



**Universidad del Desarrollo**  
Facultad de Ingeniería

# ADMISIÓN HOSPITALARIA: MEJORA CONTINUA APLICADA A LOS PROCESOS

SEBASTIÁN IGNACIO COMTE MUÑOZ

PROFESORES GUÍA: HEETAE KIM, PhD  
JOSÉ VALDIVIESO, MSc

PROYECTO DE GRADO PRESENTADO A LA FACULTAD DE INGENIERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN INGENIERÍA INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS

SANTIAGO – CHILE  
2020



**Universidad del Desarrollo**  
Facultad de Ingeniería

# ADMISIÓN HOSPITALARIA: MEJORA CONTINUA APLICADA A LOS PROCESOS

**POR: SEBASTIÁN IGNACIO COMTE MUÑOZ**

Proyecto de Grado presentado a la Comisión integrada por los profesores:

**PROFESORES GUÍA:** HEETAEE KIM, PhD JOSÉ VALDIVIESO, MSc

**PROFESOR INTEGRANTE 1:** MERCEDES HAGA, PhD

**PROFESOR INTEGRANTE 2:** JORGE CONTRERAS, MIIS

Para completar las exigencias del Grado de Magíster en Ingeniería Industrial y de Sistemas.

Diciembre, 2020  
Santiago, Chile

## DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Por medio de la presente, declaro que el trabajo titulado: **ADMISIÓN HOSPITALARIA: MEJORA CONTINUA APLICADA A LOS PROCESOS**, que presento a la Universidad del Desarrollo de Chile, es de mi autoría (o co-autoría) y no ha sido publicado previamente, ni está siendo considerado para publicación bajo otra filiación. En igual sentido, declaro que el trabajo de tesis y su contenido, son originales y que todos los datos y referencias a trabajos ya publicados con anterioridad han sido debidamente identificados, referenciados o citados en el documento, y que estas citas han sido incluidas en las referencias bibliográficas. Afirmo, asimismo, que los materiales presentados no se encuentran protegidos por derechos de autor; y en caso de que así lo estuvieran, me hago responsable de cualquier litigio o reclamo relacionado con la violación de derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad del Desarrollo de Chile.

Finalmente, me comprometo a no someter este trabajo (o parte de este), a consideración en ninguna revista o congreso para publicación sin contar con la aprobación y haber pasado el debido proceso de revisión en Universidad del Desarrollo. En caso de que un artículo sea aprobado para su publicación, autorizo a la Universidad del Desarrollo a incluir dicho artículo en sus revistas, y a reproducirlo, editarlo, distribuirlo, exhibirlo y comunicarlo en el país y en el extranjero, por medios impresos, electrónicos, Internet o cualquier otro medio, para propósitos científicos y sin fines de lucro.



**Sebastián Ignacio Comte Muñoz**

Firma

*A mi madre,  
a mi padre, a mis hermanos,  
a mis amigos, a mis más cercanos.*

*Este trabajo de investigación fue posible  
gracias a su constante ayuda y comprensión,  
estando presentes en todos los momentos  
donde el camino se hizo más difícil.*

*Gracias por su increíble capacidad de  
apoyo, incondicionalidad y, sobre todo,  
el amor infinito que existe entre nosotros.*

*Cuando hay propósitos,  
no hay imposibles.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente al director de carrera, el señor Héctor Valdés Gonzáles, por la increíble paciencia, dedicación y flexibilidad para las constantes reuniones que este programa contempló de manera extraordinaria. A la universidad por haberme entregado los conocimientos que el día de hoy estoy ejecutando en mis labores diarias en mi rol de Jefatura de área. A mis profesores guía, Heetae Kim, PhD y José Valdivieso, MSc quienes, con sus frecuentes revisiones, me ayudaron a expresar de mejor manera mi proyecto, mis resultados, mis ideas y finalmente, validaron que el proyecto completo fuese coherente y de acuerdo con un documento de magíster.

Agradezco también a mi madre Viviana Muñoz C. Una persona extraordinaria que siempre ha hecho lo imposible por apoyarme y contenerme en momentos donde la paciencia se hace poca. Con una vitalidad y entusiasmo que pocas veces en la vida he tenido el privilegio de ver. A mi padre Luis Comte N., quien se armó de paciencia para tolerar la distancia que ha significado este año y mi proceso de tesis.

