 46% de la población que es más optimista, pues consideran que el proceso es bueno.

Al igual que en el proceso de admisión, existen ciertas irregularidades en el proceso de egreso de los pacientes de la clínica, el principal motivo es por causa del seguro, la gran mayoría de los encuestados afirma que su proceso de egreso de la clínica se ha visto afectado por problemas con el seguro, ya que existen contrariedades entre la clínica y el seguro que dilatan el proceso de salida. Otro motivo de interés, es por causa de cobranza, debido a que una gran parte de los clientes expresan que el proceso de cobranza es lento. El proceso de Facturación también afecta el proceso de egreso del paciente, ya que en algunos casos las facturas han presentado cargos demás que no han sido consumidos por el paciente en cuestión. Por último, sólo 7% de los encuestados especifica que su proceso de egreso se ha visto afectado por otros motivos que no guardan relación con los procesos de Admisión, Facturación y Cobranza.

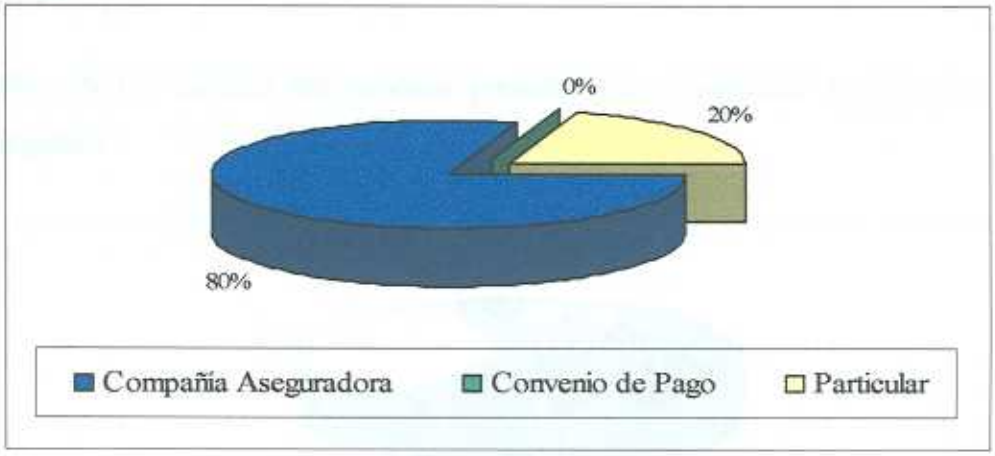
El 54% de las personas encuestadas realizan el proceso de pre-ingreso (Ver Gráfico N°4), lo que trae como resultado un proceso de admisión un poco más rápido. Otro 46% de los pacientes no hace el proceso de pre-ingreso (Ver Gráfico N°4), una de las razones es por causas de salud, es decir, muchas veces son enviados directamente desde el consultorio médico a hospitalización, cirugía, maternidad dependiendo del caso de estudio, y también por falta de tiempo, los clientes afirman que a veces es muy forzoso asistir un día a la clínica sólo para realizar el proceso de pre-ingreso.

Otras quejas importantes, son las que tienen los pacientes sobre el proceso de cobranza, ellos afirman que el proceso es lento, pues se demora mucho para ser finalizado, esto concuerda con lo dicho por los clientes sobre los motivos que afecta su

proceso de egreso de la clínica. Por otra parte, el 26% de los encuestados no tienen ninguna queja con respecto al proceso (Ver Gráfico N°10) y un 15% opina que falta organización dentro del mismo (Ver Gráfico N°10), puesto que entre otras cosas la desorganización hace que el proceso se demore más de lo necesario. En relación a la calificación general del proceso, más de la mitad de los pacientes encuestados opina que es regular (Ver Gráfico N°12), debido a que el mismo presenta ciertos retrasos que hacen que el cliente espere más del tiempo debido. Otra parte de la población encuestada señala que el proceso es bueno (Ver Gráfico N°12).

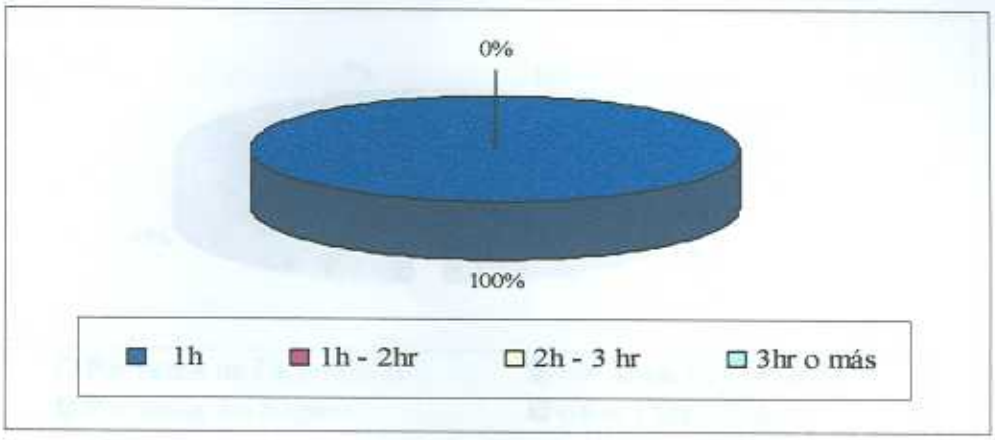
- **Admisión, Facturación y Cobranza en el servicio de Emergencia (Ver Anexo C.2)**

Gráfico N°13. Ingreso a la clínica según la forma de pago.



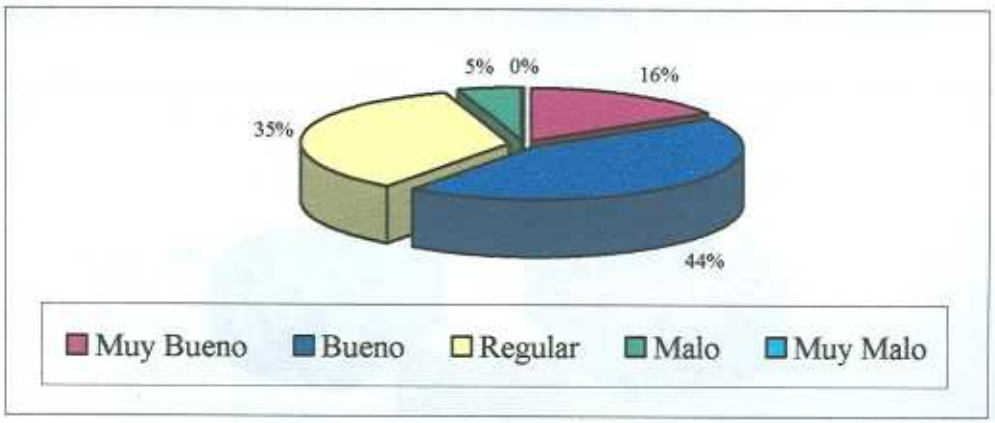
Según la forma de pago el 80% de los pacientes ingresan a clínica por Compañías Aseguradoras, el 20% de los pacientes corresponden a ingresos por Particulares, aunque se pueden realizar ingresos por Convenio de Pago, no es común que se realizan este tipo de ingreso, los resultados arrojaron un 0%.

Gráfico N°14. Tiempo que está dispuesto a esperar el cliente por el proceso de admisión.



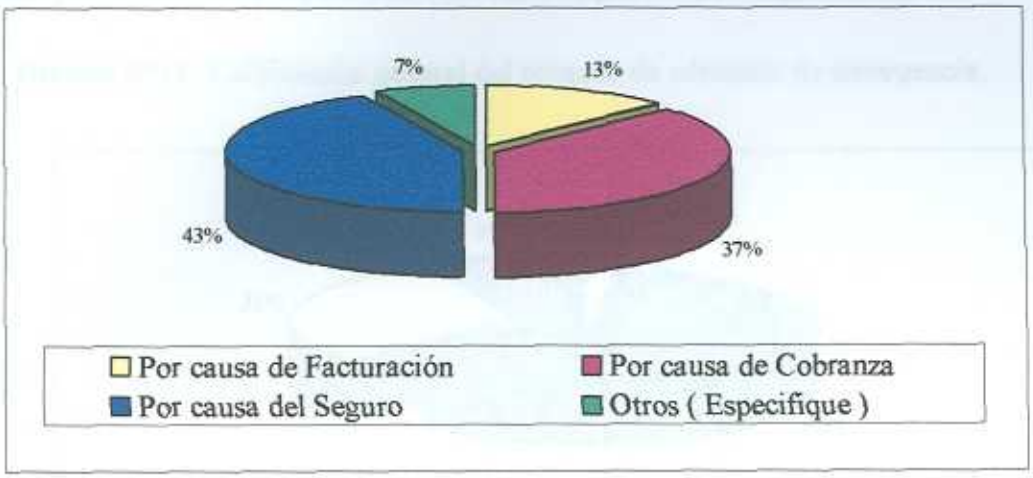
El 100% de los encuestados sólo está dispuesto a esperar 1 hora para realizar el proceso de admisión.

Gráfico N°15. Calidad del servicio prestada por el personal de admisión de emergencia.



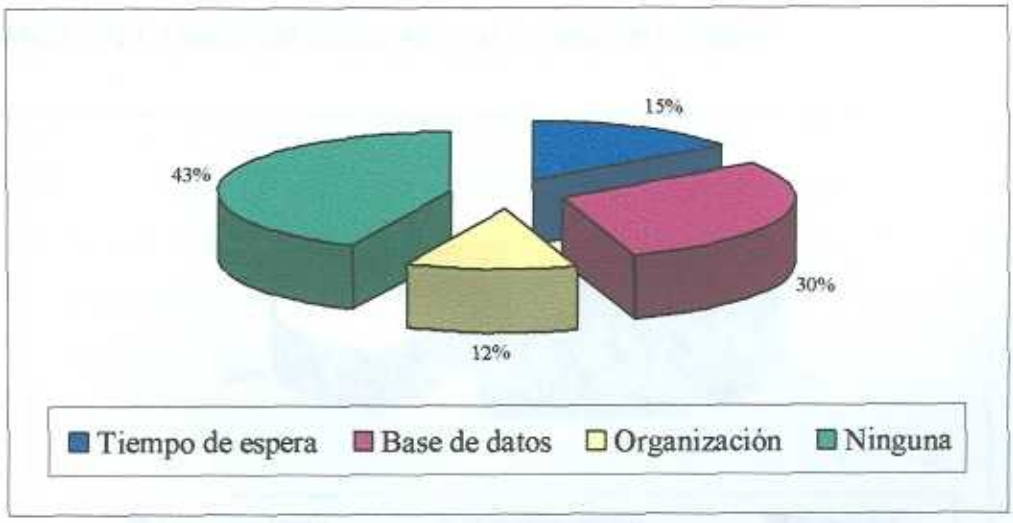
La calidad del servicio prestada por el personal de admisión de emergencia es buena según el 44% de las personas encuestadas, el 35% de los clientes manifestaron que la calidad del servicio es regular, el 16% corresponde a un servicio por parte del personal muy bueno y el resto, es decir el 5% concierne a una mala calidad de servicio.

Gráfico N°16. Motivo por el cual se ha visto afectado el proceso de egreso del cliente.



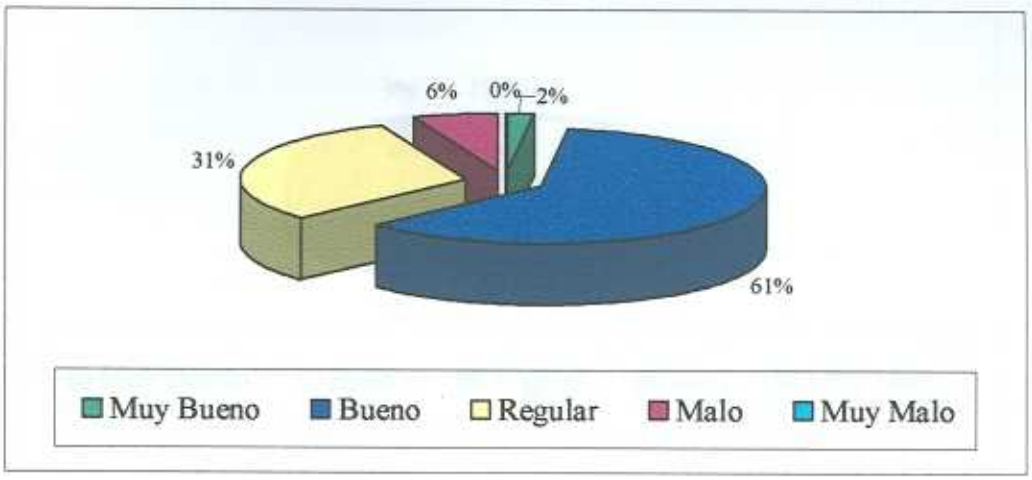
Los motivos por el cual se ha visto afectado el proceso de egreso del cliente se deben en un 43% a causa del seguro, el 37% corresponde a el proceso de cobranza, en un 22% concierne al proceso de facturación y sólo el 7% se deben a otros motivos que no corresponden a procesos de Admisión, Facturación y Cobranza.

Gráfico N°17. Quejas del cliente sobre el proceso de admisión de emergencia.



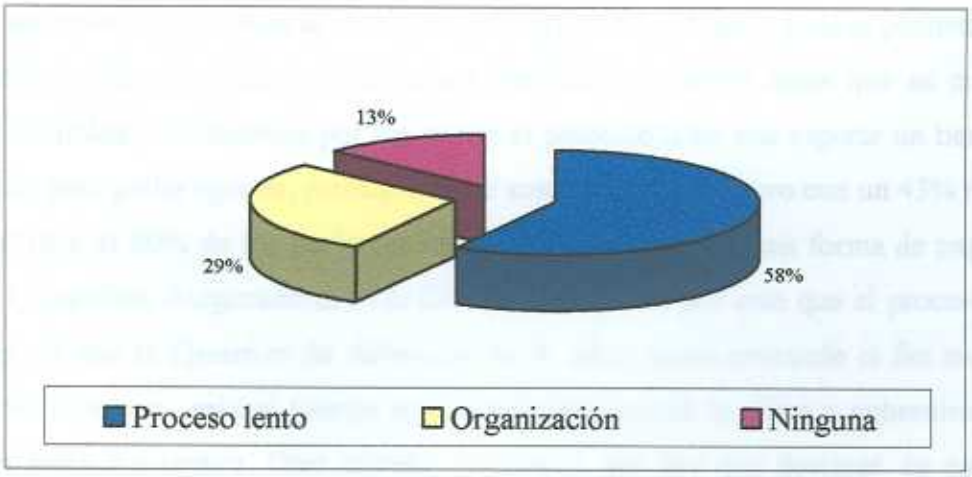
El 43% de los clientes no tienen ninguna queja sobre el proceso de admisión de emergencia, mientras que el 30% opina que debería de haber una base de datos, el 15% se queja por el tiempo de espera y el 12% restante por falta de organización.

Gráfico N°18. Calificación general del proceso de admisión de emergencia.



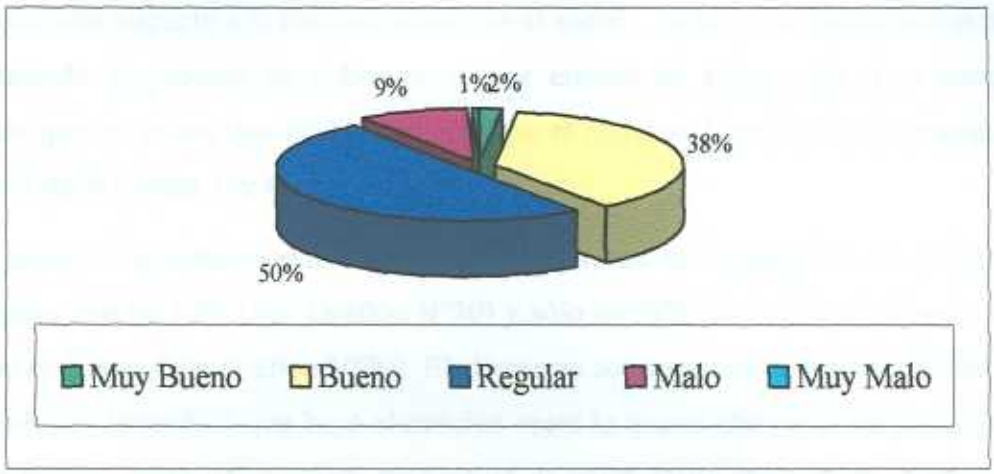
La calificación general del proceso de admisión de emergencia es bueno con un 61%, el 31% de los clientes admiten que el proceso es regular, el proceso es considerado malo en un 6% y sólo un 2% corresponde a un proceso de admisión muy bueno.

Gráfico N°19. Quejas del cliente sobre el proceso de cobranza.



Como se puede observar en el gráfico el 58% de los clientes se quejan de que el proceso es lento, el 29% consideran que hay una mala organización al realizar el proceso de cobranza y sólo el 13% no tiene queja alguna sobre el proceso.

Gráfico N°20. Calificación general del proceso de cobranza por parte del cliente.



La calificación general del proceso de cobranza de emergencia es regular con un 50%, el 38% de los clientes admiten que el proceso es bueno, el proceso es considerado malo en un 9%, el 2% concierne a un proceso de admisión muy bueno y sólo un 1% de los clientes se refiere a un proceso de cobranza muy malo.

Al realizar un análisis de los resultados obtenidos por las encuestas, se puede observar que existen problemas al momento del egreso del paciente, pues el paciente se ve afectado porque tiene que esperar largos períodos de tiempo hasta que se pueda retirar de la clínica. Los motivos por los cuales el paciente tiene que esperar un tiempo determinado para poder egresar, principalmente son a causa del seguro con un 43% (Ver Gráfico N°16), el 80% de los pacientes ingresan a la clínica con una forma de pago a través de Compañías Aseguradoras (Ver Gráfico N°13) y es por esto que el proceso se hace largo, ya que el Ejecutivo de Admisión puede pasar horas enviando el fax con la información al seguro, más el tiempo que espera para recibir la clave y cobertura del monto por parte del seguro. Otro aspecto importante que hay que destacar, es que el

egreso también se ve afectado por el proceso de cobranza, que corresponde a un 37% (Ver Gráfico N°16), así como también el proceso de facturación con un 13% (Ver Gráfico N°16).

En cuanto a las quejas del proceso de cobranza, el 58% de los clientes opina que el proceso es lento (Ver Gráfico N°19), esto se debe en gran parte a lo anteriormente mencionado con respecto a la comunicación con el seguro, otras de las causas por el cual se ve afectado el proceso de cobranza es por errores de facturación. Los clientes consideran que no existe una buena organización al realizar el proceso de cobranza de emergencia de la clínica Ver Gráfico N°19).

En general, se observa que el proceso de cobranza de emergencia es calificado como regular con un 50% (Ver Gráfico N°20) y sólo un 38% de los clientes opina que el proceso es bueno (Ver Gráfico N°20). El cliente no se siente satisfecho con el proceso de cobranza, en la medida que haya alineación entre lo que el cliente desea y lo que la clínica le brinda, habrá una positiva percepción de calidad que hará crecer la fidelidad del cliente.

Otro aspecto importante a resaltar en cuánto a la admisión de emergencia, es que los clientes se quejan de que en la clínica no exista una base de datos donde ellos pudieran tener registros de los pacientes que ingresan por emergencia, muchas de las personas encuestadas han estado anteriormente en emergencia, de existir esta posibilidad en este casos el proceso de ingreso a la admisión de emergencia es más rápido, pues es un ahorro de tiempo tanto para el Ejecutivo de Admisión como para el cliente; el 30% de los encuestados (Ver Gráfico N°17) se quejaron sobre este punto.

VI.2 Entrevistas al personal de Admisión, Facturación y Cobranza.

- **Personal de Admisión General**

Se realizaron una serie de preguntas al personal de admisión (Ver Anexo D.1), específicamente al recepcionista y a los ejecutivos, con el objeto de recopilar información y obtener las posibles causas de los problemas que se presentan durante el proceso.

Luego de promediar los resultados de las distintas preguntas de las encuestas, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla N°12: Tiempo promedio del proceso de admisión de pacientes con pre-ingreso.

Tipo de Pacientes	Tiempo promedio (min)
Paciente Particulares	15
Pacientes por Convenio de Pago	20
Pacientes por Aseguradoras	20

Tabla N°13: Tiempo promedio del proceso de admisión de pacientes sin pre-ingreso.

Tipo de Pacientes	Tiempo promedio (min)
Paciente Particulares	25
Pacientes por Convenio de Pago	30

En el caso de pacientes cuya forma de pago viene respaldada por compañías de seguro y no tienen pre-ingreso, el tiempo promedio del proceso de admisión es más largo, ya que si el paciente no presenta pre-ingreso tiene que realizarlo el mismo día. Cuando el proceso es de esta manera presenta mucho más retrasos, ya que el paciente no posee la carta aval de su compañía de seguro y por lo tanto el Ejecutivo de Admisión tiene comunicarse con la compañía aseguradora para pedir clave y cobertura. El tiempo que tarda el ejecutivo en comunicarse con la compañía de seguro es aproximadamente de 10 a 45 minutos como mínimo y el tiempo que tarda la aseguradora en dar respuesta sobre clave y cobertura es de 30 minutos hasta 3 horas aproximadamente. Cuando el paciente tiene pre-ingreso, el tiempo que tarda la compañía de seguro en dar respuesta es más corto breve, aproximadamente de 5 a 15 minutos.

- **Personal de Facturación**

Al personal de facturación se le preguntó sobre el tiempo promedio que tardan realizando un cierre de cuenta, dando como resultado de 10 a 15 minutos aproximadamente, lo cual consideramos que es un tiempo relativamente corto pero que se puede mejorar. El número total de cierres de cuenta en el período es de 20 a 25 facturas diarias, de las cuales semanalmente aproximadamente una presenta error. Por otra parte es preciso acotar, que para la elaboración de la factura general del paciente, es necesario que el facturador reciba de los distintos departamentos de la clínica las facturas correspondientes a lo consumido por cada uno de ellos durante su estadía en la institución (Ver Anexo D.2).

- **Personal de Cobranza**

El personal de cobranza expresó que el tiempo promedio que tarda en enviar factura al seguro es de aproximadamente 10 a 45 minutos, mientras que en recibir respuesta por parte del mismo se tarda unos 20 a 60 minutos. También es importante destacar que el proceso de cobranza según el personal se ve afectado cuando o recibe a tiempo las facturas del departamento de facturación, o en su defecto, cuando las mismas vienen con defectos (Ver Anexo D.3).

- **Personal de Admisión de Emergencia**

Al igual que en Admisión General, se entrevistó al personal de Admisión de Emergencia sobre el tiempo promedio que ellos se tardan realizando el proceso de admisión (Ver Anexo D.4), los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla N°14: Tiempo promedio del proceso de admisión de emergencia.

Tipo de Pacientes	Tiempo promedio (min)
Paciente Particulares	10
Pacientes por Convenio de Pago	15
Pacientes por Aseguradoras	20

En el caso de pacientes respaldados con compañías de seguro, el Ejecutivo de Admisión tiene que comunicarse con la Compañía Aseguradora para verificar datos de póliza del paciente, este proceso dura aproximadamente de 5 a 10 minutos, por lo que el proceso completo de admisión dura 20 minutos aproximadamente. Mientras no se confirme la póliza de seguro del paciente, éste solo recibirá los primeros auxilios al momento de su llegada dependiendo del grado de la emergencia.

- **Personal de Facturación y Cobranza de Emergencia.**

Las labores de Facturación y Cobranza en Emergencia se efectúan en un solo Departamento. Cuando se realiza el proceso de egreso del paciente, caja debe facturar todo lo consumido, sin embargo caja no facturará hasta que no reciba de los distintos departamentos las facturas consumidas por el cliente. Por tal motivo, el proceso de facturación muchas veces se retrasa debido a que no recibe a tiempo las distintas facturas de los departamentos. A su vez, las labores de cobranza también se ven afectadas por la misma causa, puestos que son procesos que están vinculados. Cuando el paciente es dado de alta caja envía el expediente al ejecutivo de admisión de emergencia, el cual lo recibe y envía por fax la información correspondiente a la compañía aseguradora, este proceso de comunicación con el seguro tarda aproximadamente de 10 a 45 min. Para recibir clave y cobertura de monto por parte del seguro, el tiempo de espera es aproximadamente de 20 a 60 minutos. (Ver Anexo D.5)

VI.4 Causas identificadas que causan impacto

Al describir la situación de los Departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza, se observaron ciertas irregularidades en el proceso, las cuales son motivo de estudio, ya que es de interés identificar las causas raíces de las mismas, para poder así proponer mejoras que permitan en lo posible eliminarlas.