A mis hermanos Greissy Comte, Luis Comte M. y Edith Comte, por brindarme confort y apoyo incondicional en todo este proceso, dándome ideas creativas y recomendándome la manera eficiente pero saludable de abordar este trabajo.

En especial agradecer a mi amiga Idalia Sepúlveda, por su constante motivación, creatividad e ideas de cómo seguir avanzando. Acompañándome en todo este proceso incluso trabajando junto a mí desarrollando sus propios proyectos. A Paúl Rivas, quien desinteresadamente me ayudó con mejoras en la redacción de este documento, ideas y correcciones. Ambos, entregándome las mejores energías y apoyo para finalizarlo.

Por último, pero no menos importante, me agradezco a mí mismo. Sin dedicación, perseverancia, esfuerzo y responsabilidad, este proyecto de grado no hubiese sido posible. El haber aprendido a adaptar mi estilo de vida, mi tiempo libre y mis actividades laborales, fue un logro secundario en el desarrollo de este proyecto, por lo cual agradezco haber podido tener esta oportunidad de crecer una vez más cuando las circunstancias no son las idóneas para ello.

# ADMISIÓN HOSPITALARIA: MEJORA CONTINUA APLICADA A LOS PROCESOS

Sebastián Ignacio Comte Muñoz

Bajo la supervisión de los profesores Heetae Kim, PhD y José Valdivieso MSc, en la  
Universidad del Desarrollo de Chile

## *Resumen*

Este trabajo presenta un análisis de las admisiones hospitalarias de cuatro clínicas pertenecientes a una red privada de salud, los resultados de él, y las propuestas para generar oportunidad de mejora a nivel transversal. El objetivo de esta investigación es proponer la integración de los procesos administrativos de cada una de las admisiones, ya que cada clínica se encontraba funcionando de manera independiente, y que genere una alineación de estos, según el plan de desarrollo estratégico en la nueva estructura de la red. Para lograrlo se propone el uso de una metodología cualitativa, asociada a las opiniones y percepciones de la planta ejecutiva, la cual está constituida por 44 personas de esas 4 clínicas, considerando las 4 con mayor experiencia. Basado principalmente en entrevistas semiestructuradas y el método de Mejora Continua PDCA, considerando una muestra por conveniencia para entender cómo mejorar sus procesos, a través de un modelo integrativo, que permita su mejora. Los datos muestran que los entrevistados afirman que el cambio de los procesos aporta a mejorar sus gestiones diarias (sobre el 86%), pues genera valor tanto al área como a la experiencia usuaria, al tener definiciones claras para la atención de pacientes. En conclusión, el análisis permite la integración y mejora de los procesos generando un modelo fortalecido como red, agregando, además, la aplicación de las normativas vigentes, actualizando los protocolos establecidos y aumentando la interacción entre las clínicas.

Palabras claves: Admisión hospitalaria; Integración de Procesos administrativos; Eficiencia; Mejora Continua; Clínicas; Administración.

# ÍNDICE GENERAL

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>10</b>
1.1	MEJORA CONTINUA EN PROCESOS CLÍNICO-ADMINISTRATIVOS.....	11
1.2	BREVE DISCUSIÓN DE LA LITERATURA .....	12
1.3	CONTRIBUCIÓN DEL TRABAJO .....	21
1.4	OBJETIVO GENERAL .....	22
1.4.1	<i>Objetivos específicos .....</i>	<i>22</i>
1.5	PROPUESTA METODOLÓGICA .....	22
1.6	ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE ESTE TRABAJO.....	25
<b>2</b>	<b>PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y METODOLOGÍA SELECCIONADA .....</b>	<b>26</b>
2.1	PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA .....	26
2.2	HERRAMIENTA METODOLÓGICA: MEJORA CONTINUA (LEAN PDCA).....	28
2.3	MODELAMIENTO DE PROCESOS MEDIANTE BIZAGI PROCESS .....	30
2.4	CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CAPÍTULO .....	34
<b>3</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
3.1	PRIMERA FASE: LEVANTAMIENTO.....	36
3.2	SEGUNDA FASE: ANÁLISIS .....	37
3.2.1	<i>Proceso principal: “Admisión hospitalaria” .....</i>	<i>39</i>
3.2.2	<i>Subproceso N°1: “Convenios y gestión administrativa” .....</i>	<i>39</i>
3.2.3	<i>Subproceso N°2: “Pagaré y mandato”.....</i>	<i>40</i>
3.2.4	<i>Subproceso N°3: “Preingreso clínico”.....</i>	<i>42</i>
3.2.5	<i>Subproceso N°4: “Preadmisión hospitalaria” .....</i>	<i>42</i>
3.2.6	<i>Subproceso N°5: “Admisión Ley de Urgencias” .....</i>	<i>43</i>
3.2.7	<i>Subproceso N°6: “Gestión de deuda”.....</i>	<i>43</i>
3.3	TERCERA FASE: UNIFICACIÓN DE LOS PROCESOS Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA .....	43
3.3.1	<i>Aplicación del método de Mejora Continua PDCA en la red de clínicas. ....</i>	<i>43</i>
3.4	CUARTA FASE: VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS.....	48
3.5	QUINTA FASE: DEFINICIÓN DE IMPLEMENTACIÓN COMPLETA.....	49
3.6	ESTIMACIONES.....	49
3.7	CONCLUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CAPÍTULO .....	50
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONES GENERALES .....</b>	<b>51</b>
4.1	PROPUESTA PARA TRABAJOS FUTUROS.....	52
<b>5</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>53</b>
<b>6</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>
6.1	ANEXO N°1: CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO: .....	57
6.2	ANEXO N°2: PREGUNTAS DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS ÁREAS DE ADMISIÓN. ....	62
6.3	ANEXO N°3: REGLAS DE NEGOCIOS (REN), PRERREQUISITOS Y FUNCIONALIDADES ESPERADAS (FE) SISTÉMICAS. ....	64

6.4	ANEXO N°4: ACTORES DEL PROCESO Y SUBPROCESOS RELACIONADOS, DE ADMISIÓN HOSPITALARIA. ....	72
6.5	ANEXO N°5: PROCESO PRINCIPAL DE ADMISIÓN HOSPITALARIA Y SU EXPLICACIÓN. ....	74
6.6	ANEXO N°6: SUBPROCESO: CONVENIOS Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	78
6.7	ANEXO N°7: SUBPROCESO DE <i>PAGARÉ</i> Y <i>MANDATO</i> . ....	82
6.8	ANEXO N°8: SUBPROCESO: PREINGRESO CLÍNICO.....	85
6.9	ANEXO N°9: LISTADO DE CONSIDERACIONES DE UN PREINGRESO CLÍNICO. ....	87
6.10	ANEXO N°10: SUBPROCESO: PREADMISIÓN HOSPITALARIA. ....	89
6.11	ANEXO N°11: SUBPROCESO: ADMISIÓN LEY DE URGENCIAS.....	93
6.12	ANEXO N°12: SUBPROCESO: GESTIÓN DE DEUDA .....	97
6.13	ANEXO N°13: LISTADO DE IMPLEMENTOS DE OFICINA MÍNIMOS PARA LA OPERACIÓN. ....	98

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: CONSIDERACIONES PARA LA APLICACIÓN DE KAIZEN .....	16
TABLA 2: CONTROL DE ACTIVIDADES .....	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: CICLO PDCA .....	29
FIGURA 2: DIAGRAMA DE FLUJO BIZAGI .....	31
FIGURA 3: DIAGRAMA SIMPLIFICADO DE ADMISIÓN .....	38

## **1 INTRODUCCIÓN**

Como parte de un plan de desarrollo estratégico, entre los meses de marzo y julio de 2019, la junta directiva de una red de clínicas privadas de Chile decide realizar un *upgrade* al sistema informático utilizado, considerando que sea orientado de manera directa hacia los nuevos procesos administrativos existentes, ya sea por modificación de protocolos de atención como por solicitudes normativas.

Esta decisión fue tomada tomando en cuenta que el actual sistema informático posee una tecnología considerada obsoleta (posee más de 10 años de antigüedad), y que cada clínica, en el tiempo, adaptó dicho sistema de manera individual, por lo que es de esperar que las versiones de este sean distintas, lo cual genera una serie de complicaciones a nivel administrativo al imposibilitar a la planta directiva de la compañía dejar definidas las tareas de las clínicas a nivel de red, producto de estas adaptaciones sistémicas. Considerando dicha limitante, es importante mencionar que las clínicas tampoco poseen procesos estandarizados que logren contemplar las nuevas visiones de la industria (normativas) ni de la compañía (estrategias), además de no poseer claridad frente las distintas variables que surgen de la atención de un paciente para cualquier tipo de ingreso.