A continuación se presentan los diagramas causa-efecto en los cuales se identifican las distintas causas- raíces de los problemas planteados:

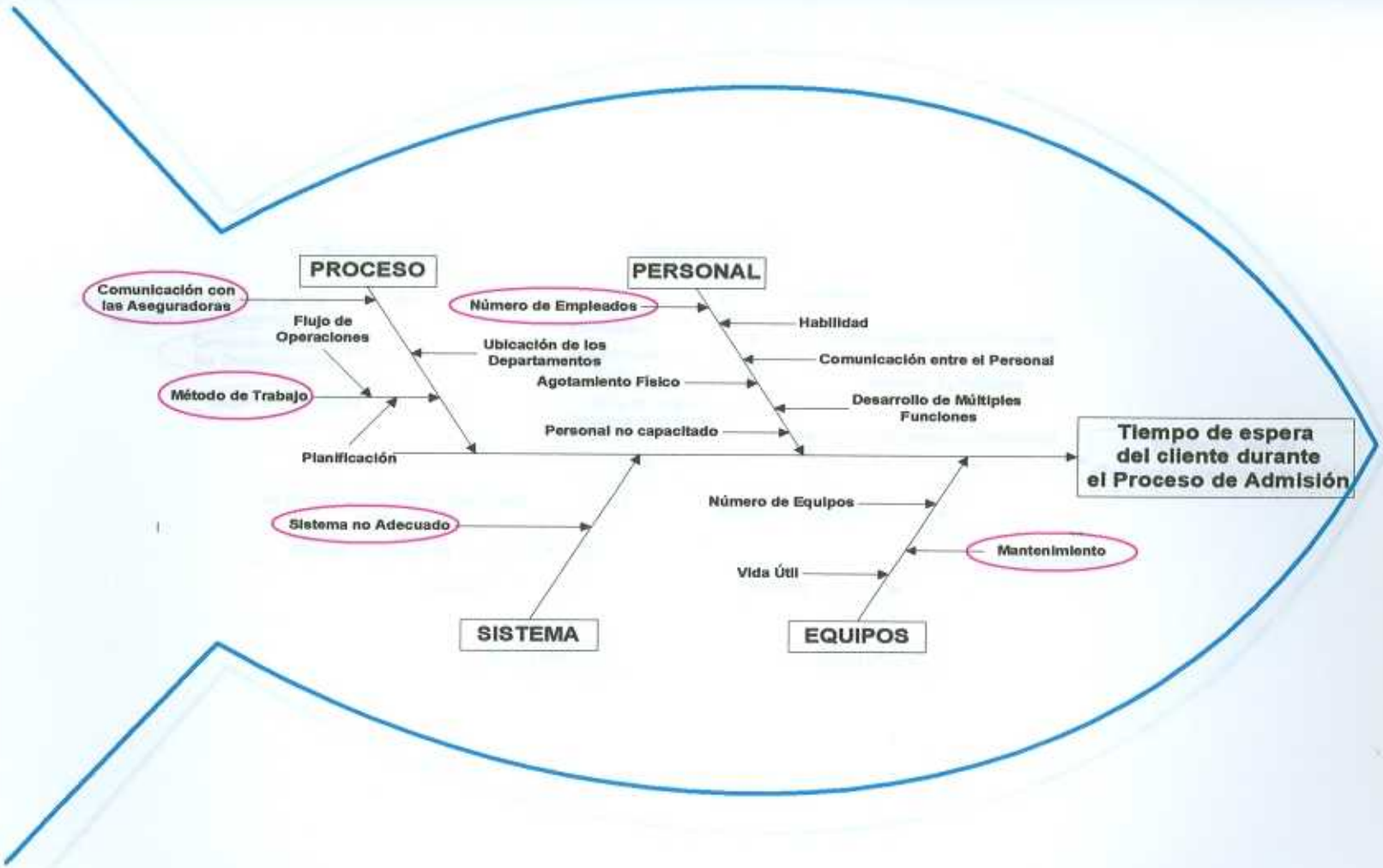


Figura N°2: Diagrama causa-efecto del Tiempo de espera el cliente durante el Proceso de Admisión

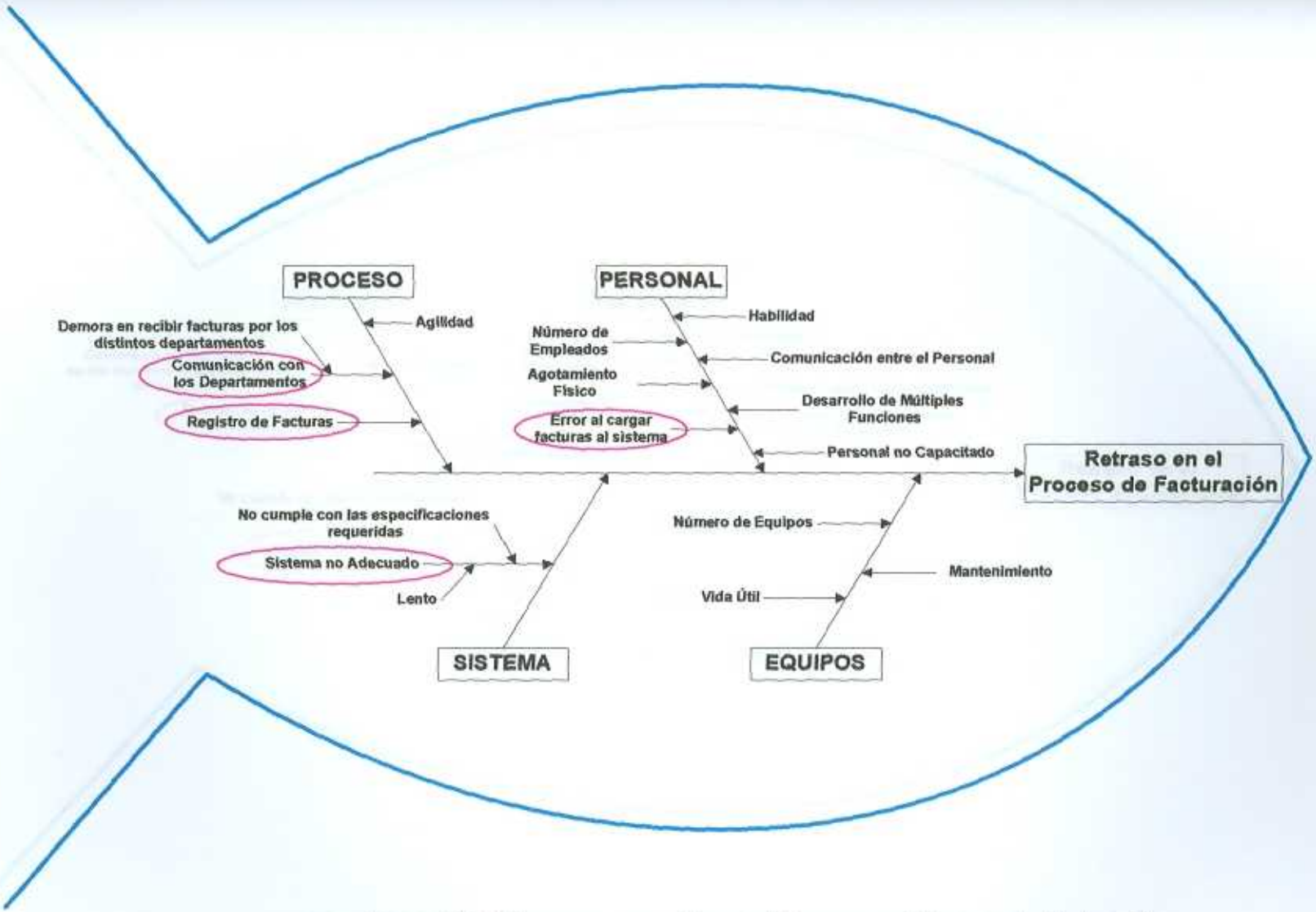


Figura N°3: Diagrama causa-efecto del Retraso en el Proceso de Facturación

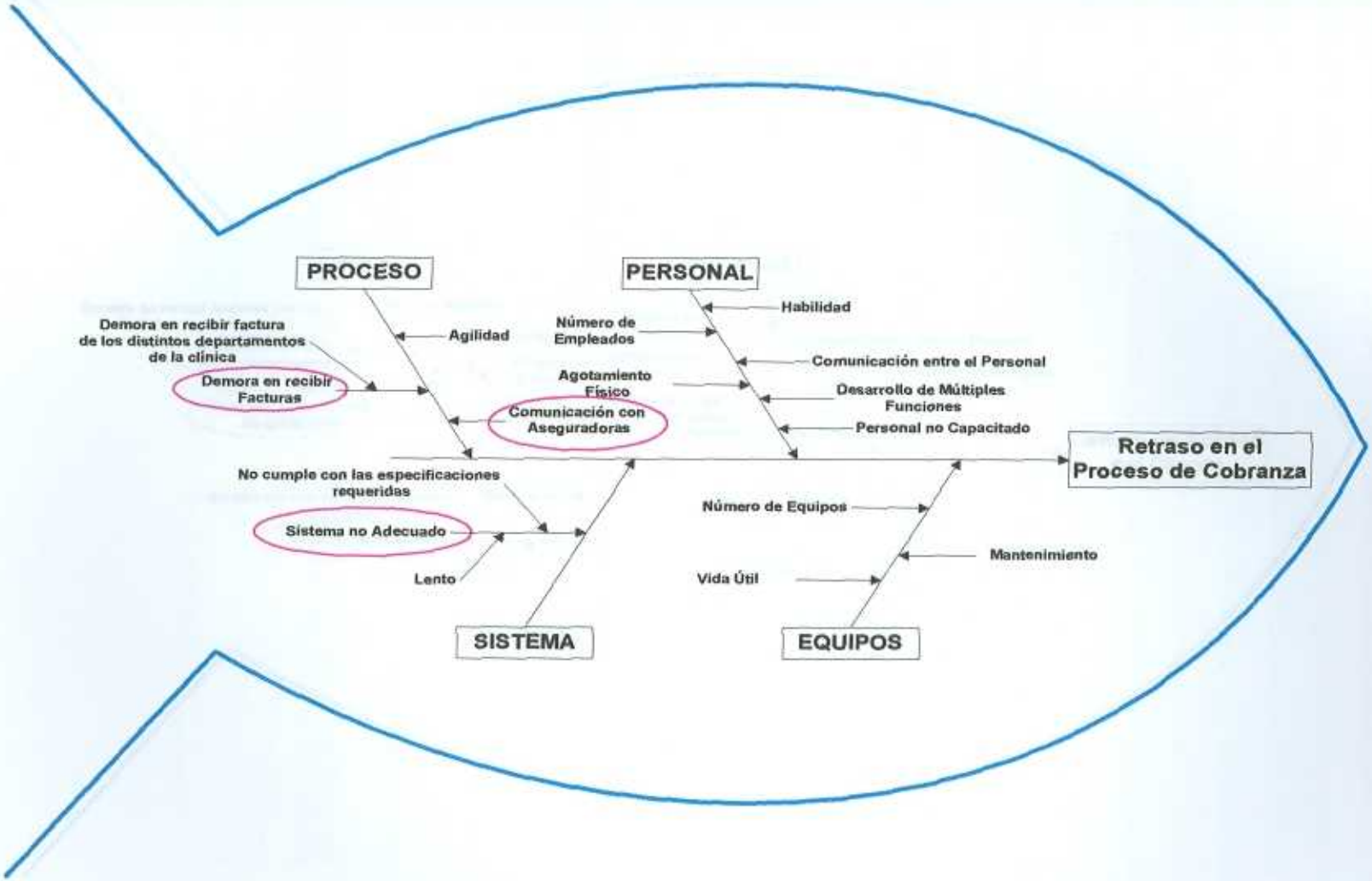


Figura N°4: Diagrama causa-efecto del Retraso en el Proceso de Cobranza

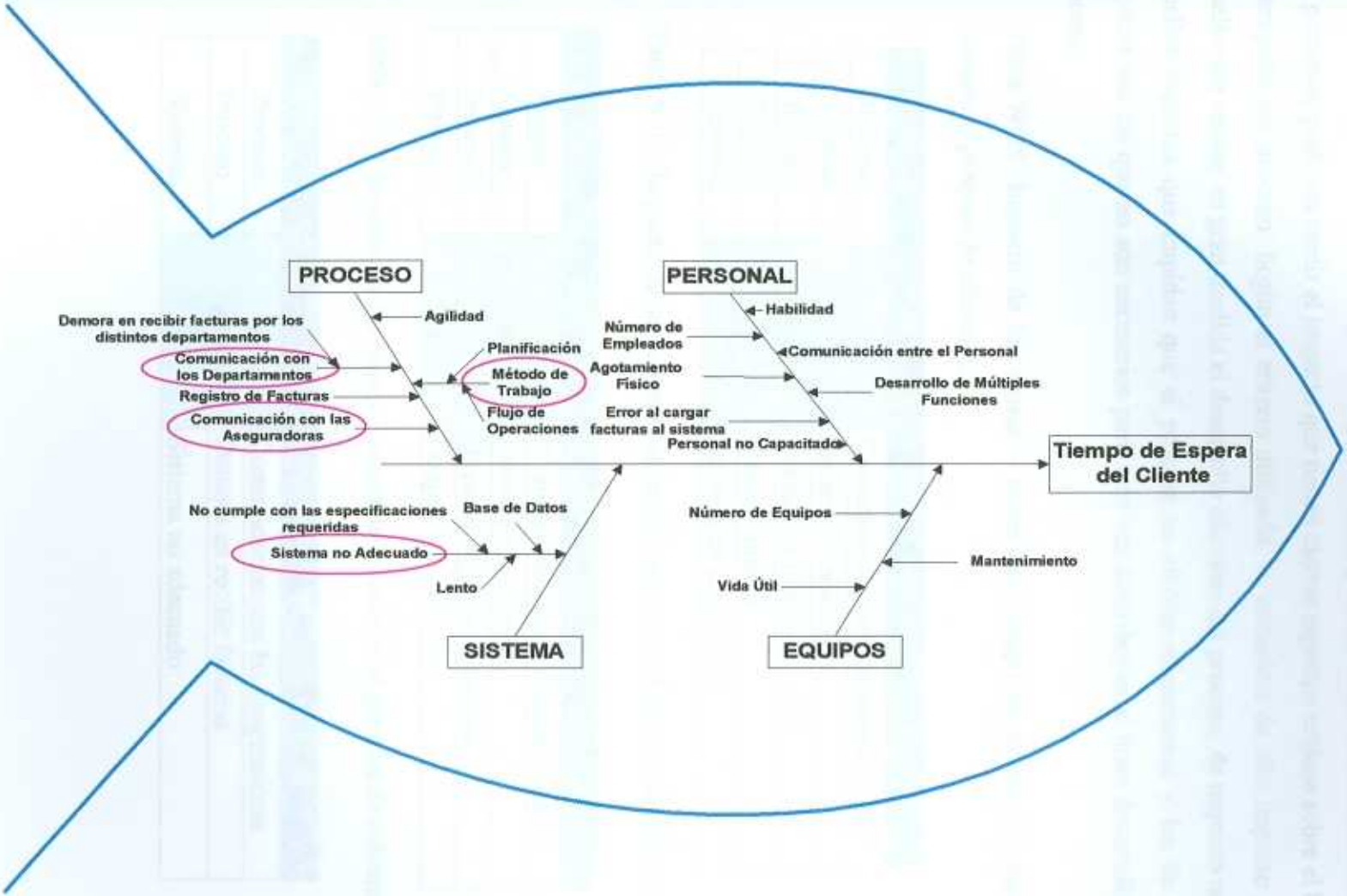


Figura N°5: Diagrama causa-efecto del Tiempo de espera del cliente durante el Proceso de Emergencia

Basándonos en los resultados de las encuestas efectuadas a los clientes, las entrevistas al personal de los distintos departamentos y en las observaciones directas de los procesos, pudimos medir el impacto que tienen ciertos aspectos críticos sobre el buen desempeño del proceso. Según el criterio utilizado, se considera de alto impacto todo aquello que retrase en gran medida el desarrollo eficiente del proceso; de impacto medio aquellos aspectos que impidan que el proceso se efectúe eficazmente y los de bajo impacto son los que no son necesarios pero a su vez contribuyen al buen desarrollo del proceso.

Tabla N°15: Impacto de las causas – raíces del tiempo de espera del paciente durante el proceso de admisión.

Causa	Impacto	Aspectos críticos
Proceso	**Alto**	Comunicación con las aseguradoras
Sistema		Sistema no adecuado
Proceso	**Medio**	Método de trabajo
Equipos	**Bajo**	Mantenimiento
Personal		Número de empleados

Tabla N°16: Impacto de las causas – raíces del retraso en el proceso de facturación.

Causa	Impacto	Aspectos críticos
Proceso	**Alto**	Comunicación con los departamentos
Sistema		Sistema no adecuado
Personal		Error al cargar en el sistema
Proceso	**Medio**	Registro de Facturas

Tabla N°17: Impacto de las causas – raíces del retraso en el proceso de cobranza.

Causa	Impacto	Aspectos críticos
Proceso	**Alto**	Comunicación con las aseguradoras
Proceso		Demora en recibir facturas
Sistema		Sistema no adecuado

Tabla N°18: Impacto de las causas – raíces del tiempo de espera del paciente durante el proceso de emergencia.

Causa	Impacto	Aspectos críticos
Proceso	Alto	Comunicación con los departamentos
Proceso		Comunicación con las aseguradoras
Sistema		Sistema no adecuado
Proceso	Medio	Método de trabajo

CAPÍTULO VII
DESARROLLO DE PROPUESTAS DE MEJORAS

CAPÍTULO VII – Desarrollo de las Propuestas de Mejoras

VII.1 Propuesta y selección de soluciones

Una vez expuesta y analizada la situación actual, se detectaron fallas en los procesos de Admisión, Facturación, Cobranza y Emergencia, estas fallas afectan de manera directa los niveles de de servicio de la clínica y en consecuencia el grado de satisfacción de sus clientes.

Para ello se propone una matriz de solución que identifica las principales causas incidentes en la problemática planteada, determinándose posibles soluciones que se establecen por consenso de acuerdo al grado de:

- **Influencia:** mide la eficacia de la mejora para reducir o eliminar la causa básica.
- **Implantación:** cuantifica con cuanta facilidad se podrá implementar la mejora.
- **Beneficio:** se establece de acuerdo a las siguientes interrogantes ¿Los beneficios serán mayores que el costo de implantar la mejora?; ¿Hay efectos difíciles de medir?

A partir de las matrices de selección de soluciones se propondrán las mejoras de acuerdo a las causas identificadas en el capítulo anterior; la sección de las soluciones elegibles, deberán ser nuevamente evaluadas de acuerdo a un análisis técnico-económico. A continuación se presentan las matrices obtenidas:

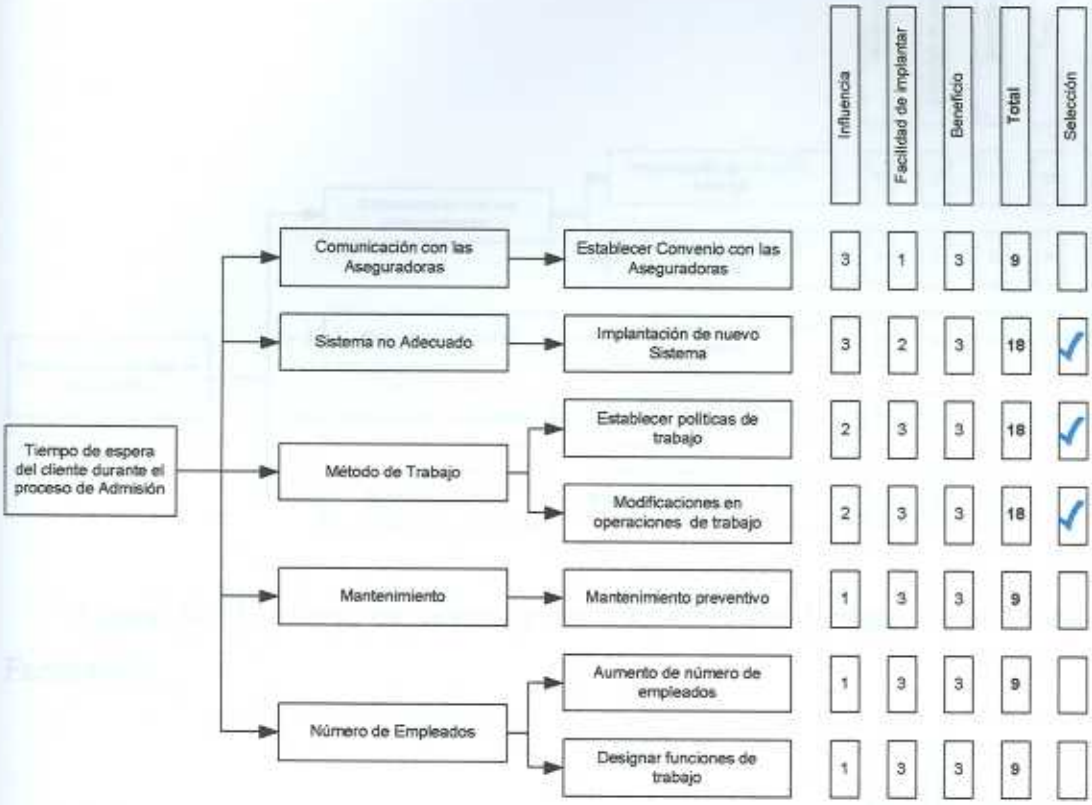


Figura N° 6: Matriz de selección de soluciones del Tiempo de espera del cliente durante el proceso de Admisión.

Figura N° 7: Matriz de selección de soluciones del Retraso en el Proceso de Facturación.

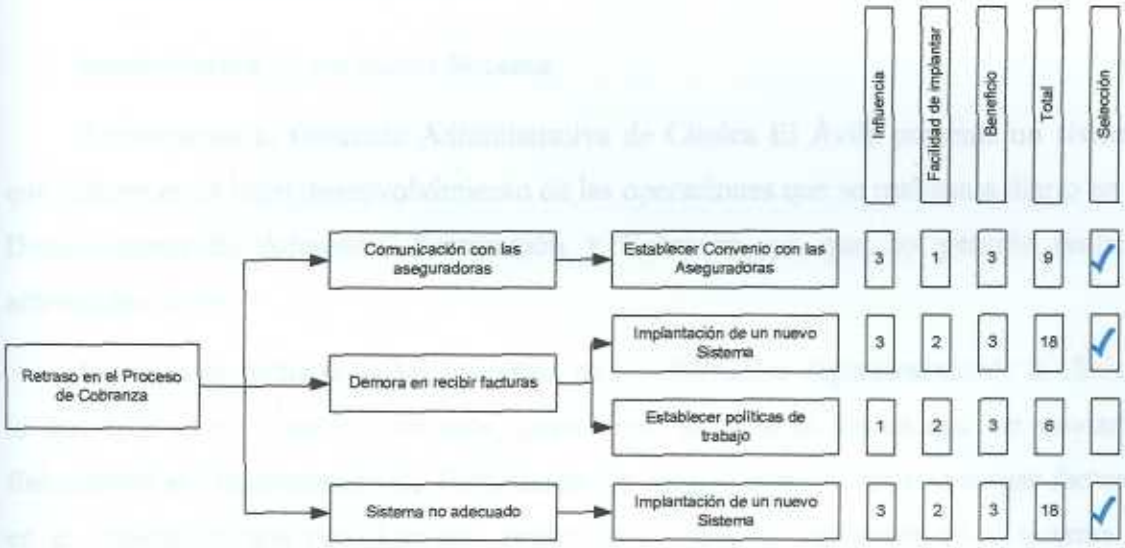


Figura N° 8: Matriz de selección de soluciones del Retraso en el Proceso de Cobranza.