Dicho esto, el enfoque de este documento considera las áreas de admisión hospitalaria de las clínicas (área donde se realizan ingresos hospitalarios), las cuales se encuentran a su vez, distribuidas en dos sectores: Admisión Central y Admisión de Urgencias.

Un punto para mencionar es que, al trabajar con procesos poco claros, no definidos o dispares entre las clínicas en un ingreso hospitalario, se puede notar que el tiempo que pueden tardar las ejecutivas de admisión no sea equivalente. Las funciones definidas para ellas son la atención eficiente de los pacientes, generando nuevos ingresos, considerando además el procesar una serie de datos que eventualmente generan un episodio o ingreso hospitalario. Esto es desarrollado de esta manera debido a las instrucciones tanto ministeriales como administrativas dictadas localmente en cada una de las clínicas.

Es posible categorizar esta actividad de ingreso hospitalario en tres posibles escenarios:

1. Cirugías programadas: Los pacientes poseen un pabellón reservado para el tratamiento de una patología que puede ser resuelta vía quirúrgica. Esta gestión es realizada en las admisiones centrales de cada clínica. En horario inhábil, esta actividad es gestionada por el área de admisión de urgencias.
2. Hospitalizaciones por estudios clínicos: Tal como su nombre lo indica, son ingresos que tienen que ver con estudios clínicos por cuadros complejos, o bien la toma de un examen que implica sedación u observación prolongada. Estos pueden darse tanto en una admisión hospitalaria de manera programada como en una hospitalización de urgencias.
3. Hospitalizaciones de urgencias: Son episodios que son generados desde el área de urgencias y que podrían dar paso a una hospitalización. Los motivos de esto pueden ser debido a que es requerida una cirugía de urgencia, como es el caso de una apendicitis, o bien requiere ser estabilizado de manera hospitalaria sin la necesidad de una intervención quirúrgica.

Un punto clave a considerar es el cierre de un ingreso de admisión. Para poder finalizarlas es necesario solicitar al paciente una serie de datos y documentos personales que dan forma al cumplimiento administrativo y normativo, a nivel de exigencias desde el Ministerio de Salud (MINSAL). La obtención de estos documentos, a su vez, permite generar un respaldo a nivel financiero para los ingresos hospitalarios, manteniendo las instrucciones que cada clínica posee, considerando a su vez, que entre ellas podrían no ser los mismos documentos emitidos.

### **1.1 Mejora Continua en procesos clínico-administrativos**

Dado lo anterior, es posible efectuar el siguiente cuestionamiento de contexto:

¿Cuáles son los elementos que permiten o que facilitan la aplicación de Mejora Continua y la integración de los procesos administrativos de acuerdo con el plan de desarrollo estratégico de la empresa?

Es posible afirmar que, si bien existe una serie de medidas y procesos que son similares entre sí, la red de clínicas adolece de métodos que permitan la adecuación o actualización de los procesos, según las diferentes normativas vigentes. Esto debido a que mantienen una visión de trabajo como independientes sin considerar la posibilidad de un modelo colaborativo, interactuando con el resto de las clínicas de la compañía a nivel nacional. Junto a ello, la plataforma informática utilizada, y sus ya mencionadas versiones adecuadas por cada clínica, no facilita la actualización y estandarización de procesos clínico-administrativos en esta red de salud.

Tomando en cuenta dicha afirmación, los protocolos y procesos que utilizan pueden estar desactualizados, además de presentar una serie de actividades asociadas que no necesariamente son útiles, o bien, que podrían mejorarse. Bajo esta perspectiva, la aplicación de Mejora Continua proporciona las herramientas necesarias para la generación de una estandarización adecuada de los procesos. Asimismo, plantea una propuesta de mejora a todas aquellas indicaciones ministeriales o definiciones gerenciales que requieren de actualización inmediata a nivel administrativo.

Por lo tanto, esto autoriza la siguiente propuesta como contribución para este proyecto de grado.