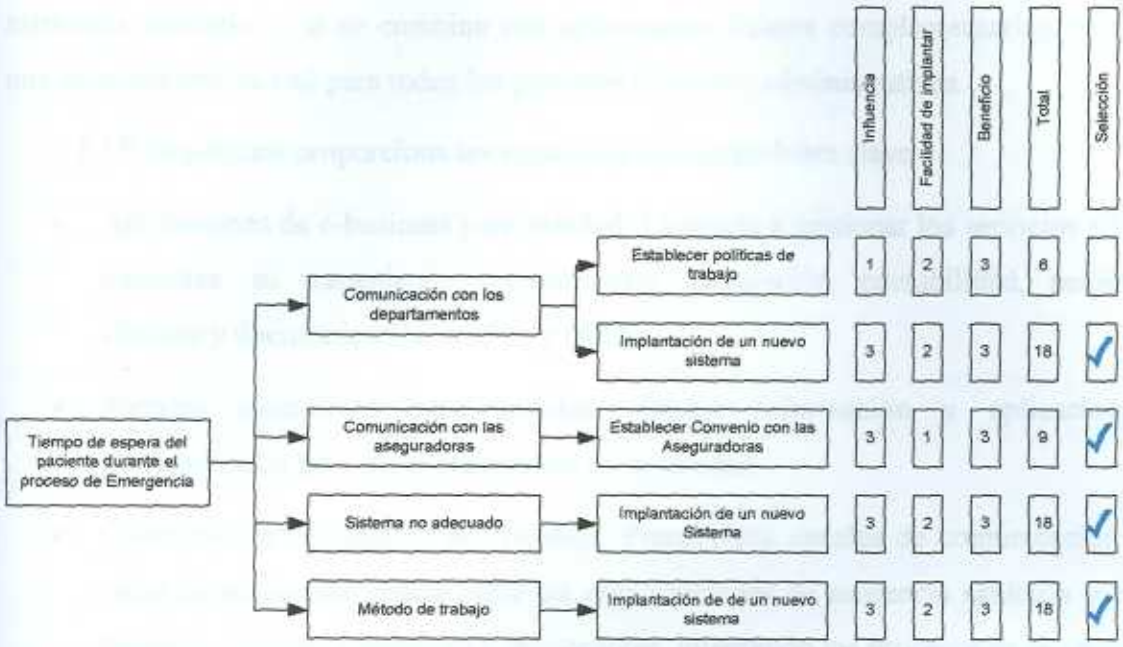


Figura N° 9: Matriz de selección de soluciones del Tiempo de espera del paciente durante el Proceso de Emergencia.

Implantación de un nuevo Sistema

Actualmente la Gerencia Administrativa de Clínica El Ávila presenta un sistema que influye en el buen desenvolvimiento de las operaciones que se realizan a diario en el Departamento de Admisión, Facturación y Cobranza, ya que no permite realizar actividades como:

Registro de facturas de los pacientes en los diferentes departamento de la clínica, lo que trae como resultado retrasos, puesto que la facturas tienen que ser enviadas físicamente al Departamento de Facturación sin ningún control, error al cargar facturas en el sistema ya que por el mismo hecho de no tenerlas registrada en el sistema el facturador es propenso a cometer errores al cargarla.

Administración, manejo y asignaciones de habitaciones, lo que implica demoras en el proceso de ingreso del paciente.

El sistema propuesto es SAP Healthcare, este sistema integra los procesos de asistencia sanitaria y, si se combina con aplicaciones líderes complementarias, ofrece una solución end-to-end para todos los procesos clínicos y administrativos.

SAP Healthcare proporciona las siguientes funcionalidades clave:

- Aplicaciones de e-business para sanidad: Le ayuda a gestionar los servicios a los pacientes, su tratamiento, programación, facturación, contabilidad, pedidos clínicos y documentación médica y clínica.
- Portales específicos para sanidad: Ofrece información y aplicaciones personalizadas para los profesionales de la sanidad.
- Colaboración de negocio por Internet: Proporciona canales de comunicación y redes de suministro online entre las organizaciones de asistencia sanitaria y los médicos, clínicas, pagadores y proveedores, integrando los procesos de la cadena de suministro con los procesos clínicos
- Almacenamiento de datos: Le permite acceder a información de negocio específica de la sanidad (desde resultados de tratamientos médicos hasta datos de laboratorio y de facturación), con el fin de utilizarlos para la planificación estratégica y la toma de decisiones.
- Enfoque centrado en el cliente: Ayuda a coordinar los puntos de contacto con los clientes, alineando todos los procesos de negocio alrededor de los pacientes, médicos externos, donantes y otros clientes.
- Soporte de negocio y gestión empresarial: Le proporciona herramientas y procesos globales para gestionar la contabilidad financiera, recursos humanos, aprovisionamiento y stocks, así como el mantenimiento de las instalaciones y la planta.

Acceso móvil: Proporciona conexión inalámbrica a las aplicaciones e información esenciales desde dispositivos móviles, en cualquier momento y lugar.

Establecer Convenios con las Aseguradoras

En la actualidad, los procesos de Admisión y Cobranza se ven seriamente afectados por la comunicación entre clínica y las distintas aseguradoras, la mayoría de los pacientes que ingresan a Clínica El Ávila vienen respaldados por gran variedad de compañías de seguro, por lo que resultaría bastante satisfactorio para el paciente establecer convenios con los seguros. En primer lugar, se propone que la clínica establezca convenios con la mayor cantidad de aseguradoras posibles, en donde se acuerde que los pacientes que no realicen pre-ingreso (por total emergencia) y se encuentren respaldados por tales compañías, puedan ingresar a la clínica sin necesidad de pedir conformación de clave y cobertura al seguro.

Además de lo anteriormente expuesto, también se plantea que la clínica se encuentre on-line con dichas compañías de seguro, para realizar de una forma más rápida el proceso de comunicación y por ende el de verificación de póliza.

Establecer políticas de trabajo para el proceso de Admisión

Se propone establecer una metodología de trabajo en la cual se obligue al paciente a realizar el proceso de pre-ingreso, se plantea que la clínica adopte como política no permitir el ingreso de pacientes sin haber realizado el proceso de pre-ingreso a menos que se trate de una total emergencia.

Para complementar lo dicho anteriormente, se propone que el paciente realice el proceso de pre-ingreso y obtenga su presupuesto a través del servicio de internet, mediante la implementación de una página web. En caso de que el paciente realice el proceso de pre-ingreso vía internet, deberá llevar el día del ingreso los documentos necesarios (carta aval, presupuesto, informe médico, fotocopia de la cédula del paciente y responsable del registro de admisión).

Es importante destacar, que actualmente Clínica El Ávila cuenta con un sitio web en el cual sólo se le brinda información al usuario de los servicios que presta la institución, a diferencia de una página web en donde hay interacción con los usuarios.

Modificaciones en las operaciones de trabajo en el proceso de Admisión

Se propone asignar la habitación al paciente el mismo día que este realice el proceso de pre-ingreso, a manera de reservación. El sistema propuesto anteriormente, ofrece la administración y manejo de habitaciones, así como también sus diferentes status.

VII.2 Análisis técnico-económico de las propuestas

- **Análisis técnico**

SAP Health Care

Con la implantación de SAP Health Care se resolverían muchos de los problemas mencionados anteriormente, así como también se obtendrían una serie de beneficios que harían mucho más eficiente el desarrollo de las operaciones en los Departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza.

En el Departamento de Facturación se solucionarían los problemas en cuanto al registro de facturas, demoras en recibir facturas por los distintos departamentos y errores por parte del facturador al cargar en el sistema, a través de la integración de los diversos procesos inmersos en el funcionamiento de la institución en una sola aplicación, estableciendo todos los controles necesarios para una sana administración, carga de servicios fijos automáticamente, así como también listado de facturación por sitio, ítem de servicio, cuenta. Al mismo tiempo, con esto se resolverían en una parte que sufre el Departamento de Cobranza por motivo de no recibir facturas a tiempos por parte del Departamento de Facturación.

En el Departamento de Admisión se tendría un control en cuanto a la administración de habitaciones, manejo de ingresos, pre-ingresos, manejo de las habitaciones y sus diferentes status, reduciéndose de esta forma el tiempo de espera del paciente.

En el Departamento de Admisión de Emergencia se solventarían las quejas de los clientes en cuanto a la inexistencia de una base de datos, ya que el sistema propuesto

tiene la característica de contar con una base de datos, que registra toda la información correspondiente del paciente.

Además de dar solución a los problemas planteados, el sistema SAP Health Care aportaría beneficios a la institución tales como:

- Gestionar y coordinar la asistencia al paciente, desde la preinscripción y la asignación de camas hasta la educación del paciente.
- Tener acceso a funciones a través de Internet para la gestión, diagnóstico y terapia de pacientes.
- Valorar números de casos, desarrollar e implementar estrategias de tratamiento y documentar los cuidados clínicos.
- Ponerse en contacto online con proveedores, pagadores, pacientes, médicos de cabecera, hospitales y proveedores.
- Beneficiarse de las potentes funcionalidades de almacenamiento de datos para la planificación de objetivos, cálculo de recursos y casos, así como gestión de resultados.
- Centrarse en la gestión de relaciones con los clientes sobre temas relativos a pacientes, médicos externos, empleados, donantes y otros clientes clave.
- Producir, prosperar y ofrecer cuidados de calidad.

Establecer Convenios con las Aseguradoras

En caso de que se cumplan los convenios entre clínica y aseguradoras, se puede llegar a solventar en gran parte el problema del tiempo de espera del paciente por motivo de clave y cobertura de monto cuando no realice el proceso de pre-ingreso. Por otro lado, también se agilizaría en gran medida el proceso de comunicación con las compañías de seguro, ya sea con pacientes con o sin pre-ingreso, puesto que estando on line la clínica y las aseguradoras se evitarían pérdidas de tiempo por comunicación, resultando un proceso más rápido y eficiente.

Establecer políticas de trabajo

Si la totalidad de los pacientes realizaran el proceso de pre-ingreso vía Internet o directamente en las instalaciones de la institución, se resolvería en gran medida la problemática existente en cuanto al tiempo de espera durante el proceso de admisión, ya que de esta manera los Ejecutivos de Admisión de la clínica no tendrían que esperar largos períodos de tiempos para recibir clave y monto de cobertura por parte de la Compañía de Seguro.

Modificaciones en las operaciones de trabajo

Otro motivo por el cual se ve afectado el tiempo de duración del proceso de admisión, es por la falta de habitaciones disponibles en el momento del ingreso del paciente, lo que hace que el proceso se demore más de lo necesario, esto se debe a la falta de planificación por parte del personal de admisión y demás entes involucrados en cuanto a la asignación de habitaciones.

Si las habitaciones se asignan o reservan en el momento del pre-ingreso de cada paciente, se disminuiría en un porcentaje el tiempo de espera del mismo durante el proceso de ingreso, ya que de esta manera el personal de admisión y demás departamentos involucrados pueden planificar con anterioridad la disponibilidad de camas y habitaciones, logrando que el cliente tenga a su disposición en el momento de ingreso su habitación sin demoras ni contratiempos.

- **Análisis Económico**

Costo Cero

La implementación de modificaciones en las operaciones de trabajo, son mejoras que no representan costo alguno, sólo se necesita de la intervención de un buen equipo humano capaz de planificar las operaciones y trabajar en pro de la mejora planteada, para así lograr un buen funcionamiento del Departamento y por ende satisfacer las necesidades del cliente.

Bajo Costo

Hacer que el paciente realice el proceso de pre-ingreso es una política que requiere de una pequeña inversión, ya que no sólo se necesitaría de la implementación de la política como tal dentro de la institución, sino también de publicidad con la finalidad de informar al cliente que necesitan realizar el pre-ingreso antes de ingresar a la clínica. Para el desarrollo de tal campaña se usarían una serie de medios de información tales como: pendones que se colocarían en la entrada de la clínica, en el departamento de admisión, en cada uno de los pisos y consultorios de la institución; folletos, los cuales se facilitarían al cliente en puntos específicos dentro de la institución y por último haciendo un mantenimiento al sitio web de la clínica, especificando la nueva política.

Tabla N°19: Costos asociados a la propuesta de bajo costo

PROPUESTA	Unidades	COSTO (Bs)
Folletos de papel glacé	250	350.000
Pendones de 1metro de alto	1	200.000
Mantenimiento del sitio web		200.000 (mensual)
TOTAL		750.000

Medio Costo

Para que el paciente pueda realizar el pre-ingreso y presupuesto desde el sitio Web, es necesario implantar una página Web y un hosting que permita agregar base de datos.

Tabla N°20: Costos asociados a la propuesta de medio costo

PROPUESTA	COSTO (Bs)
Página Web	1.000.000
Hosting	200.000 (anual)
Modificaciones al sitio Web	200.000 (mensual)
TOTAL	1.400.000

Alto Costo

La implantación del sistema SAP Healthcare, representa una inversión de gran capital de dinero, sin embargo con la adquisición de este sistema se solventarían a mediano plazo los problemas ya mencionados en capítulos anteriores, además facilitaría

las herramientas y procesos necesarios para gestionar y ofrecer el tipo de servicio sanitario que demanda la Nueva Economía.

Tabla N°21: Costo asociado a la propuesta de alto costo

PROPUESTA	COSTO ($)
SAP Healthcare	2.000.000
TOTAL	2.000.000

Este costo incluye curso de adiestramiento al personal.

VII.3 Definición de los Indicadores de Gestión

Los indicadores de gestión que se definen a continuación, permitirán medir, corregir y mejorar continuamente los procesos. Constituyen una herramienta de mejoramiento de calidad, que se usa para vigilar esa calidad, para observar los comportamientos de la estructura, procesos y resultados, importantes para la dirección, gestión de área clínica y de apoyo.

Tabla N°22: Indicadores de Gestión para el Departamento de Admisión.

ADMISIÓN	
% de Paciente que realizan Pre-ingreso	N° de pacientes que hacen el Pre-ingreso en el período x 100 N° total de pacientes admitidos en el período
Tiempo promedio del proceso de admisión con pacientes con pre-ingreso:	N° total de horas del proceso con pre-ingreso en el período Número de pacientes en admisión en un día en el período
Tiempo promedio del proceso de admisión con pacientes sin pre-ingreso:	N° total de horas del proceso sin pre-ingreso en el período Número de pacientes en admisión en un día en el período
Tiempo promedio de respuesta del seguro con pacientes sin pre-ingreso:	N° total de horas del proceso sin pre-ingreso en el período Número de pacientes en admisión en un día en el período
Encuesta de Satisfacción del Cliente	N° de puntos obtenidos en la encuesta respecto a cada variable x 100 N° total de puntos posibles en la encuesta

Tabla N°23: Indicadores de Gestión para el Departamento de Facturación

FACTURACIÓN	
Tiempo promedio que tarda el facturador en realizar un cierre de cuenta	N° total de horas que tarda el facturador en realizar un cierre de cuenta N° de pacientes que esperan por cierre de cuenta
% de corte de cuenta con errores:	N° de corte de cuenta con errores en el período x 100 N° total de cierres de cuentas en el período
% de cierre de cuenta con errores:	N° de cierre de cuenta con errores en el período x 100 N° total de cierres de cuentas en el período
Tiempo promedio que tarda el facturador en enviar facturas a cobranza:	N° total de horas del que tarda facturación en enviar factura N° de facturas enviadas a cobranza en el período

Tabla N°24: Indicadores de Gestión para el Departamento de Cobranza

COBRANZA	
Tiempo promedio del período de cobro	N° total de horas de permanencia en cobranza / N° de pacientes en cobranzas
Tiempo promedio que se tarda el seguro en dar respuesta de hoja de conformación de cobertura al	N° total de horas que tarda el seguro en dar respuesta en el período / N° de hojas de conformación emitidas en el período
Tiempo promedio que tarda el Liquidador de Cta. con seguro en enviar factura al Seguro	N° total de horas que tarda el liquidador en enviar factura al Seguro en el período / N° de facturas enviadas al Seguro en le período
% de cuentas por cobrar pertenecientes a personas aseguradas	N° de cuentas por cobrar pertenecientes a personas aseguradas en el período x 100 / N° total de cuentas por cobrar en el período
% de cuentas por cobrar pertenecientes a personas naturales	N° de cuentas por cobrar pertenecientes a personas naturales en el período x 100 / N° total de cuentas por cobrar en el período
% de cuentas por cobrar pertenecientes a personas con convenio de pago	N° de cuentas por cobrar pertenecientes a personas con convenio de pago en el período x 100 / N° total de cuentas por cobrar en el período

CAPÍTULO VIII
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VIII – Conclusiones y Recomendaciones

VIII.1. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos durante este Trabajo Especial de Grado, se llegaron a las siguientes conclusiones:

- La comunicación con las compañías de seguro, la existencia de un sistema no adecuado, el no efectuar el proceso de pre-ingreso por parte del paciente y la falta de planificación para la administración de habitaciones, constituyen las causas más comunes del tiempo de espera de los pacientes en el proceso de Admisión.
- Los errores al cargar en el sistema, la comunicación con los departamentos, el registro de facturas y la presencia de un sistema no adecuado, son los motivos más frecuentes por los cuales se ve retrasado el proceso de Facturación
- La demora en recibir facturas, la comunicación con las aseguradoras y la existencia de un sistema no adecuado, son las causas más usuales que retrasan el proceso de Cobranza y el proceso de Emergencia.
- Los resultados más importantes obtenidos de las encuestas son los siguientes: en general el proceso de admisión y cobranza fue calificado regular, a causa del seguro y por errores en el proceso de cobranza y facturación, se ve afectado el proceso de egreso de los pacientes.
- La implantación del sistema propuesto como sustitución del sistema actual existente en Clínica El Ávila, representa una alternativa rentable si se desea aumentar la productividad y el valor de la empresa, para poder prestar una asistencia excepcional a sus pacientes.
- Es importante que se establezcan convenios con las empresas de seguro, para garantizarle a los clientes de la clínica un menor tiempo de espera durante el proceso de Admisión y Cobranza.

VIII.2. Recomendaciones

- Aplicar cada mes los indicadores de gestión definidos y registrar los resultados obtenidos, con el objeto de medir, controlar y corregir continuamente los procesos.

- Retroalimentar continuamente la base de datos, que contiene la información necesaria de admisión, facturación y cobranza, para poder controlar los indicadores propuestos.

- Implementar el sistema propuesto, ya que ofrece las herramientas y procesos necesarios para gestionar y brindar el tipo de servicio sanitario que demanda la nueva economía.

- Concientizar a los médicos de la clínica para que promuevan a los pacientes a realizar el proceso de pre-ingreso.

- Revisar funciones laborales de los empleados en cada uno de los departamentos de la Gerencia Administrativa.

- Realizar mantenimiento periódico a los equipos (computadoras, impresoras, fax) de los departamentos de Admisión, Facturación y Cobranza, con la finalidad de prevenir fallas que entorpezcan o retrasen los procesos.

- Establecer acuerdos con las aseguradoras, con el fin de reducir el tiempo de espera del paciente y ofrecerle un proceso mucho más cómodo y eficiente.

- Realizar cursos de mejoramiento continuo al personal de la Gerencia Administrativa, en donde se les reafirme la misión y visión de la institución.

- Crear un formato donde se puedan reportar diariamente los errores de facturas.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- MEJÍA G., BRAULIO. **"Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud".** Ecoe Ediciones, 2002. Bogotá, Colombia.
- KAPLAN, ROBERT S. **"Cuadro de Mando Integral"**. Ediciones Gestión 2000, S.A. Barcelona, España.
- NIEBEL, BENJAMÍN. "**Estudio de Tiempos y Movimientos**". Ediciones AlfaOmega 1996.
- HODSON, WILLIAM K. **"Manual del Ingeniero Industrial volumen I"**. Editorial McGraw Hill. Cuarta Edición, 2003. México D.F.
- KANAWATY, GEORGE. Introducción al Estudio del Trabajo. Editorial Limusa. Cuarta Edición, 2002. México D.F.
- HERNÁNDEZ S., ROBERTO. **"Metodología de la Investigación"**. Editorial McGraw Hill. Primera Edición, 1991. México D.F.
- DANIELA

Páginas Web

www.monografias.com/trabajos7/herba/herba.shtml

www.monografias.com/trabajos14/ flujograma/flujograma.shtml

www.sap.com/solutions/businessmaps/ 621CD773F40A4344BFB11E132270ABC3/

www.gestiopolis.com/canales/gerencial/ articulos/no%2010/**tiempos**ymovimientos.htm

www.clinicaelavila.com/

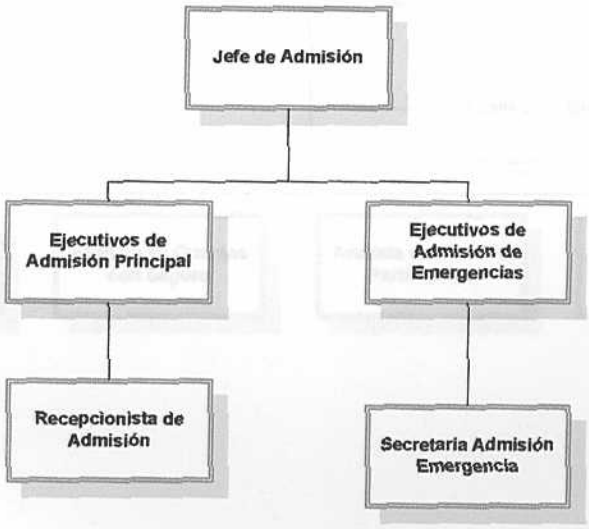
www.monografias.com/trabajos14/ calidad-salud/calidad-salud.shtml

ANEXOS

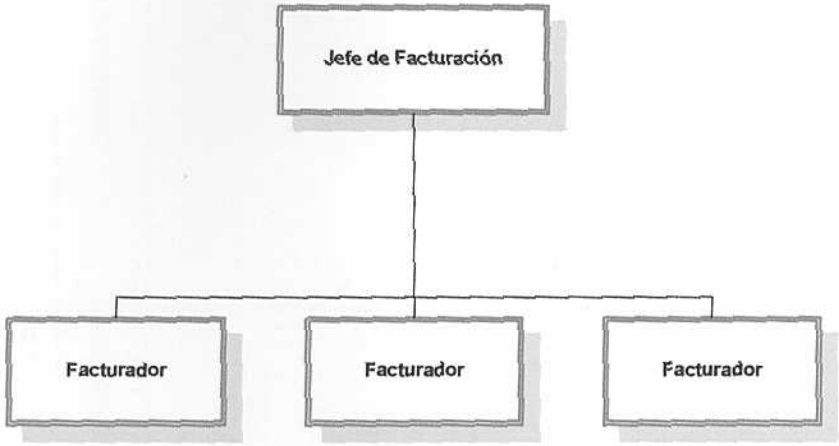
ANEXOS A

Anexo A.1: Organigrama Administrativo de Clínica El Ávila

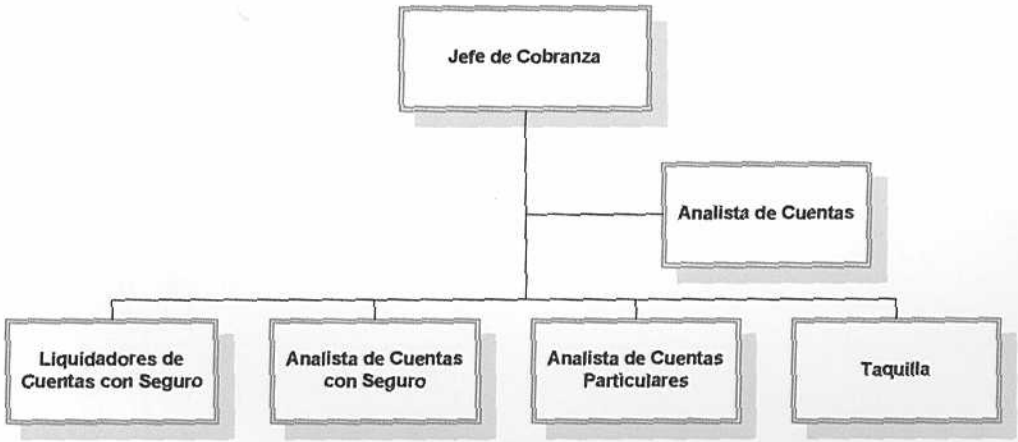
Anexo A.2: Organigrama del Departamento de Admisión de Clínica El Ávila



Anexo A.3: Organigrama del Departamento de Facturación de Clínica El Ávila

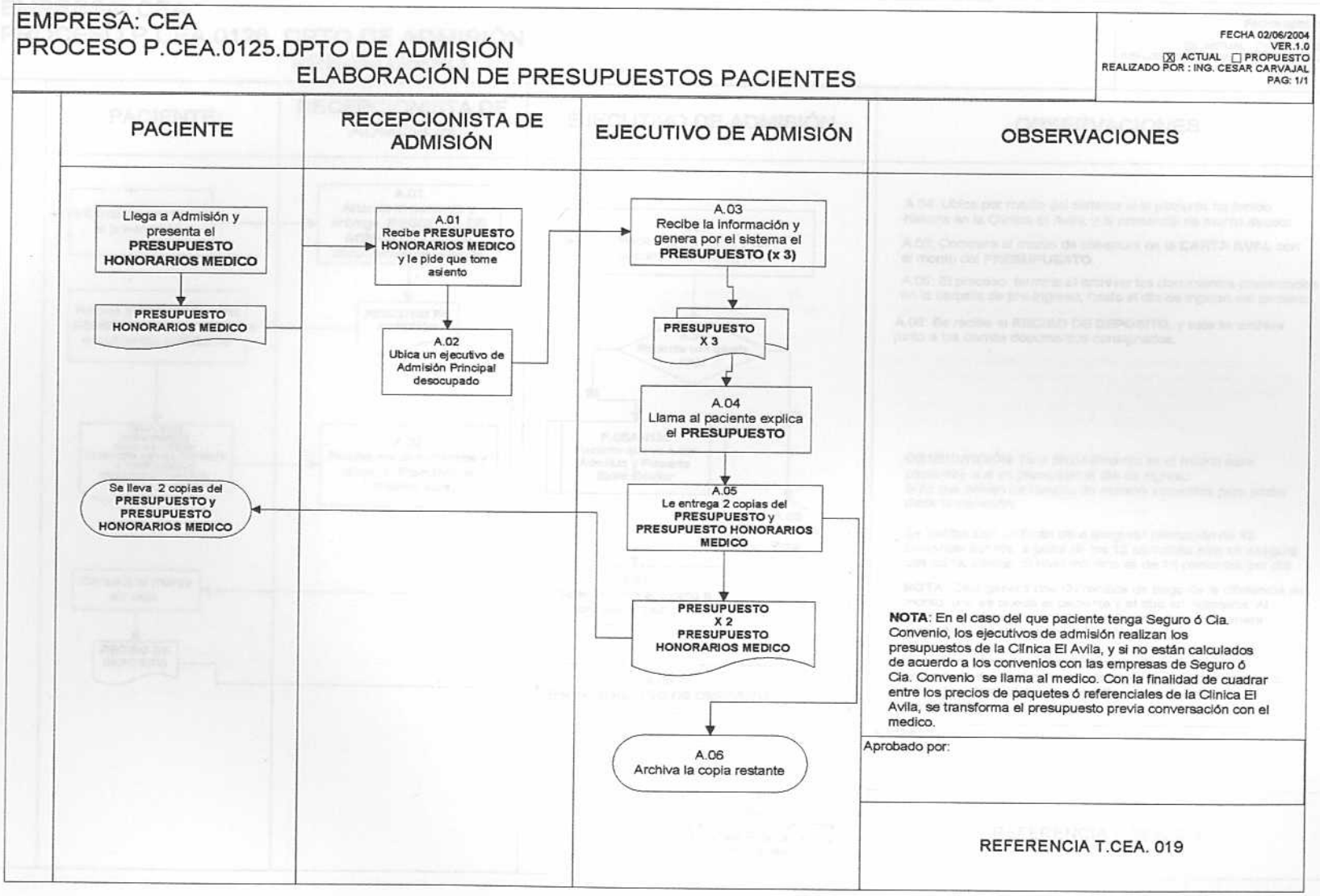


Anexo A.4: Organigrama del Departamento de Cobranza de Clínica El Ávila



ANEXOS B

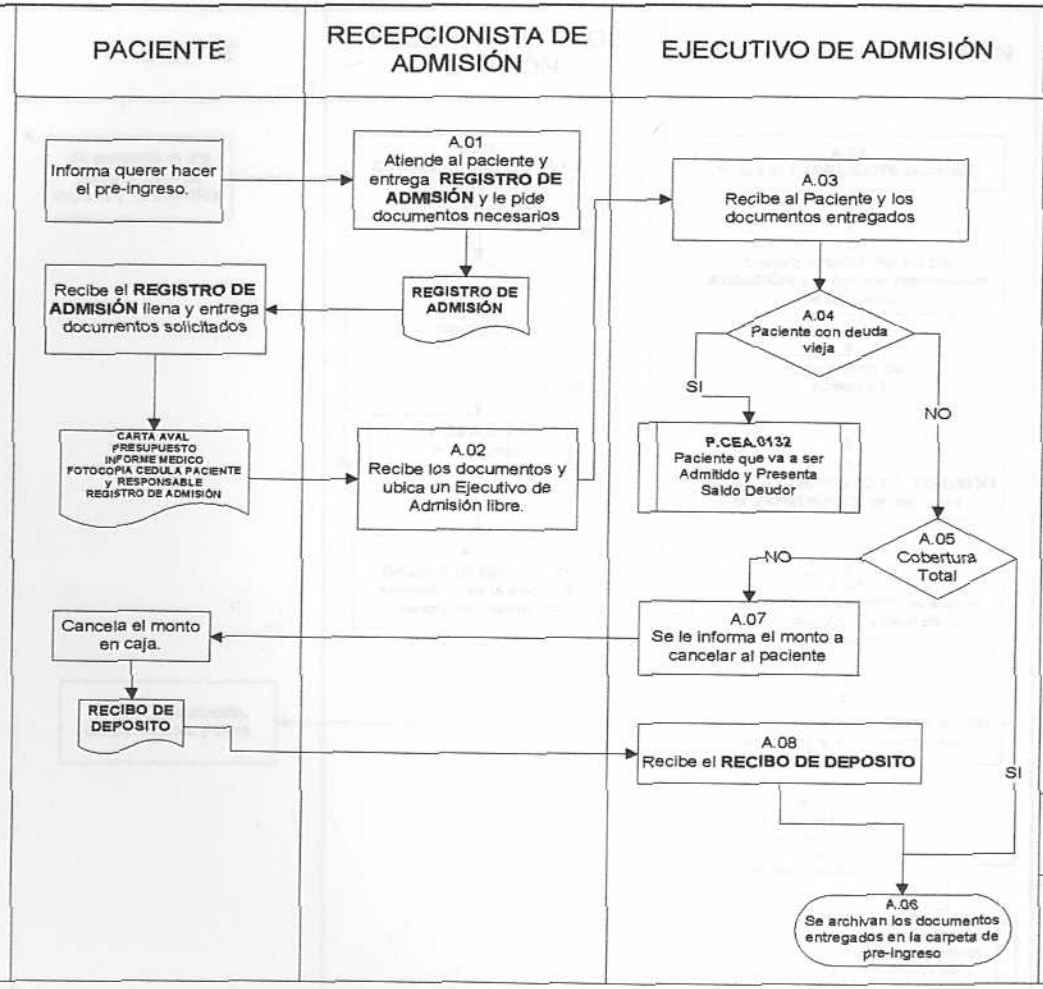
Anexo B .1: Flujograma del proceso de Elaboración de Presupuestos



Anexo B.2: Flujograma del proceso de Pre-ingreso

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0126. DPTO DE ADMISIÓN
PRE-INGRESO

FECHA 02/06/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/1



OBSERVACIONES

A.04: Ubica por medio del sistema si el paciente ha tenido historia en la Clínica El Avila, y la presencia de monto deudor.

A.05: Compara el monto de cobertura de la **CARTA AVAL** con el monto del **PRESUPUESTO**.

A.06: El proceso termina al archivar los documentos presentados en la carpeta de pre-ingreso, hasta el día de ingreso del paciente,

A.08: Se recibe el **RECIBO DE DEPOSITO**, y este se archiva junto a los demás documentos consignados.

OBSERVACIÓN: Este procedimiento es el mismo para pacientes que se presenten el día de ingreso.
Solo que deben de hacerlo de manera inmediata para poder darle la admisión.

Se trabaja con un límite para asegurar habitación de 12 pacientes por día, a partir de los 12 pacientes solo se asegura una cama clínica. El nivel máximo es de 16 pacientes por día.

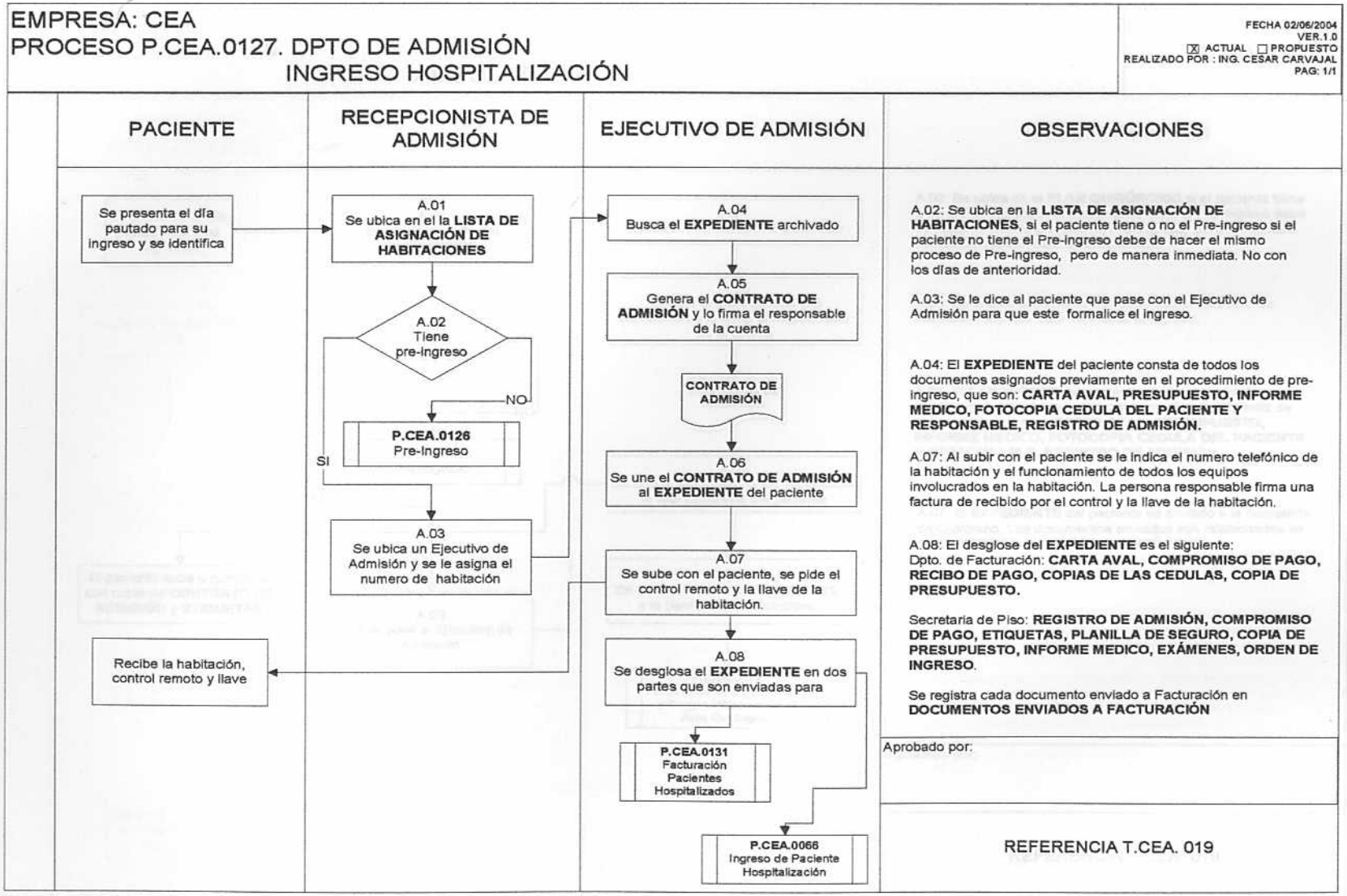
NOTA: Caja genera dos (2) recibos de pago de la diferencia de monto, uno se queda el paciente y el otro en Admisión. Al efectuarse el pago esta información se refleja de manera automática en el sistema.

Cuando el paciente es particular y no tiene seguro, el procedimiento es el mismo lo único es que no hay una carta aval, el paciente debe de depositar el monto total del presupuesto.

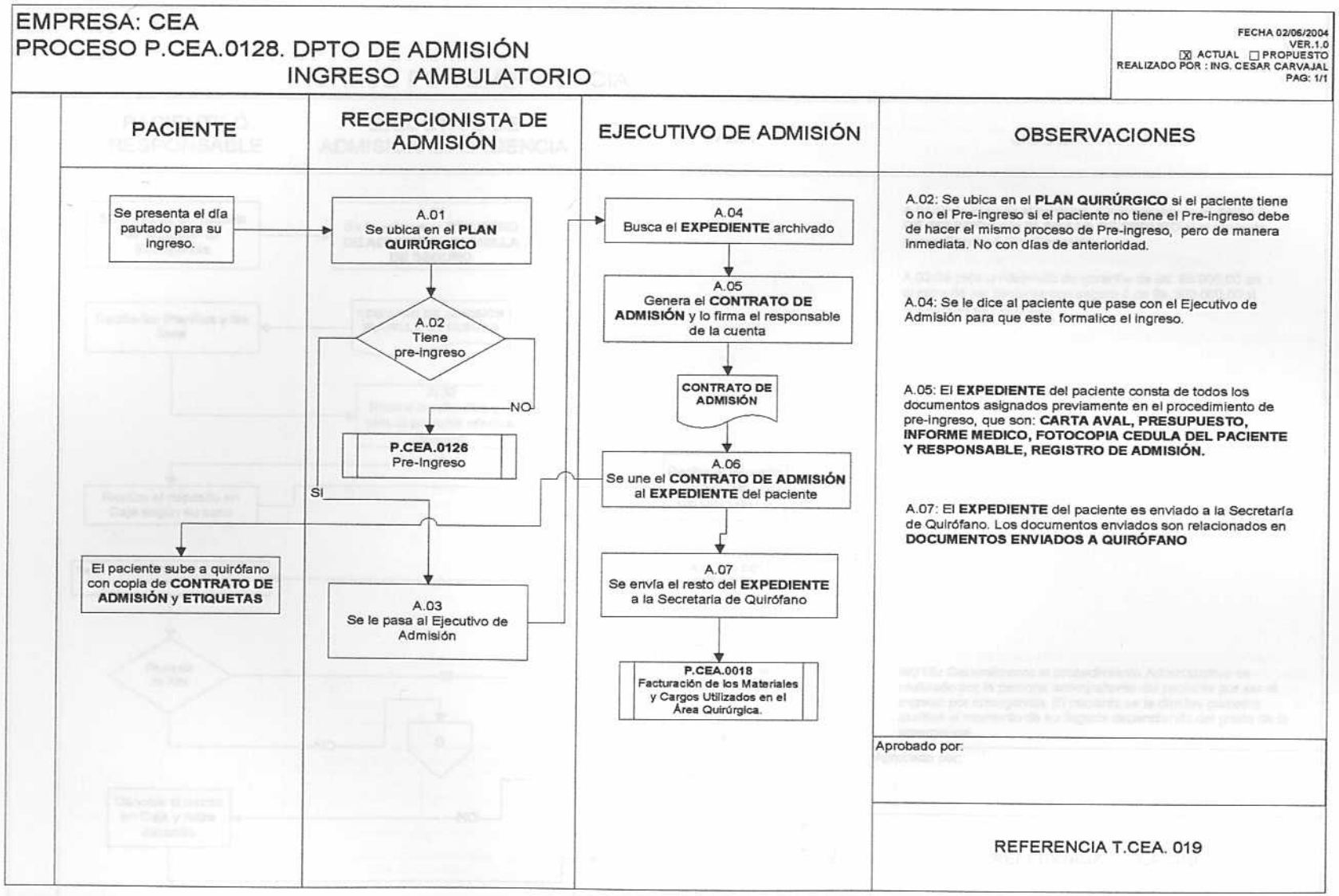
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 019

Anexo B.3: Flujograma del proceso de Ingreso por Hospitalización



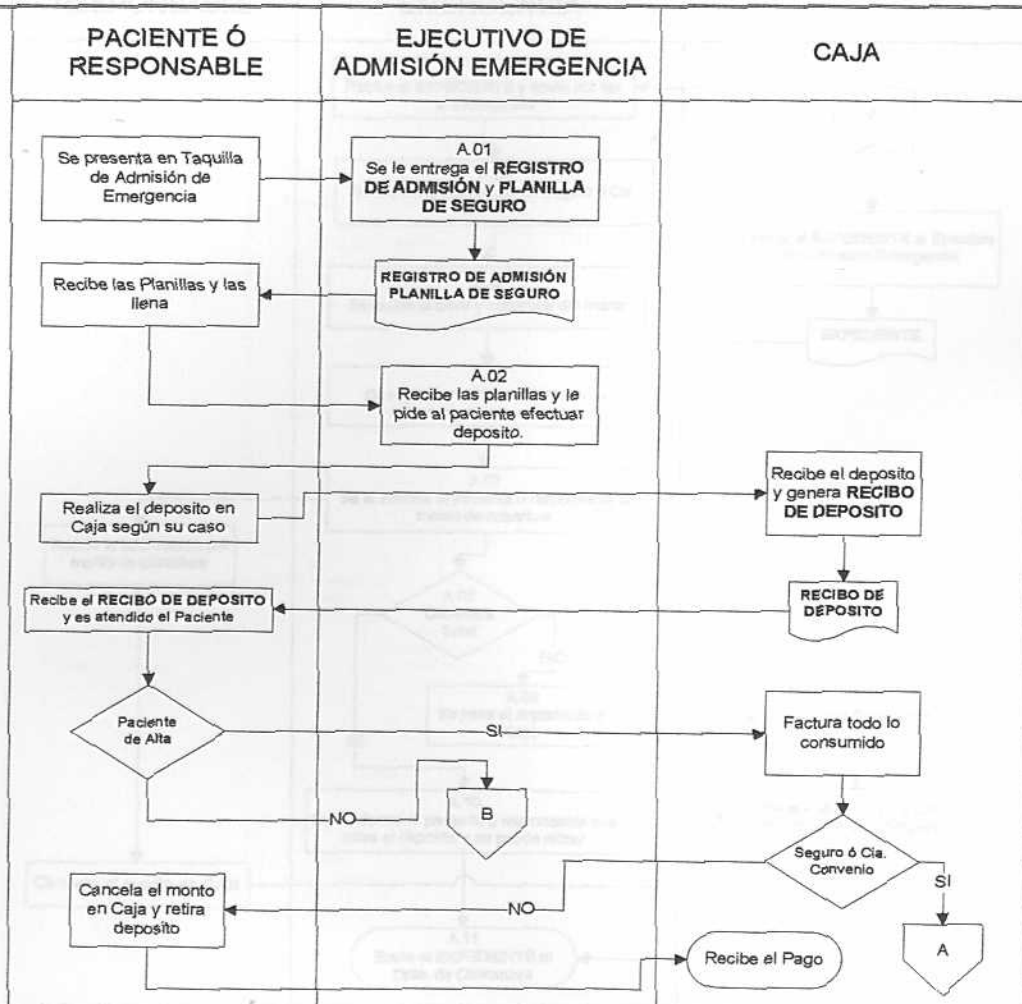
Anexo B.4: Flujograma del proceso de Ingreso Ambulatorio



Anexo B.5: Flujograma del proceso de Ingreso por Emergencia

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0129. DPTO DE ADMISIÓN
INGRESO POR EMERGENCIA

FECHA 02/06/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/4



OBSERVACIONES

A.01:Se le entrega al paciente o responsable la **PLANILLA DE ADMISIÓN** y la **PLANILLA DE SEGURO** si el paciente posee Seguro ó Cia. Convenio.

A.02:Se pide un deposito de garantía de Bs. 95.000,00 en el caso de ser paciente con seguro ó de Bs.300.000,00 si el paciente es particular.

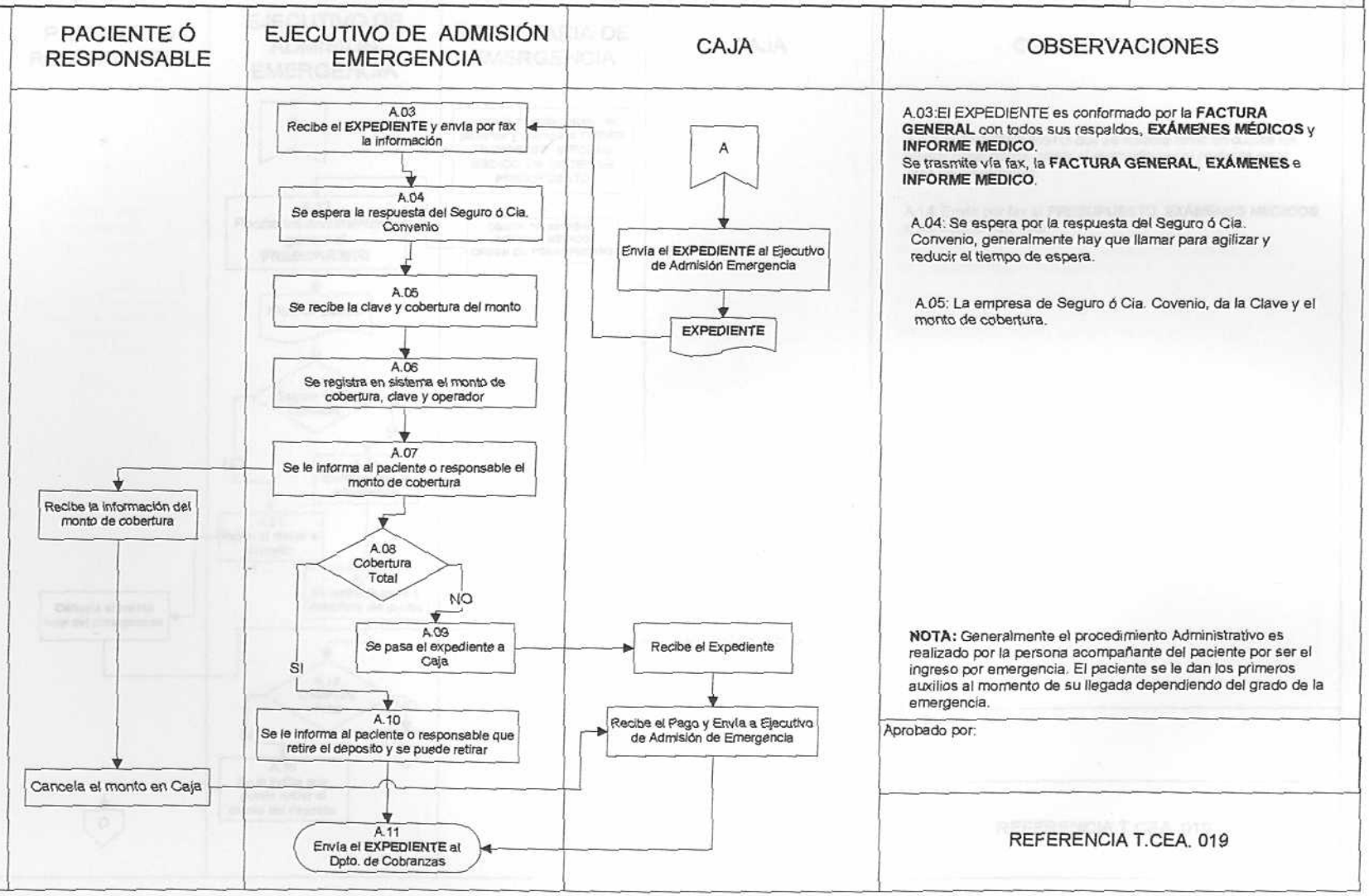
NOTA: Generalmente el procedimiento Administrativo es realizado por la persona acompañante del paciente por ser el ingreso por emergencia. El paciente se le dan los primeros auxilios al momento de su llegada dependiendo del grado de la emergencia.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 019

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0129. DPTO DE ADMISIÓN
INGRESO POR EMERGENCIA

FECHA 02/08/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/4



OBSERVACIONES

A.03:El EXPEDIENTE es conformado por la **FACTURA GENERAL** con todos sus respaldos, **EXÁMENES MÉDICOS** y **INFORME MEDICO**.
Se trasmite vía fax, la **FACTURA GENERAL**, **EXÁMENES** e **INFORME MEDICO**.

A.04: Se espera por la respuesta del Seguro ó Cia. Convenio, generalmente hay que llamar para agilizar y reducir el tiempo de espera.

A.05: La empresa de Seguro ó Cia. Covenio, da la Clave y el monto de cobertura.