## **1.2 Breve discusión de la literatura**

El rubro de la medicina requiere de un constante esfuerzo, tanto para la actualización de sus protocolos de atención, como para la retención de los pacientes, tratando de ofrecer el mejor servicio posible que vayan de la mano con una atención de calidad, en donde se involucran las historias clínicas de muchos de estos usuarios. En este escenario, es importante tomar en consideración los niveles de satisfacción que los clientes perciben dentro de cualquier hospital (Mahesh, Soragaon y Annigeri, 2018).

Para comprender mejor el contexto, es importante considerar la aplicación de herramientas metodológicas utilizadas para la Mejora Continua, siendo las más relevantes las que se describen a continuación.

## **Mejora Continua: Teoría y definiciones**

Por definición, se puede entender que Mejora Continua corresponde a un método que permite a cualquier empresa la realización de optimizaciones en diversas escalas de manera constante. A su vez, permite el perfeccionamiento asociado a la calidad de los productos, procesos y sus correspondientes servicios a mayor plazo (IONOS, 2020).

Al revisar las posibilidades de la ejecución de Mejora Continua, se puede afirmar que es posible sostener su aplicación en los procesos a través del tiempo. Junto a ello, se sustentan diversas evidencias en casos de estudio, respecto a ello y su respectiva aplicación, siempre y cuando exista la posibilidad de generar los elementos básicos necesarios, actividades que permitan la mejora y los potenciadores que a su vez permiten su desarrollo e implementación en las labores del día a día (Suárez-Barraza y Miguel-Dávila, 2009).

De acuerdo con una investigación (García, 2020), para la aplicación de Mejora Continua, es importante remontarnos a las bases de esta metodología. Es aquí donde nace entonces el concepto de Lean, el cual corresponde a una filosofía de trabajo cuyo objetivo principal es la optimización de recursos para generar la mayor cantidad de valor posible, entregándoselo a un cliente.

García también explica que los principios de Lean se pueden subdividir en 5 categorías, las cuales corresponden a:

1. Identificar el valor: El valor está orientado a resolver el problema que el cliente posee, satisfaciendo sus necesidades en un momento específico y a un precio definido, considerando a su vez a los clientes internos y externos quienes son los integrantes que reciben entradas del flujo (proceso) y son los usuarios finales respectivamente.
2. Identificar el flujo de valor: En este punto es necesaria la identificación de todos los pasos del proceso, flujo o cadena. Esto es para crear valor según la visión del cliente, removiendo a su vez todos los posibles pasos que no agreguen valor al producto identificando a su vez, los desperdicios dentro del proceso.

3. Flujo continuo: Para el aseguramiento del flujo continuo, es importante que la organización tome las acciones necesarias en la cadena de valor. Estas han de ser rápidas y sin interrupciones eliminando los desperdicios detectados en el punto anterior, ya que retrasan los avances y aumentan los tiempos de espera.
4. Pull System: Un sistema de tiraje o *pull system*, está orientado al inicio de la producción únicamente cuando el cliente realice una solicitud. Es decir, el cliente externo accionará los procesos de producción y el interno podrá generar las acciones dentro de la cadena de valor.
5. Buscar la excelencia: Se debe procurar la búsqueda de la excelencia y la perfección en todas las actividades que desarrollamos, tomando en consideración cada una de las exigencias y demandas de nuestro cliente. Para esto, es pertinente siempre considerar la permanente remoción de desperdicios. Es en este punto donde justo el proceso de mejora continua juega un papel fundamental y clave para que se puedan abordar los desafíos que se han impuesto.

Otro punto importante que existe en la filosofía Lean, es la identificación de los 7 desperdicios. Según una publicación de la revista Raites (González, 2007), los 7 tipos de desperdicios son:

1. Sobreproducción: Corresponde a hacer o crear más productos de lo que el cliente ha solicitado.
2. Inventario: Es el poseer más productos en el inventario, de lo que es necesitado.
3. Transportación: Generar más traslado de productos de lo que realmente es necesario.
4. Espera: Si el proceso se detiene por cuellos de botellas, se pierde tiempo.
5. Movimiento: Es el traslado del operador u operadora debido a que es necesario moverse para generar alguna etapa de su trabajo.
6. Sobreprocesamiento: Realizar más cosas al producto de lo que fue solicitado por el cliente.
7. Corrección: Es cualquier cosa o producto que no cumpla con los estándares de la compañía y que implique corregirlo o bien rehacerlo.