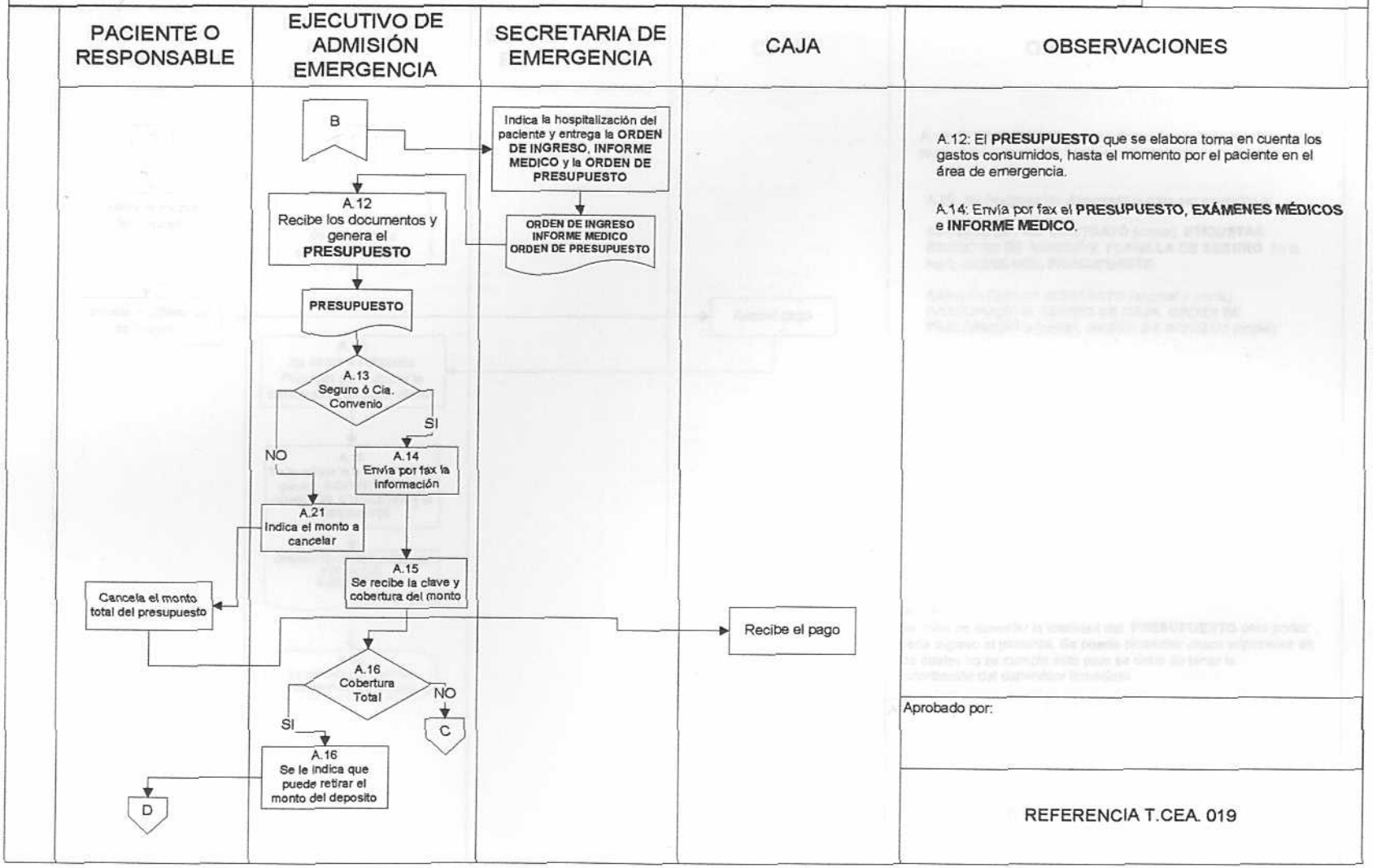
NOTA: Generalmente el procedimiento Administrativo es realizado por la persona acompañante del paciente por ser el ingreso por emergencia. El paciente se le dan los primeros auxilios al momento de su llegada dependiendo del grado de la emergencia.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 019

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0129. DPTO DE ADMISIÓN
INGRESO POR EMERGENCIA

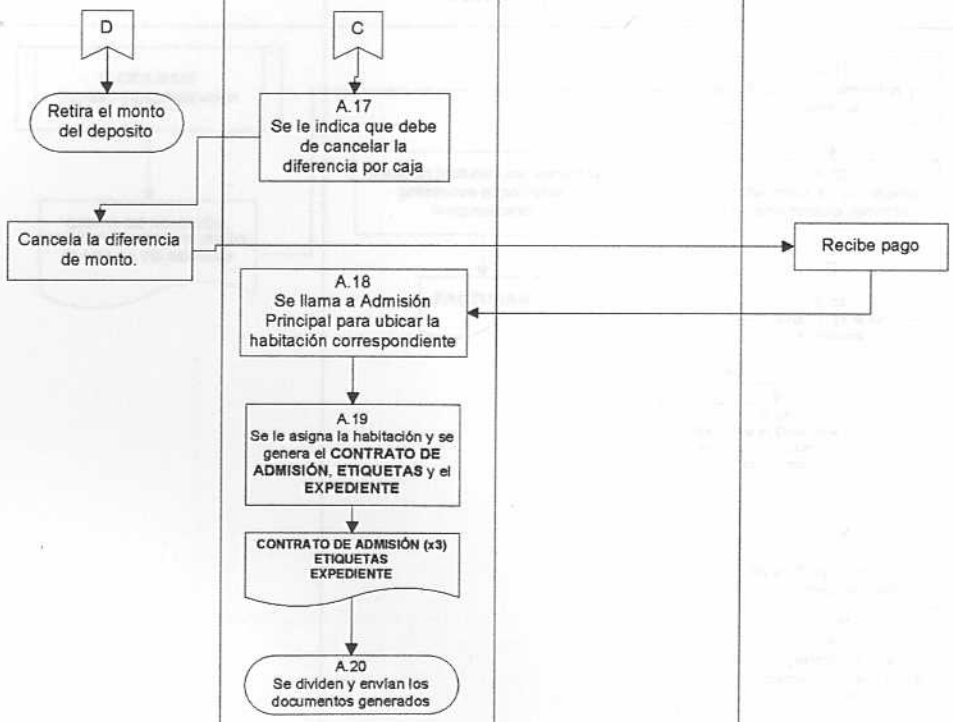
FECHA 02/06/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 3/4



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0129. DPTO DE ADMISIÓN
INGRESO POR EMERGENCIA

FECHA 02/06/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 4/4

PACIENTE O RESPONSABLE	EJECUTIVO DE ADMISIÓN EMERGENCIA	SECRETARIA DE EMERGENCIA	CAJA	OBSERVACIONES



A.19: El **EXPEDIENTE** esta conformado por toda la información recaudada y generada hasta el momento de darle ingreso.

A.20: Se desglosa los documentos para ser enviados a:

Secretaria de Piso: **CONTRATO** (copia), **ETIQUETAS**, **REGISTRO DE ADMISIÓN**, **PLANILLA DE SEGURO** (si la hay), **EXÁMENES**, **PRESUPUESTO**.

Admisión General: **CONTRATO** (original y copia), **PRESUPUESTO**, **RECIBO DE CAJA**, **ORDEN DE PRESUPUESTO** (copia), **ORDEN DE INGRESO** (copia)

NOTA:
Se debe de cancelar la totalidad del **PRESUPUESTO** para poder darle ingreso al paciente. Se puede presentar casos especiales en los cuales no se cumpla esto pero se debe de tener la autorización del supervisor inmediato.

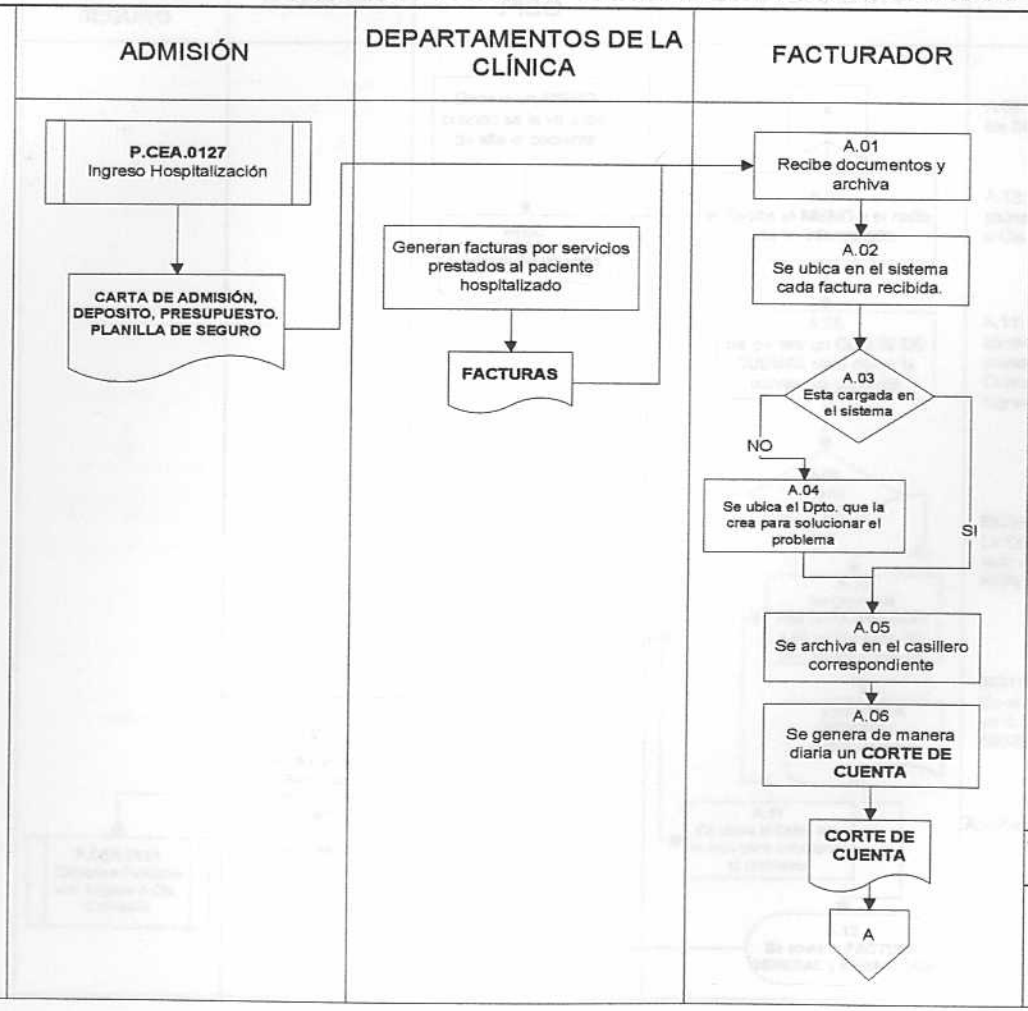
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 019

Anexo B.6: Flujograma del proceso de Facturación de pacientes hospitalizado

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0131: DPTO DE FACTURACIÓN
FACTURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

FECHA 18/05/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/2



OBSERVACIONES

A.01: Esta documentación es archivada, durante el tiempo que el paciente este hospitalizado, en un casillero correspondiente al numero de habitación.

A.03: Por medio del numero de historia medica se revisa si la factura esta cargada en el sistema y si el monto es correcto.

A.04: Hay algunos cargos por servicios prestados que deben de ingresarse al sistema de forma manual. En este caso se ubica al facturador que ingreso los datos para solucionar el problema.

A.05: Todos los días se genera un **CORTE DE CUENTA** por cada paciente hospitalizado en la clínica, para llevar un control de la cuenta del mismo.

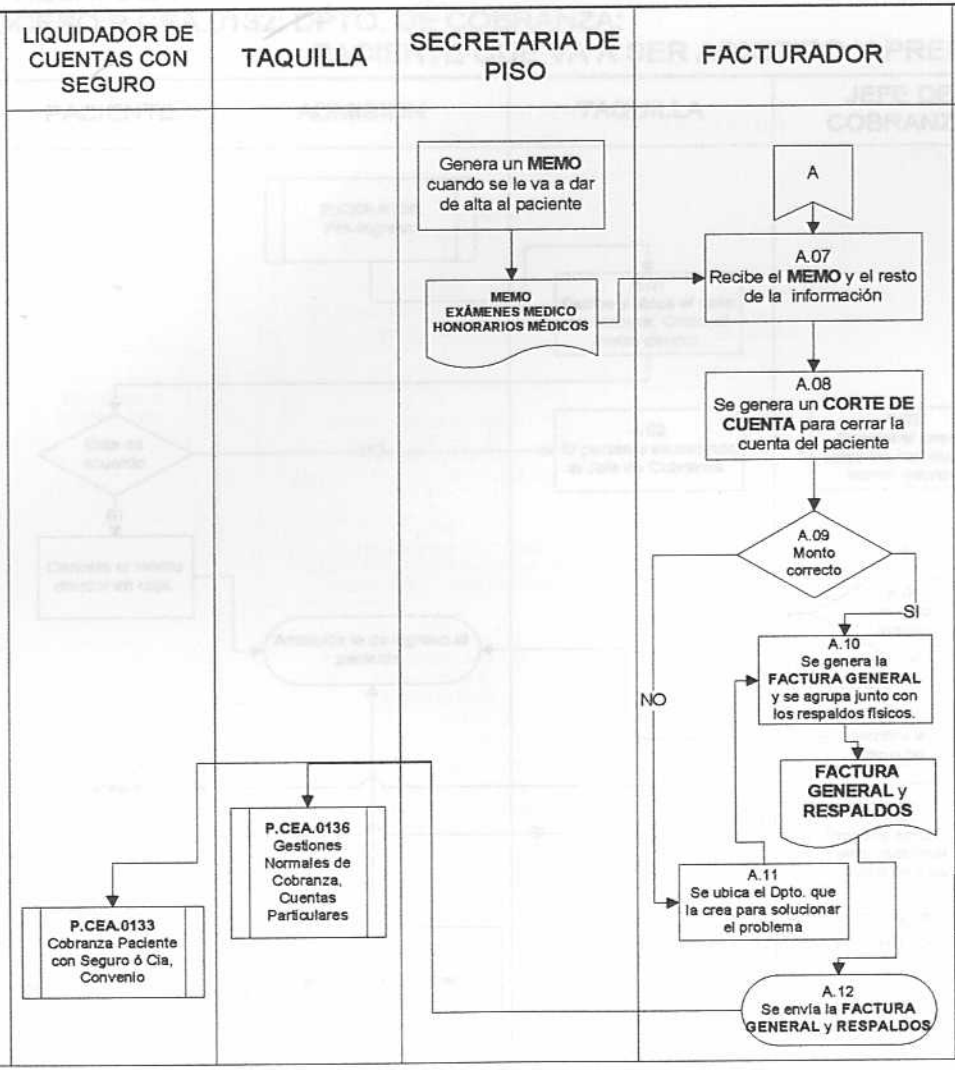
NOTA:
Los departamentos de la Clinica que se mencionan, son todos aquellos servicios que le son suministrados al paciente hospitalizados desde el momento de su ingreso.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA.020

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0131: DPTO DE FACTURACIÓN
FACTURACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

FECHA 18/05/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/2



OBSERVACIONES

A.09: Se verifica los montos de los servicios cargados en el sistema, contra los físicos. Previniendo algún error en la **FACTURA GENERAL**

A.12: La **FACTURA GENERAL** y **RESPALDOS** son enviados según el tipo de paciente si es particular a TAQUILLA, si es paciente con Empresa de Seguro o Cia. Convenio a Liquidadores de Cuentas con Seguro

A.11: Cuando hay un cargo en la factura y no esta el respaldo correspondiente, se llama al departamento involucrado para pedir la explicación del faltante físico.
Cuando el cargo es ingresado de manera manual se ubica al facturador que ingreso la información sobre los cargos reflejados en la factura.

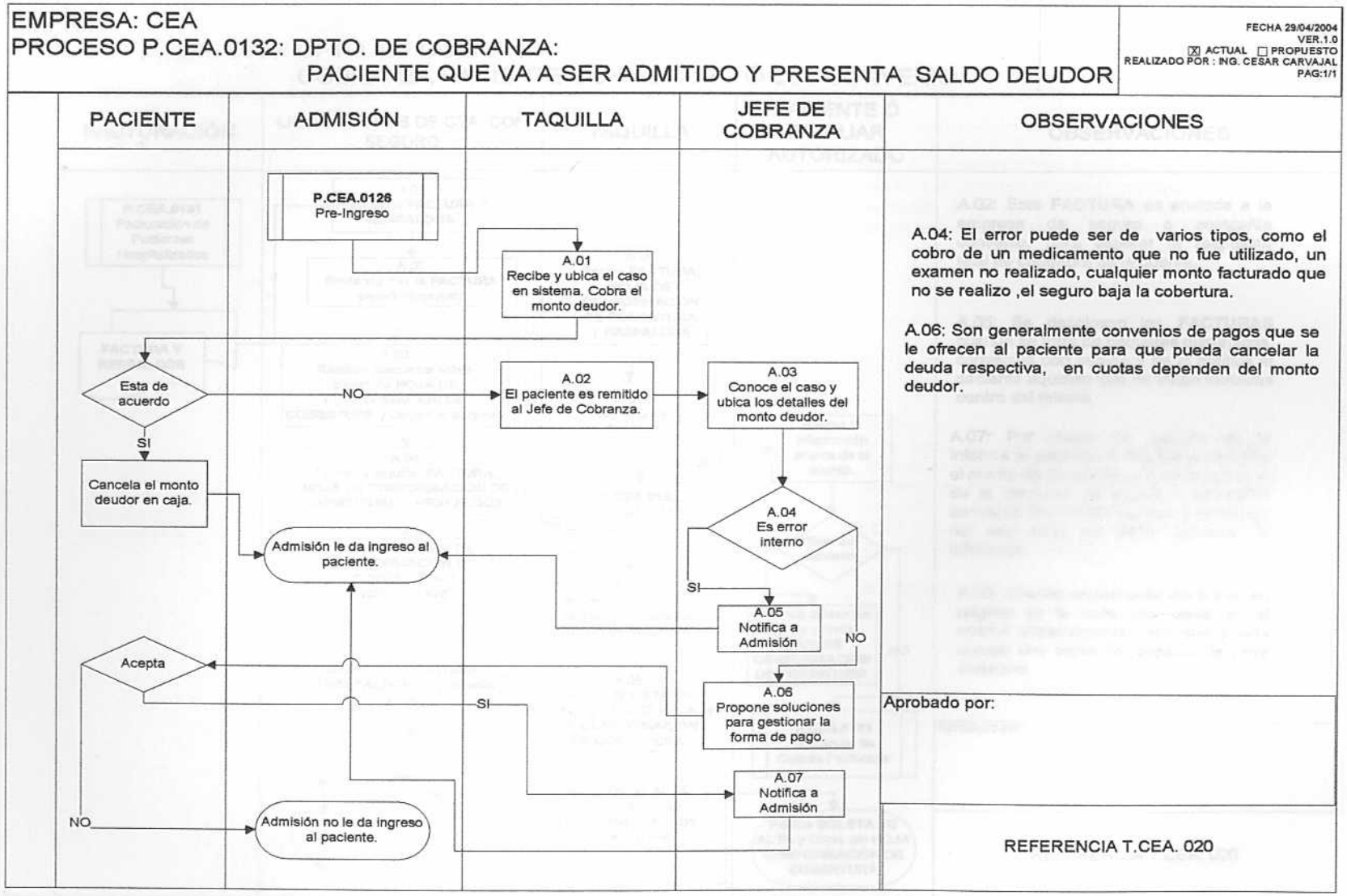
NOTA:
La Secretaria de piso informa la alta del paciente y envía la información de este a facturación, la cual consiste en **EXÁMENES MÉDICOS**, **HONORARIOS MÉDICOS**.

NOTA:
En el caso de haber un error en la información sobre los cargos reflejados en la cuenta este se puede corregir antes de generar la **FACTURA GENERAL** si esta ya esta generada se anula con el Jefe de Cobranza.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA.020

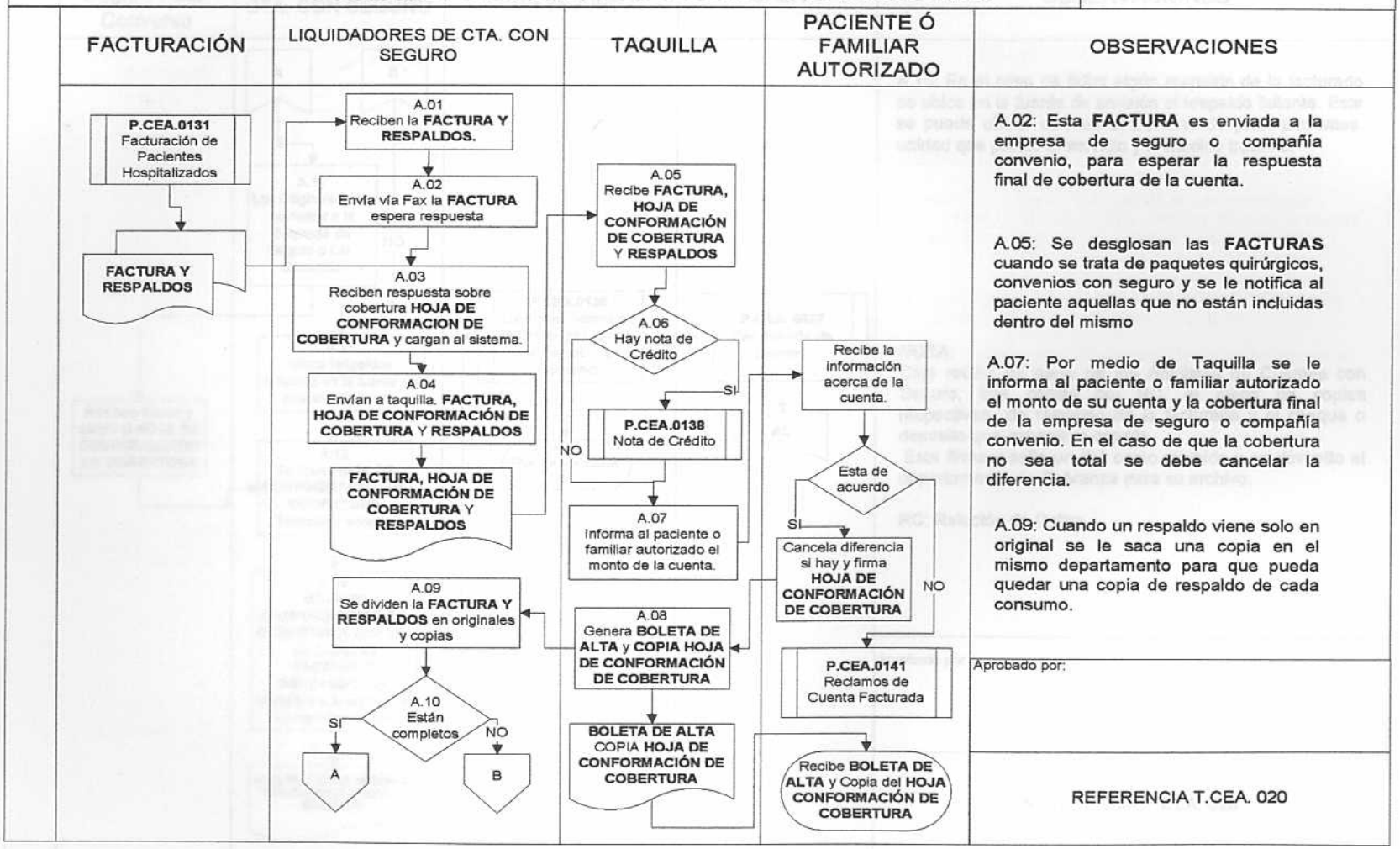
Anexo B.7: Flujograma del proceso de Paciente que va a ser admitido y presenta saldo deudor



Anexo B.8: Flujograma del proceso de Cobranza de paciente con Seguro o Compañía Convenio

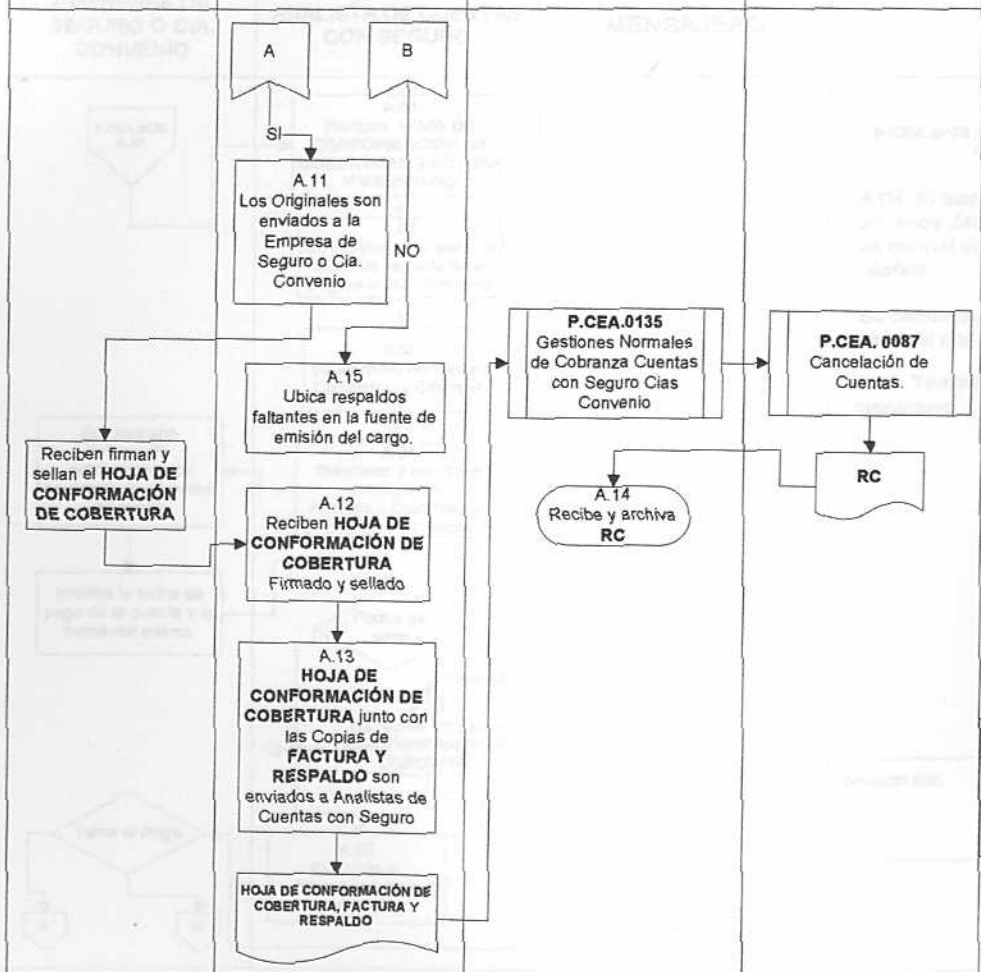
EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA. 0133: DPTO. DE COBRANZA:
COBRANZA PACIENTE CON SEGURO Ó CIA. CONVENIO

FECHA 29/04/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/2



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0133: DPTO. DE COBRANZA:
COBRANZA PACIENTE CON SEGURO Ó CIA CONVENIO

FECHA 29/04/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/2



OBSERVACIONES

A.15: En el caso de faltar algún respaldo de lo facturado se ubica en la fuente de emisión el respaldo faltante. Este se puede ubicar con las secretarias de piso, pacientes, unidad que presto el servicio y el medico tratante.

NOTA:
Caja recibe de parte de los Analistas de Cuentas con Seguro, tres copias del RC, el juego de copias respectivas de respaldo de lo facturado y el cheque o deposito que cancela la cuenta.
Esta firma y sella un RC como recibido y es devuelto al departamento de Cobranza para su archivo.

RC: Relación de Cobro

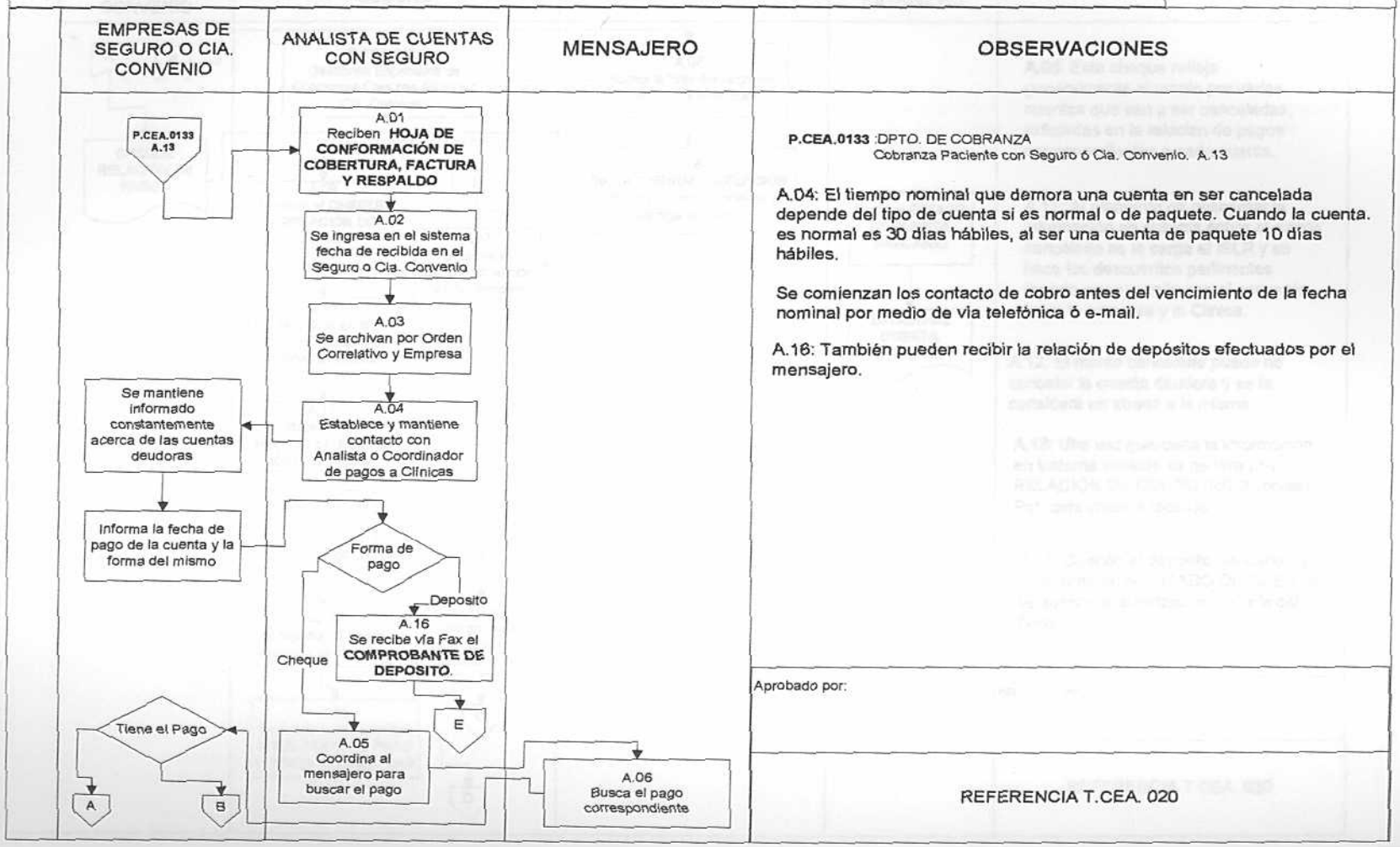
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 020

Anexo B.9: Flujograma del proceso de Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio

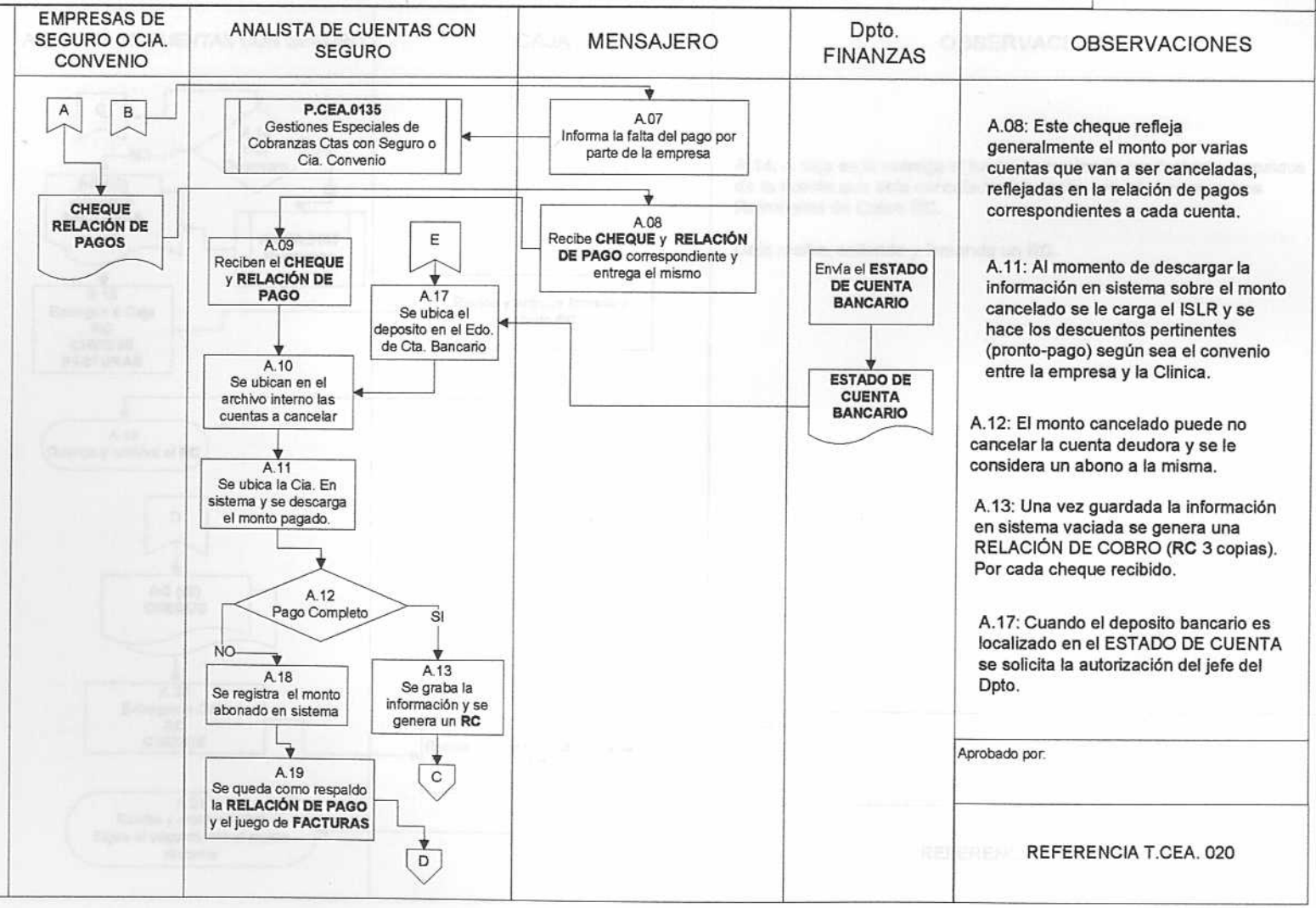
EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0134: DPTO. DE COBRANZA:
GESTIONES NORMALES DE COBRANZA, CUENTAS CON SEGURO Ó CIA. CONVENIO

FECHA 29/04/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/3



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0134: DPTO. DE COBRANZA:
GESTIONES NORMALES DE COBRANZA, CUENTAS CON SEGURO Ó CIA. CONVENIO

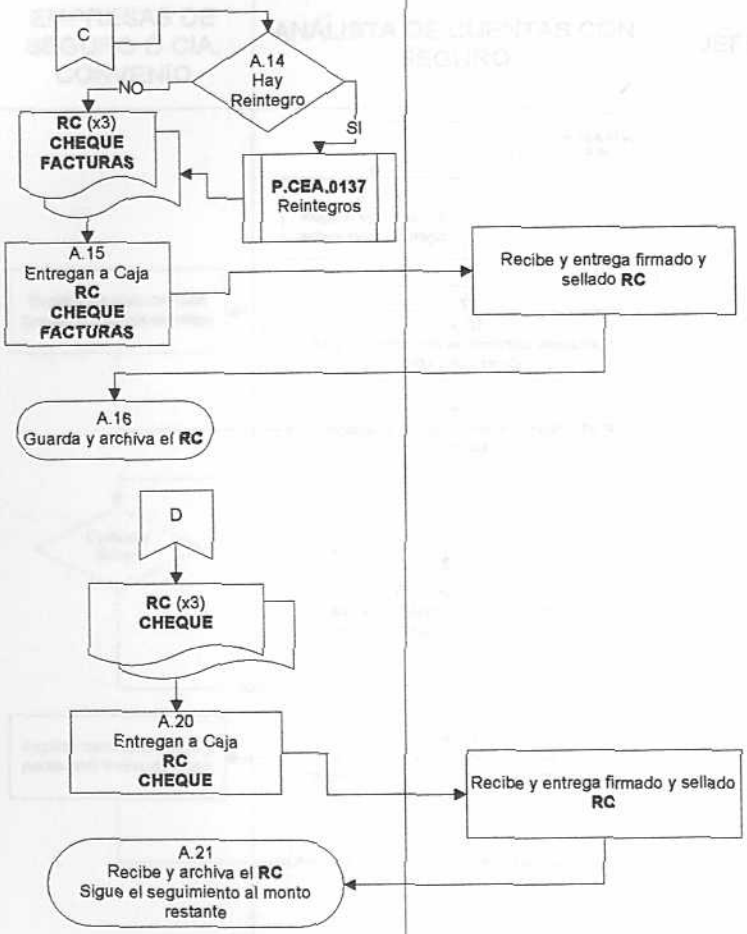
FECHA 29/04/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/3



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0134: DPTO. DE COBRANZA:
GESTIONES NORMALES DE COBRANZA, CUENTAS CON SEGURO Ó CIA. CONVENIO

FECHA 29/04/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 3/3

ANALISTA DE CUENTAS CON SEGURO | CAJA | OBSERVACIONES



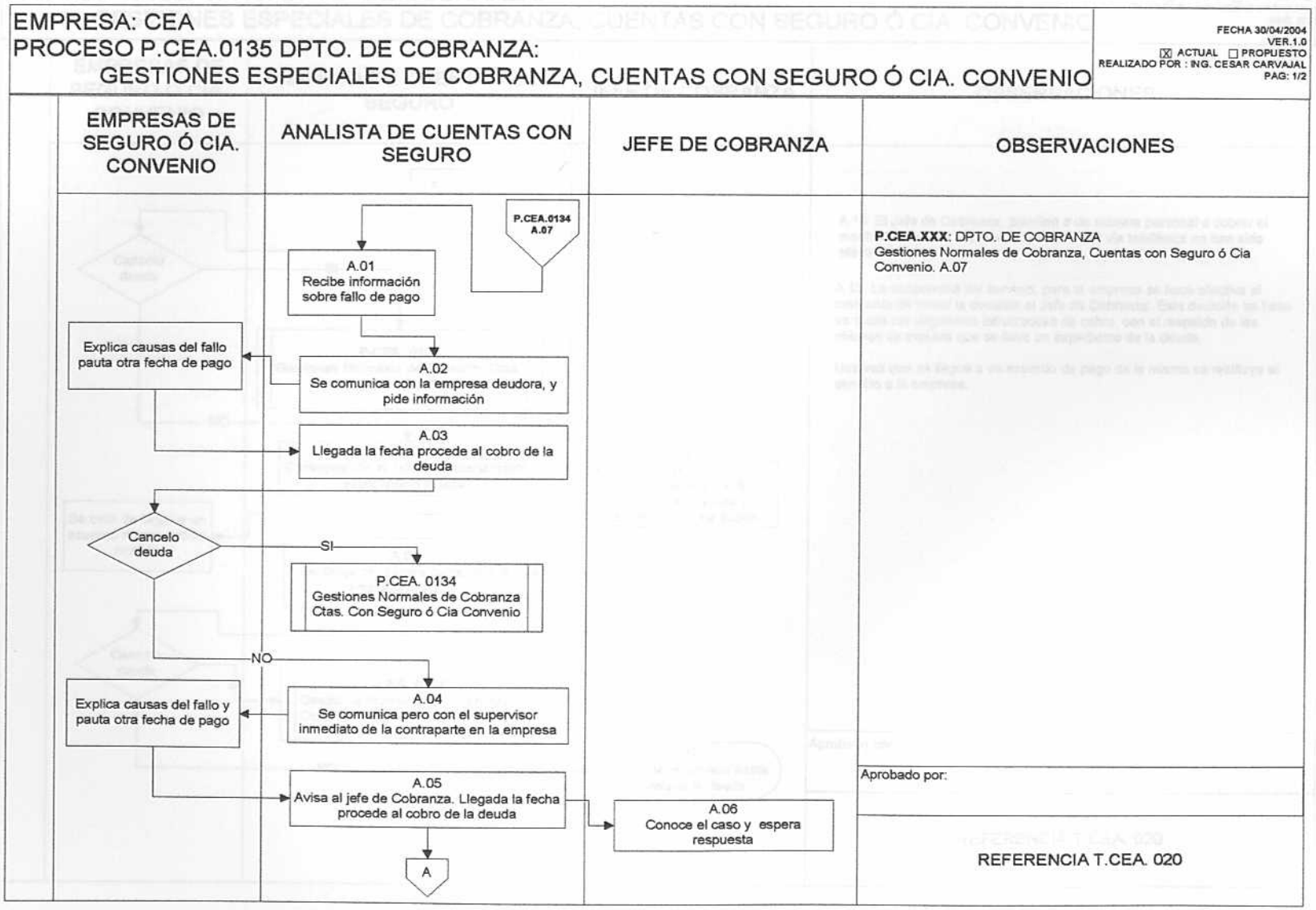
A.14: A caja se le entrega el juego de copias de las facturas respaldos de la cuenta que esta cancelada con el cheque, el cheque y tres Relaciones de Cobro **RC**.

Caja recibe, sellando y firmando un **RC**.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 020

Anexo B.10: Flujograma del proceso de Gestiones Especiales de Cobranza, Cuentas con Seguro o Cía. Convenio



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0135: DPTO. DE COBRANZA:
GESTIONES ESPECIALES DE COBRANZA, CUENTAS CON SEGURO Ó CIA. CONVENIO

FECHA 30/04/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/2

OBSERVACIONES

A.10: El Jefe de Cobranza, planifica ir de manera personal a cobrar el monto deudor una vez que los intentos por vía telefónica no han sido efectivos

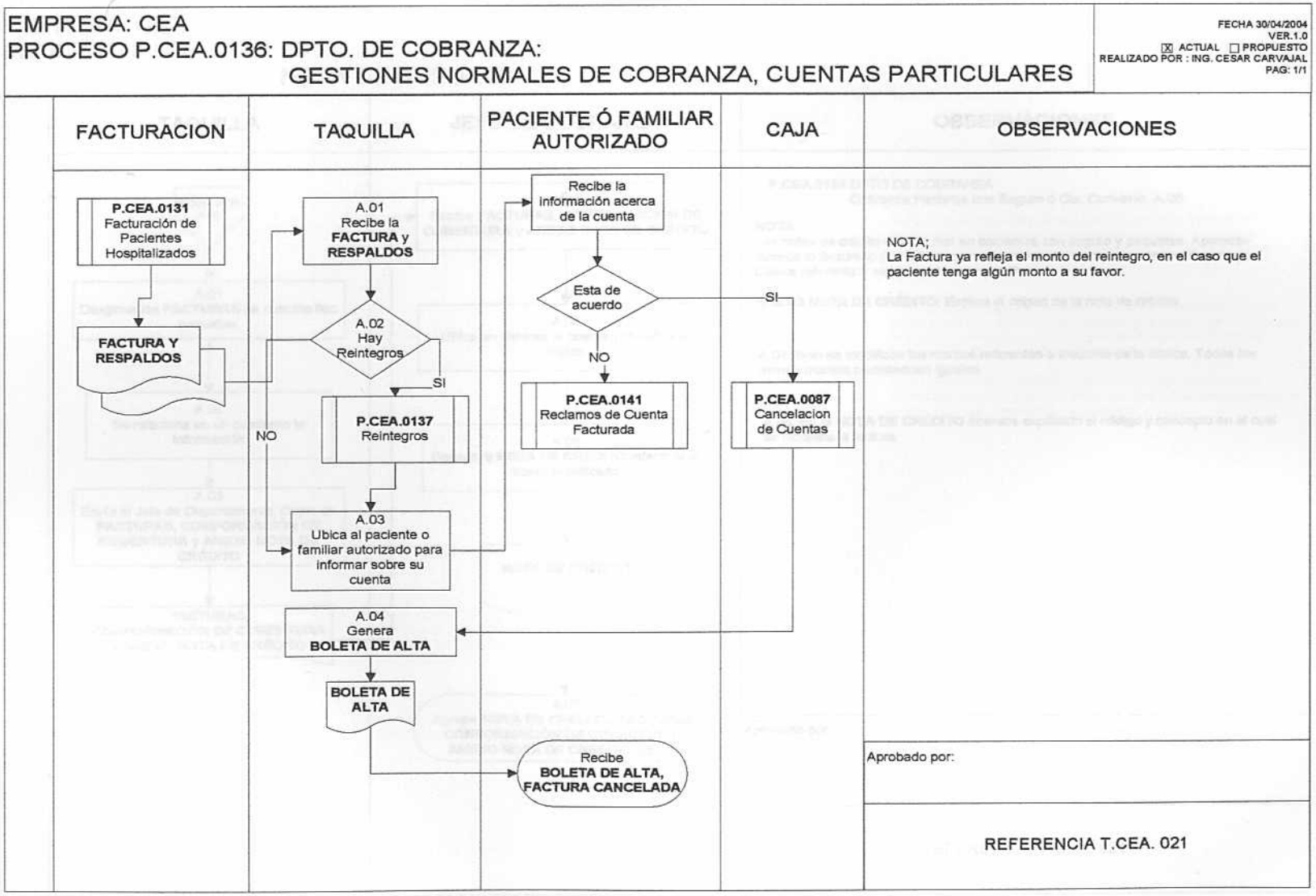
A.13: La suspensión del servicio, para la empresa se hace efectiva al momento de tomar la decisión el Jefe de Cobranza. Esta decisión se basa en todas las diligencias infructuosas de cobro, con el respaldo de las mismas de manera que se lleva un expediente de la deuda.

Una vez que se llegue a un acuerdo de pago de la misma se restituye el servicio a la empresa.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 020

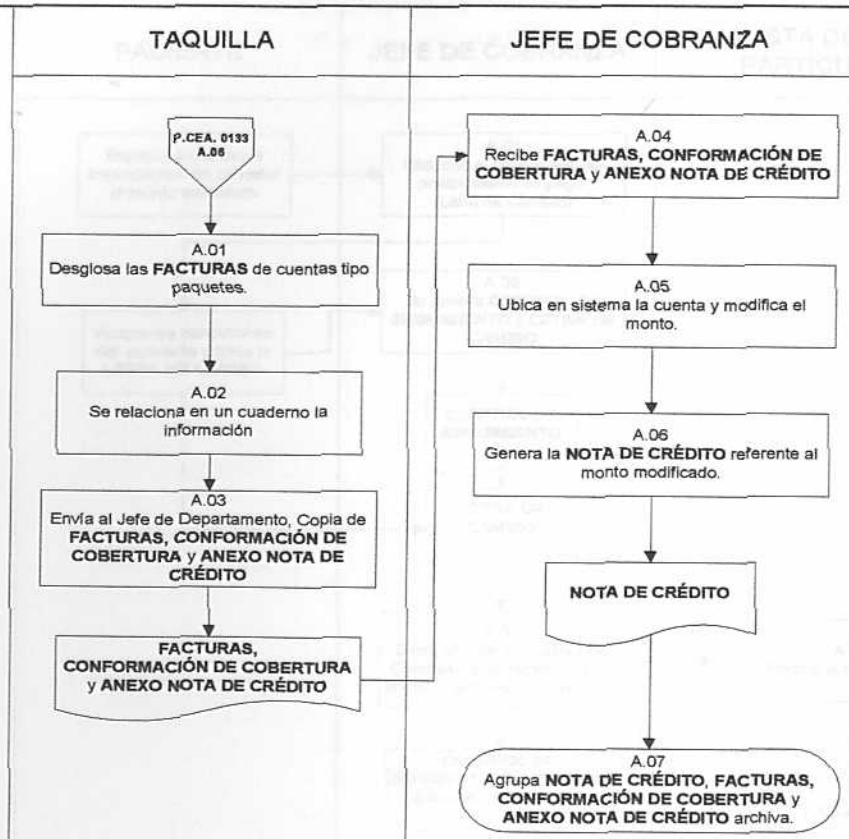
Anexo B.11: Flujograma del proceso de Gestiones Normales de Cobranza, Cuentas Particulares



Anexo B.12: Flujograma del proceso de Nota de Crédito

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0138: DPTO. DE COBRANZA
NOTA DE CRÉDITO

FECHA 5/05/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/1



OBSERVACIONES

P.CEA.0133 DPTO DE COBRANZA
Cobranza Paciente con Seguro ó Cia. Convenio. A.06

NOTA:
Las notas de crédito solo se dan en pacientes con seguro y paquetes. Aparecen cuando lo facturado por Clinica es mayor al monto estipulado entre el Seguro y la Clinica referente a ese paquete en especifico.

ANEXO NOTA DE CRÉDITO: Explica el origen de la nota de crédito.

A.04: Solo se modifican los montos referentes a insumos de la clínica. Todos los demás montos permanecen iguales.

A.05: En la **NOTA DE CRÉDITO** aparece explicado el código y concepto en el cual se modifica la factura.

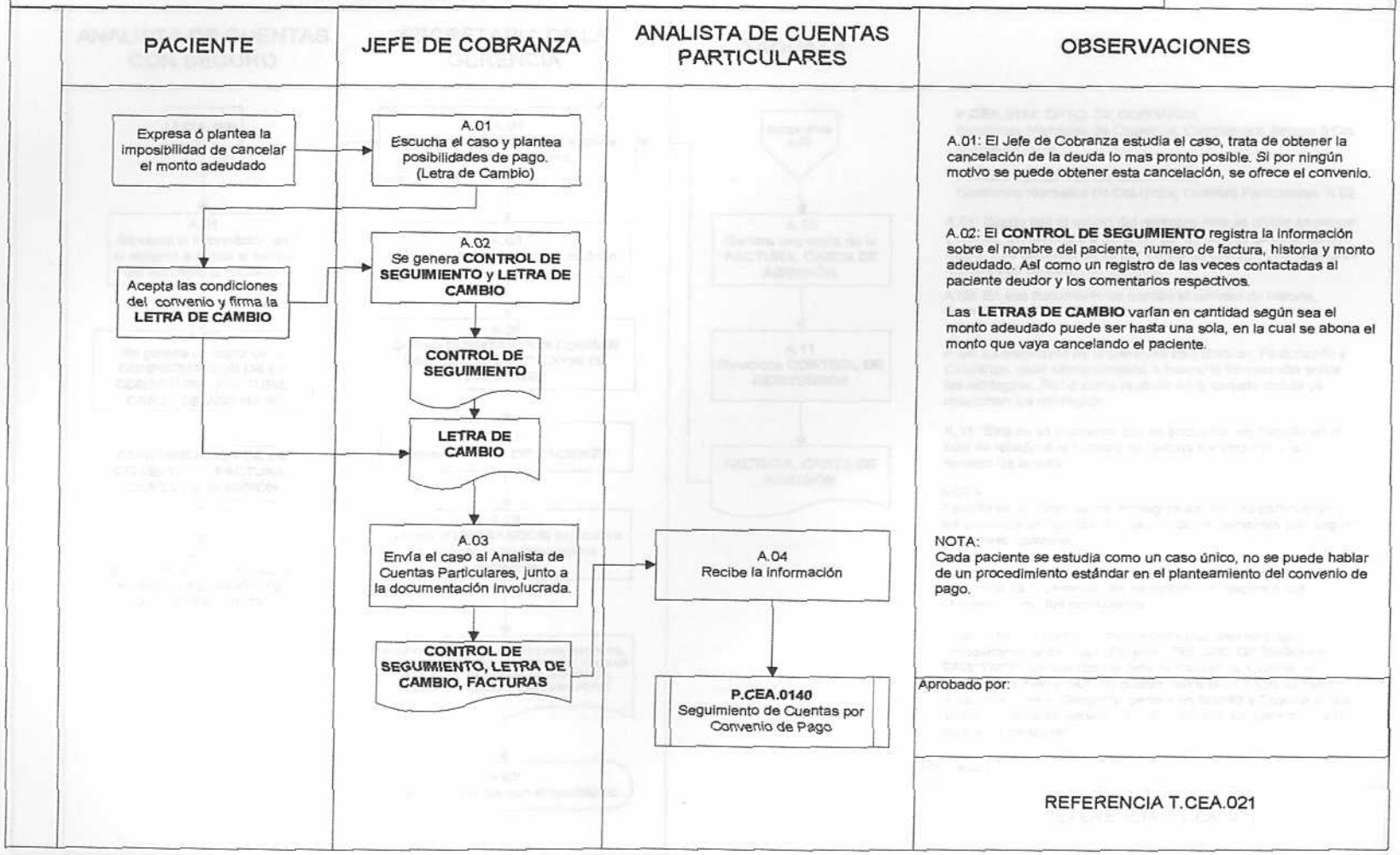
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 021

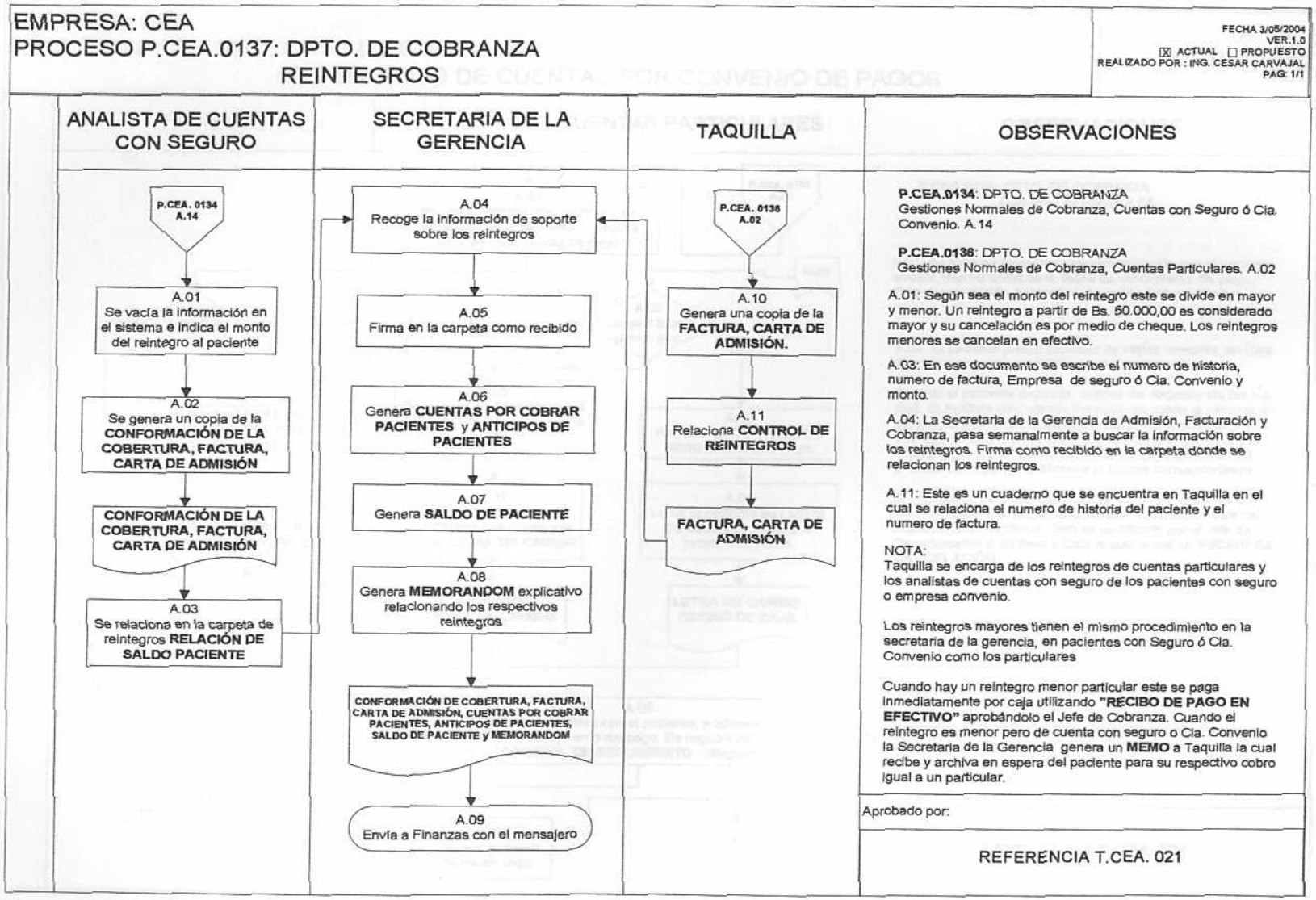
Anexo B.13: Flujograma del proceso de Convenio de pago

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0139: DPTO. DE COBRANZA:
CONVENIO DE PAGOS

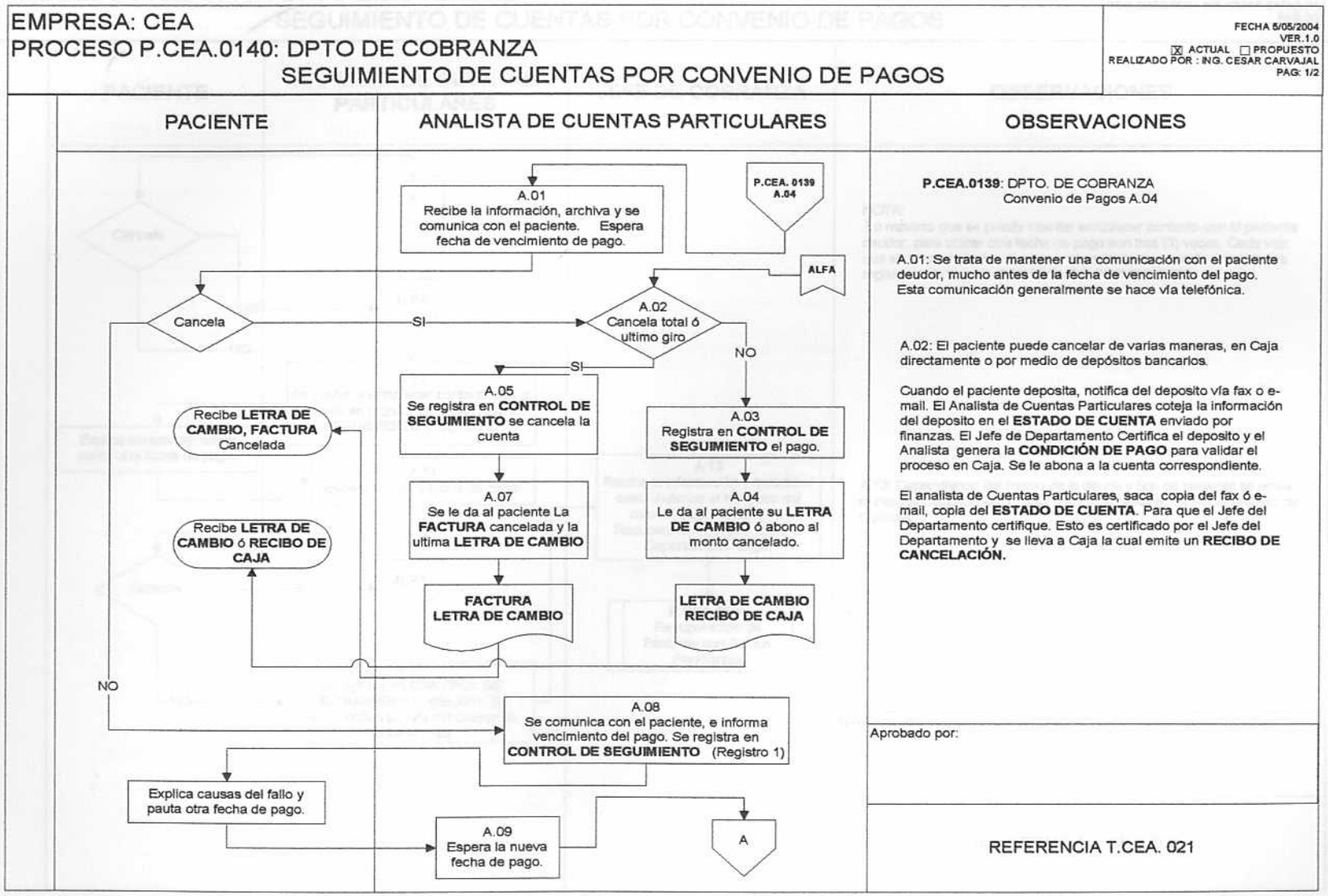
FECHA 5/05/2004
VER.1.0
[X] ACTUAL [ ] PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/1



Anexo B.14: Flujograma del proceso de Reintegros

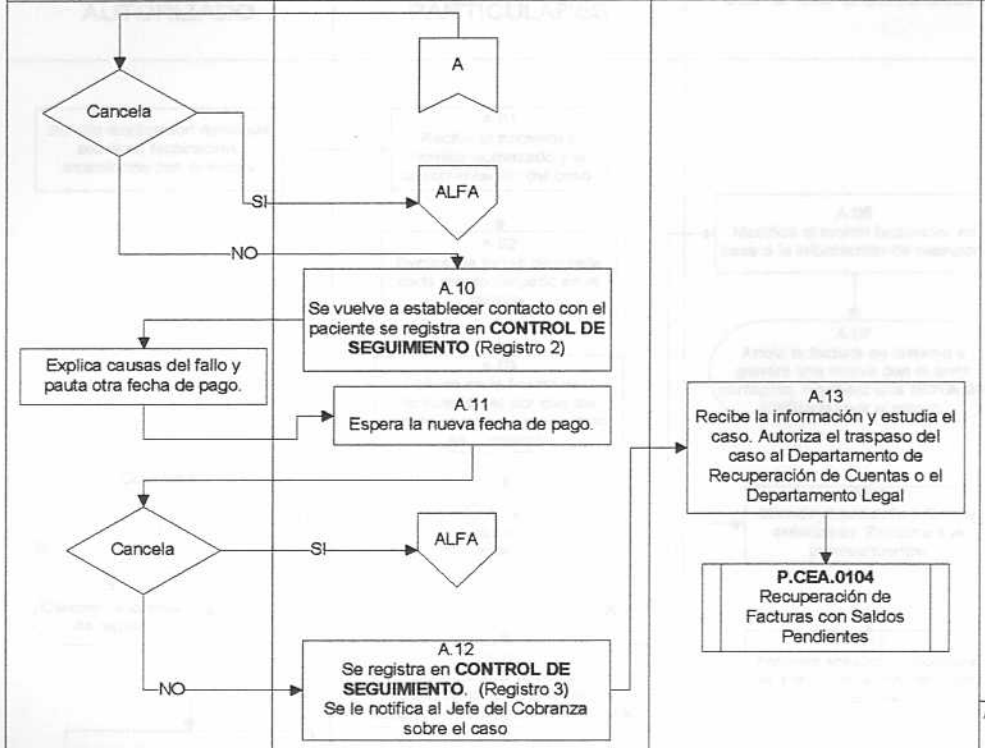


Anexo B.15: Flujograma del proceso de Seguimiento de Cuentas por Convenio de Pago



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0140: DPTO DE COBRANZA
SEGUIMIENTO DE CUENTAS POR CONVENIO DE PAGOS

FECHA 5/05/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/2



OBSERVACIONES

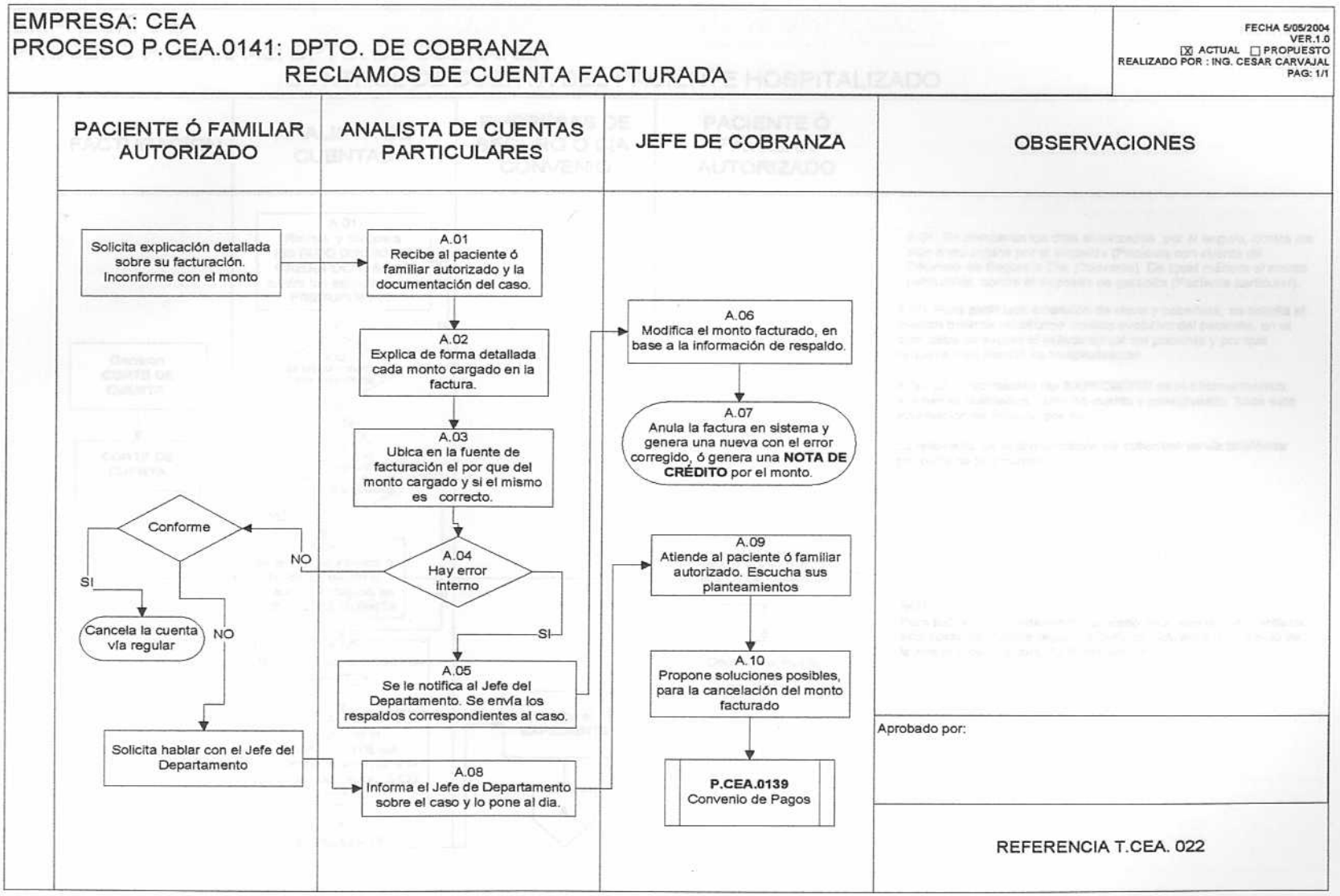
NOTA:
Lo máximo que se puede intentar establecer contacto con el paciente deudor, para ubicar otra fecha de pago son tres (3) veces. Cada vez que se vence la fecha de pago y el paciente no cancela el monto, se registra en la hoja de **CONTROL DE SEGUIMIENTO**.

A.13: Dependiendo del monto de la deuda y tipo de paciente se emite el caso al Departamento Legal ó el Departamento de Recuperación de Cuentas.

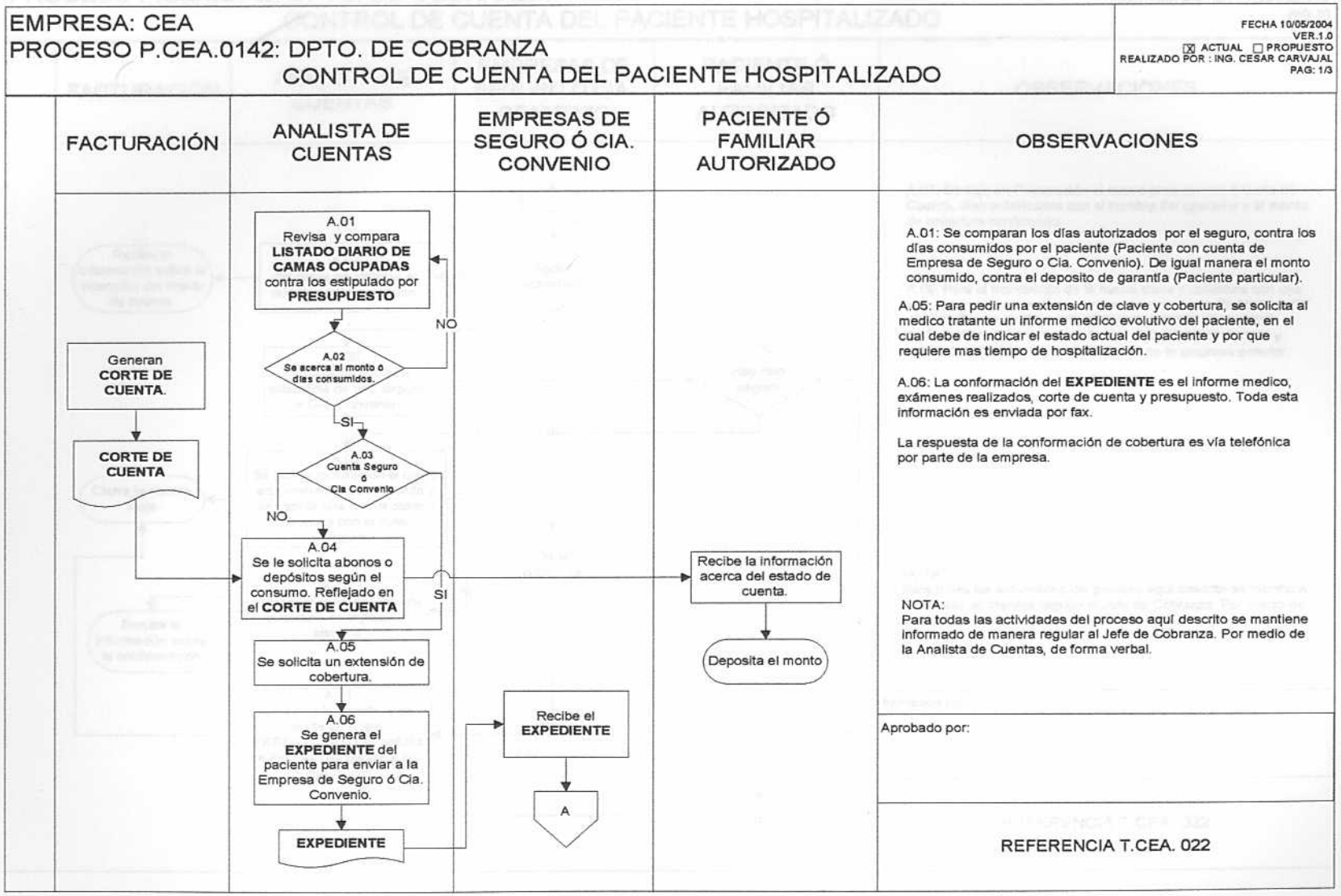
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 021

Anexo B.16: Flujograma del proceso de Reclamos de Cuenta Facturada

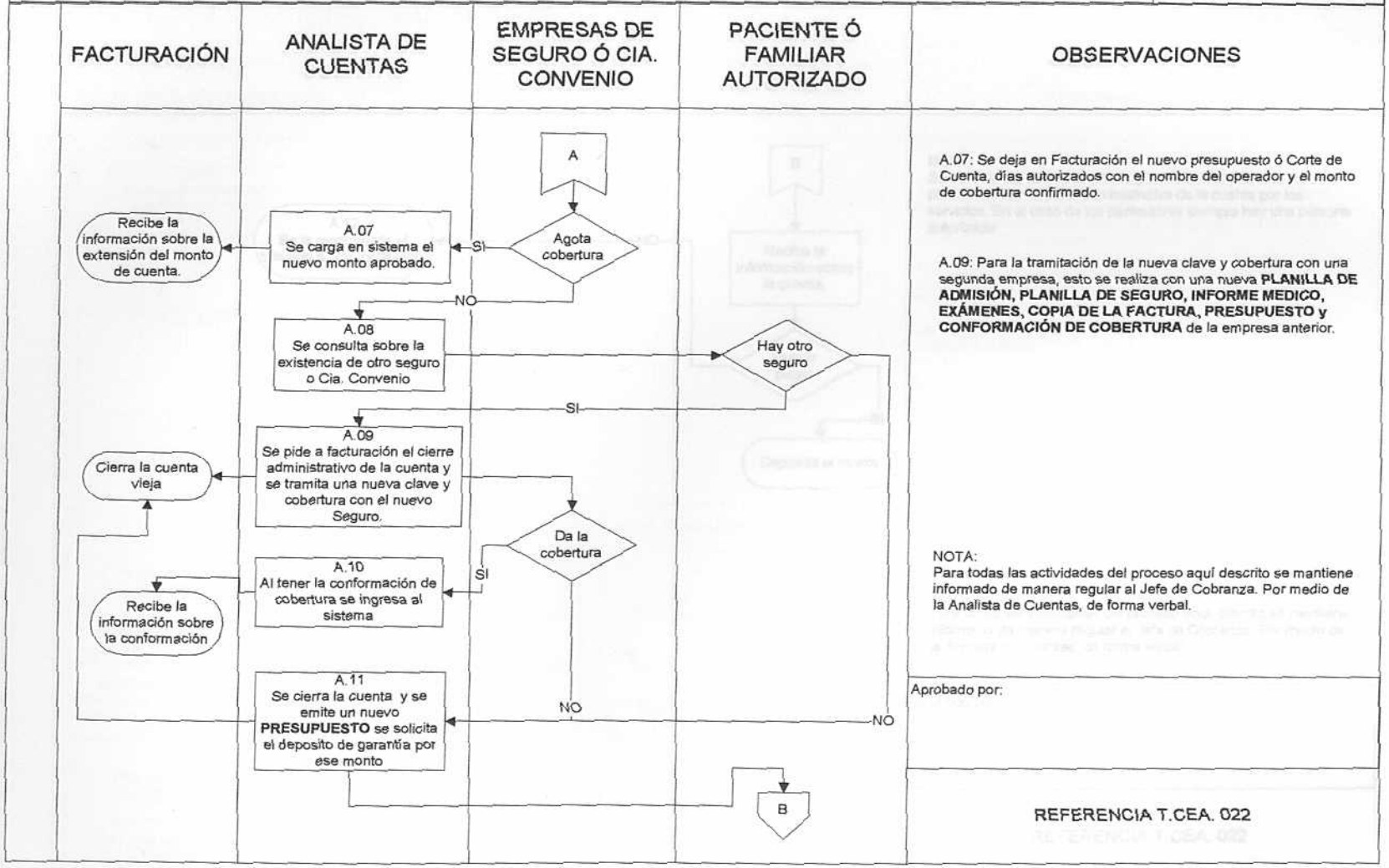


Anexo B.17: Flujograma del proceso de Control de Cuenta del Paciente Hospitalizado



EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0142: DPTO. DE COBRANZA
CONTROL DE CUENTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

FECHA 10/05/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 2/3



OBSERVACIONES

A.07: Se deja en Facturación el nuevo presupuesto ó Corte de Cuenta, días autorizados con el nombre del operador y el monto de cobertura confirmado.

A.09: Para la tramitación de la nueva clave y cobertura con una segunda empresa, esto se realiza con una nueva **PLANILLA DE ADMISIÓN, PLANILLA DE SEGURO, INFORME MEDICO, EXÁMENES, COPIA DE LA FACTURA, PRESUPUESTO y CONFORMACIÓN DE COBERTURA** de la empresa anterior.

NOTA:
Para todas las actividades del proceso aquí descrito se mantiene informado de manera regular al Jefe de Cobranza. Por medio de la Analista de Cuentas, de forma verbal.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 022

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0142: DPTO. DE COBRANZA
CONTROL DE CUENTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

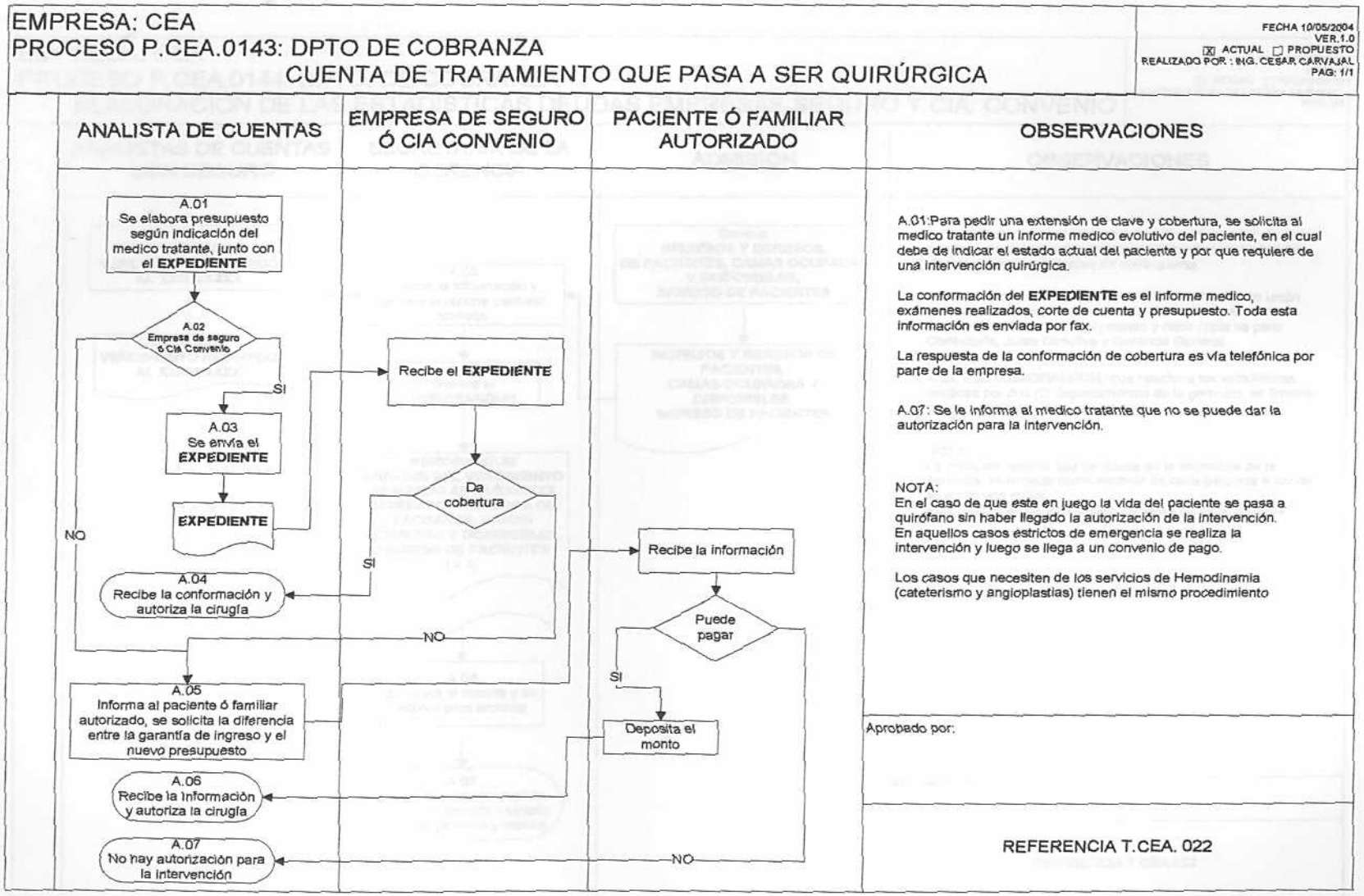
FECHA 10/05/2004
VER.1.0
ACTUAL PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 3/3

FACTURACIÓN	ANALISTA DE CUENTAS	EMPRESAS DE SEGURO Ó CIA. CONVENIO	PACIENTE Ó FAMILIAR AUTORIZADO	OBSERVACIONES
	A.12 Se le recomienda el traslado a otra institución.	NO	B Recibe la información sobre la cuenta. Puede pagar SI Deposita el monto	**NOTA:** Se trata de ser lo mas prudente posible con el paciente para no perturbarlo con la parte administrativa de la cuenta por los servicios. En el caso de los particulares siempre hay una persona autorizada NOTA: Para todas las actividades del proceso aquí descrito se mantiene informado de manera regular al Jefe de Cobranza. Por medio de la Analista de Cuentas, de forma verbal.

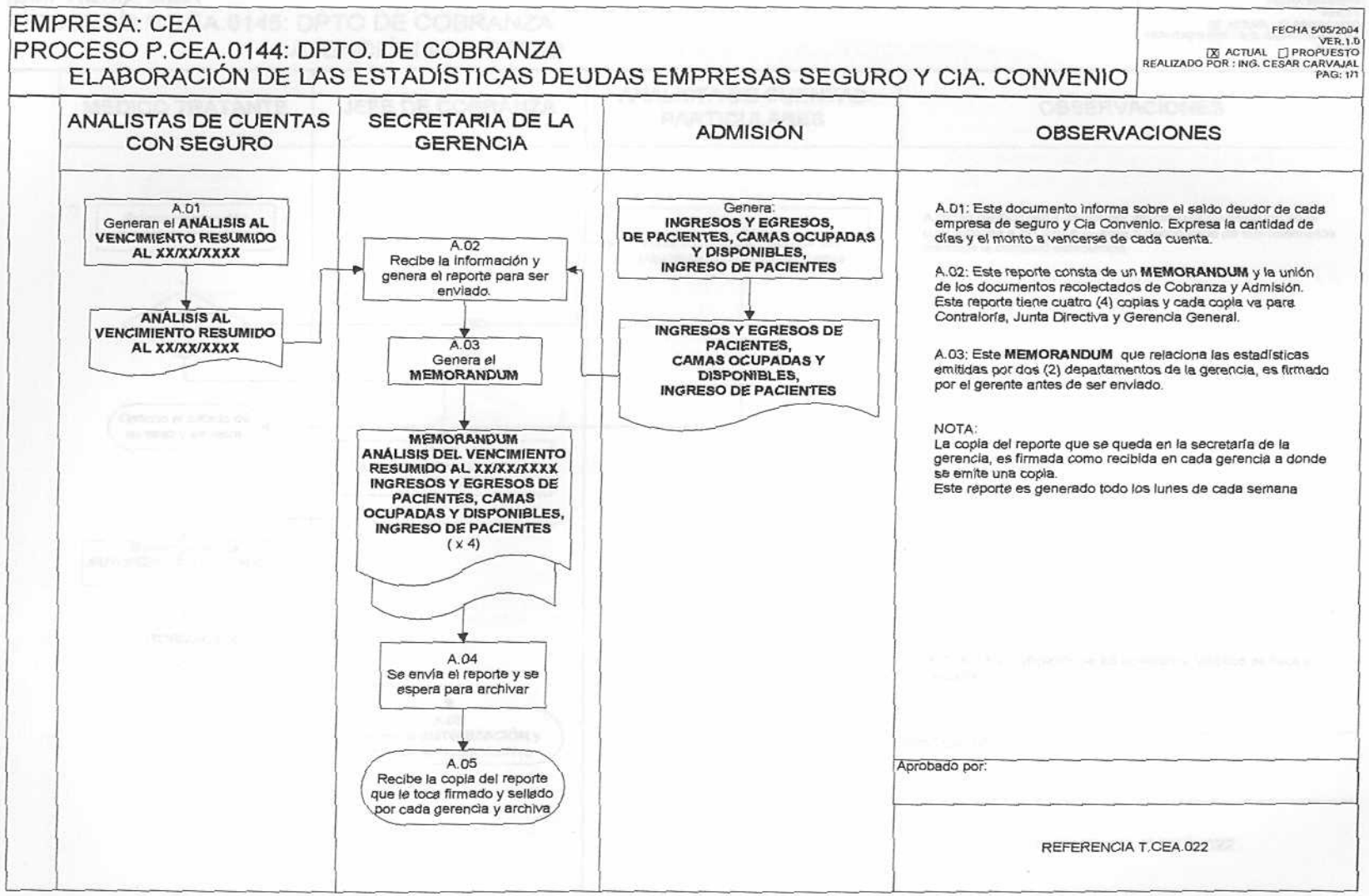
Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 022

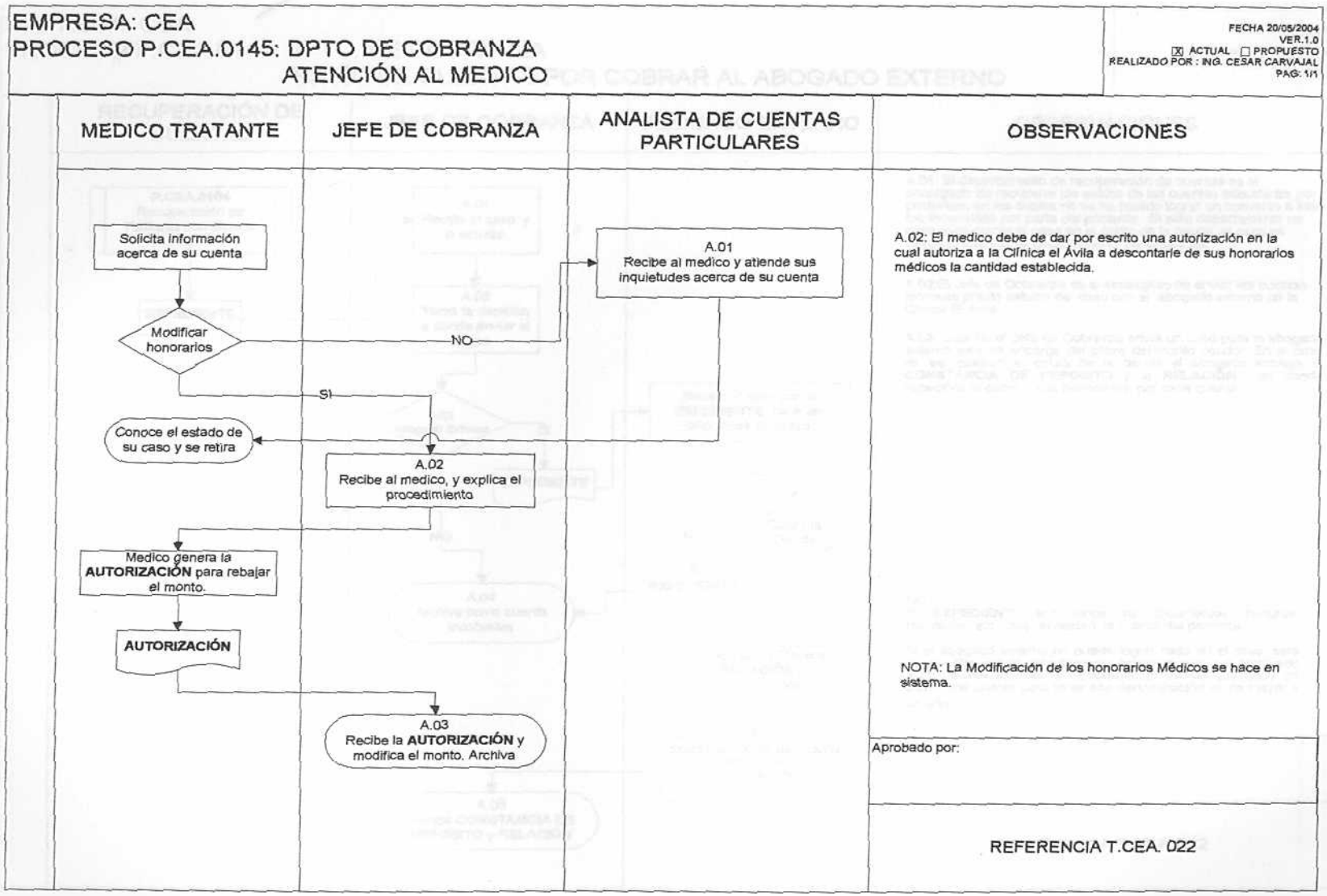
Anexo B.18: Flujograma del proceso de Cuenta de Tratamiento que pasa a ser Quirúrgica



Anexo B.19: Flujograma del proceso de Elaboración de las Estadísticas de deudas con Empresas de Seguro y Compañía Convenio



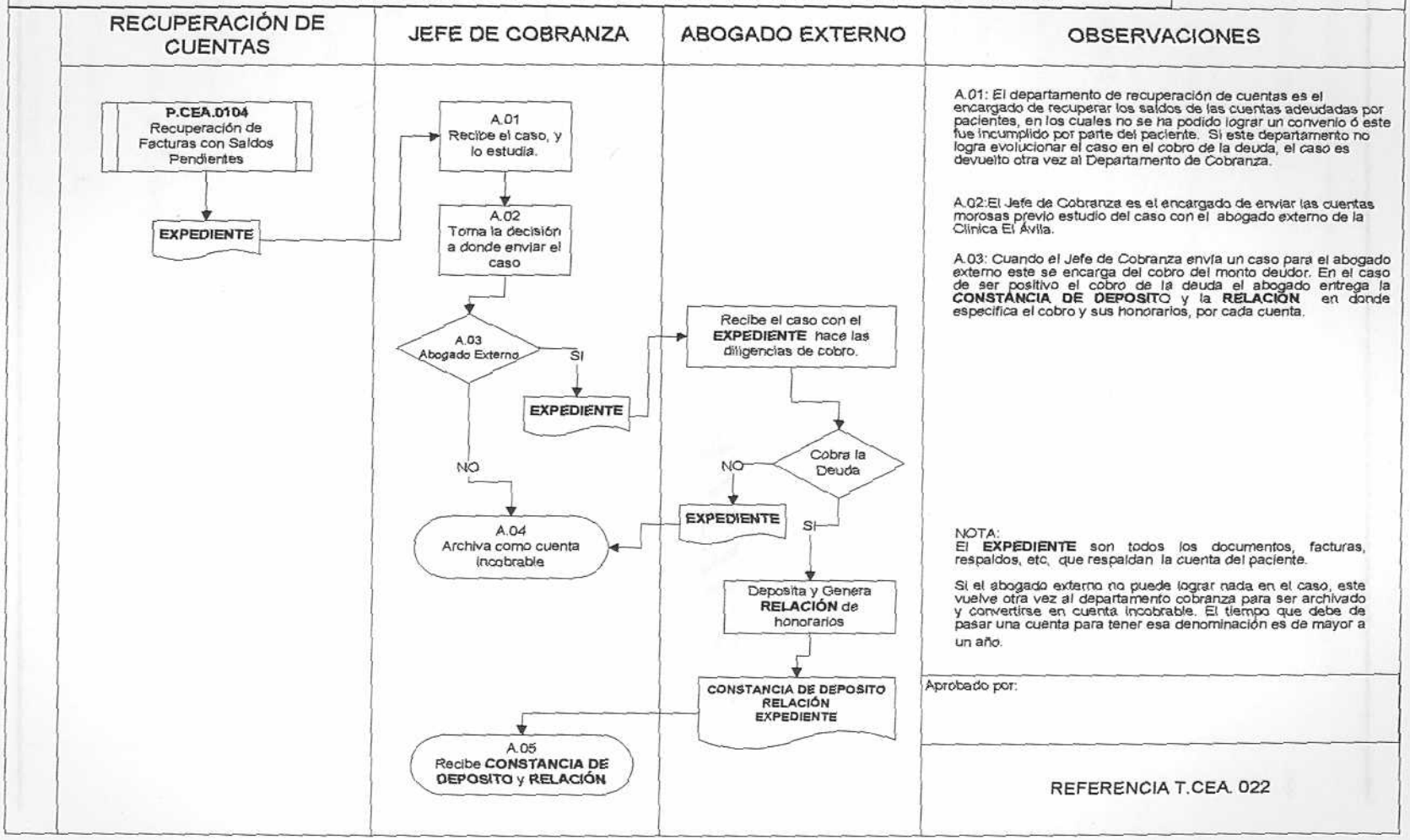
Anexo B.20: Flujograma del proceso de Atención al Médico



Anexo B.21: Flujograma del proceso de Envío de Cuentas por Cobrar al Abogado Externo

EMPRESA: CEA
PROCESO P.CEA.0146. DPTO. DE COBRANZA
ENVÍO DE CUENTAS POR COBRAR AL ABOGADO EXTERNO

FECHA 01/06/2004
VER.1.0
☒ ACTUAL ☐ PROPUESTO
REALIZADO POR : ING. CESAR CARVAJAL
PAG: 1/1



OBSERVACIONES

A.01: El departamento de recuperación de cuentas es el encargado de recuperar los saldos de las cuentas adeudadas por pacientes, en los cuales no se ha podido lograr un convenio ó este fue incumplido por parte del paciente. Si este departamento no logra evolucionar el caso en el cobro de la deuda, el caso es devuelto otra vez al Departamento de Cobranza.

A.02:El Jefe de Cobranza es el encargado de enviar las cuentas morosas previo estudio del caso con el abogado externo de la Clínica El Ávila.

A.03: Cuando el Jefe de Cobranza envía un caso para el abogado externo este se encarga del cobro del monto deudor. En el caso de ser positivo el cobro de la deuda el abogado entrega la **CONSTANCIA DE DEPOSITO** y la **RELACIÓN** en donde especifica el cobro y sus honorarios, por cada cuenta.

NOTA:
El **EXPEDIENTE** son todos los documentos, facturas, respaldos, etc, que respaldan la cuenta del paciente.

Si el abogado externo no puede lograr nada en el caso, este vuelve otra vez al departamento cobranza para ser archivado y convertirse en cuenta incobrable. El tiempo que debe de pasar una cuenta para tener esa denominación es de mayor a un año.

Aprobado por:

REFERENCIA T.CEA. 022

ANEXOS C

Anexo C.1: Modelo de Encuesta realizada a los clientes de Clínica El Ávila por el servicio de Maternidad, Hospitalización y Cirugía

1. ¿Su ingreso a la clínica es por el servicio de:

Maternidad ○ Cirugía ○
Hospitalización ○

2. Su ingreso a la clínica viene respaldado por:

Compañía Aseguradora ○
Convenio de Pago ○
Particular ○

3. ¿Cuanto tiempo está usted dispuesto a esperar para realizar el proceso de admisión?

1h ○
1h - 2hr ○
2h - 3 hr ○
3hr o más ○

4. ¿Usted realizó el proceso de Pre-Ingreso previamente antes de ingresar a la clínica?

SI ○
NO ○ ¿Por qué? _____

5. ¿El personal de admisión le brindó un buen servicio?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

6. ¿Por cuál motivo se ha visto afectado su proceso de egreso de la clínica?

Error en facturación ○
Error en Cobranza ○
Por causa del Seguro ○

Otros (Especifique) ○ _____

7. ¿Cuáles son sus quejas del proceso de Admisión?

_____
_____
_____

8. ¿Cuál es su calificación general del proceso de admisión?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

9. Cuáles son sus quejas del proceso de Cobranza?

_____
_____
_____

10. ¿El personal de cobranza le brindó un buen servicio?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

11. ¿Cuál es su calificación general del proceso de cobranza?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

Anexo C.2: Modelo de Encuesta realizada a los clientes de Clínica El Ávila por el servicio de Emergencia.

1. Su ingreso a la clínica viene respaldado por:

Compañía Aseguradora ○
Convenio de Pago ○
Particular ○

2. ¿Cuanto tiempo está usted dispuesto a esperar para realizar el proceso de Admisión de Emergencia?

1h ○
1h - 2hr ○
2h - 3 hr ○
3hr o más ○

3. ¿El personal de Admisión de Emergencia le brindó un buen servicio?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

4. ¿Por cuál motivo se ha visto afectado su proceso de egreso de la clínica?

Error en facturación ○
Error en Cobranza ○
Por causa del Seguro ○
Otros (Especifique) ○ _____

5. ¿Cuáles son sus quejas del proceso de Admisión de Emergencia?

_____
_____
_____

6. ¿Cuál es su calificación general del proceso de Admisión de Emergencia?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○

Malo ○
Muy Malo ○

7. ¿Cuáles son sus quejas del proceso de Cobranza?

8. ¿Cuál es su calificación general del proceso de Cobranza?

Muy Bueno ○
Bueno ○
Regular ○
Malo ○
Muy Malo ○

ANEXOS D

Anexo D.1: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Admisión General

1. Tiempo promedio que tarda usted realizando el proceso de admisión de un paciente con pre-ingreso:

Pacientes particulares _____

Pacientes por convenio de pagos _____

Pacientes por aseguradoras _____

2. Tiempo promedio que tarda usted realizando el proceso de admisión con pacientes sin pre-ingreso:

Pacientes particulares _____

Pacientes por convenio de pagos _____

Pacientes por aseguradoras _____

3. Tiempo promedio que tarda usted en comunicarse con la compañía aseguradora

_____

4. Tiempo promedio que tarda la compañía aseguradora en dar respuesta con pacientes sin pre-ingreso

_____

5. Tiempo promedio que tarda la compañía aseguradora en dar respuesta con pacientes con pre-ingreso

_____

Observaciones

_____

_____

Anexo D.2: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Facturación General

1. Tiempo promedio que tarda el facturador en realizar un cierre de cuenta

_____

2. Número total de cierres de cuentas en el período, cuántos de ellos presentan errores.

_____

Observaciones

_____

_____

_____

Anexo D.3: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Cobranza General

1. Tiempo promedio que tarda el seguro en dar respuesta a hoja de conformación de cobertura

_____

2. Tiempo promedio que tarda el Liquidador de Cta. con seguro en enviar factura al Seguro

_____

Observaciones

_____

_____

_____

Anexo D.4: Modelo de Entrevista realizada al Personal de Admisión Emergencia.

Tiempo promedio que tarda usted realizando el proceso de admisión de un paciente:
Pacientes particulares_____
Pacientes con convenio de pagos _____
Pacientes con aseguradoras _____

Tiempo promedio que tarda usted en comunicarse con la compañía aseguradora y verificar póliza del paciente:

_____

Tiempo promedio que tarda la compañía aseguradora en dar respuesta sobre clave y cobertura del monto:

_____

Observaciones

_____
_____
_____
_____