Considerando entonces lo expuesto y para profundizar en la filosofía Lean, a continuación, se revisan algunas herramientas para la aplicación de Mejora Continua.

**a. Lean (PDCA)**

Esta metodología de Mejora Continua, también llamada Ciclo de Deming, es la representación de una nueva forma de hacer. Este hacer va orientado, ya sea en las actividades laborales o incluso en la cultura organizacional. PDCA está principalmente dividido en cuatro fases, las cuales son planear (*plan*), hacer (*do*), verificar (*check*) y actuar (*act*). Se basa en la mejora de procesos apoyando a la identificación y detección de los inconvenientes o problemas, enfocándose en las principales causas definiendo posibles soluciones, actuando como guía para la resolución de todas aquellas actividades que presenten algún tipo de dificultades o ineficiencias (Espinoza, 2020).

**b. Lean (Kaizen)**

Desde su origen etimológico, la palabra Kaizen está compuesta por dos elementos distintos del lenguaje japonés. Kai significa cambio y Zen significa mejora. Esto quiere decir que dentro de la ideología de la palabra es posible inferir que hace referencia a un cambio para mejorar. La estandarización de los procesos es foco de Kaizen, donde se habla de que es necesario un equipo multidisciplinario con todos aquellos empleados que sean requeridos. El trabajo en equipo, en ese sentido, se convierte en un punto fundamental de la metodología. Como parte de sus bases, Kaizen busca el incremento de la productividad mejorando los tiempos, calidad y métodos de trabajo. Otro punto importante es la búsqueda de Mejora Continua a través de la identificación y eventual eliminación de lo que es conocido como muda o desperdicio en cualquiera de sus formas (Gavilán y Gallego, 2016).

Según un reciente documento de grado (Guzman y Likhodei, 2020), las autorías describen que Kaizen también implica una modificación a nivel cultural. Esta afirmación se sustenta en tres particularidades de Kaizen: la percepción, el desarrollo de nuevas ideas y por último ejecutar lo planificado. Estas particularidades implican un fuerte compromiso por parte de las empresas, ya

que abarca desde la planta ejecutiva hasta la directiva, debido a que la Mejora Continua involucra a toda la organización para garantizar su éxito. Para contextualizar de mejor manera esta explicación, la tabla 1 explica las principales consideraciones para la aplicación de Kaizen.

**Tabla 1: Consideraciones para la aplicación de Kaizen**

Elaboración propia

KAIZEN
Alta orientación a la cultura organizacional
Requiere de la participación de todo el personal
Los resultados se miden con herramientas como el ciclo PDCA
Se levantan los procesos actuales y se generan mejoras en función de ellos
Requiere que los esfuerzos sean reconocidos, antes de los resultados de los procesos

Entonces, para la aplicación de Kaizen, se requiere un fuerte compromiso institucional para poder garantizar el éxito de los proyectos que estén siendo planificados bajo este contexto, pudiendo, a su vez, ser complementado con la herramienta del ciclo PDCA.

### c. Lean-Six Sigma:

Un reciente artículo presenta que las herramientas metodológicas Lean y Six Sigma pueden ser utilizadas de manera complementaria. Esta afirmación explica que las bondades de Lean tienen que ver con la identificación y eliminación de cualquier desperdicio que se encuentre dentro del o los procesos estudiados y que Six Sigma es capaz, además, de revisar los métodos de entrada de los procesos, orientándolos al control de la variabilidad, pudiendo entonces evitar tanto los desperdicios como sus eventuales reprocesos (Bazán y Chávez, 2020).

## Procesos

Del latín *processus*, la Real Academia Española lo define como un conjunto de fases sucesivas de un fenómeno natural o de o una operación artificial (Real Academia Española, s.f., definición 3). Es así como un trabajo reciente (Moreno y López, 2018), hace énfasis en la relevancia de los procesos administrativos, y sostiene que, sin un manejo adecuado de estos, difícilmente los miembros de una organización puedan contribuir al logro de los objetivos planteados. Asimismo. se habla de la descripción y

delimitación precisa de las tareas a ejecutar por parte de cada uno de los integrantes de la empresa, pues de ese modo se evitarán conflictos y los niveles de productividad de quienes trabajan en ella verán un alza considerable.

Por otro lado, la reestructuración de los procesos administrativos, en definitiva, permiten que se logren reducir de manera considerable los tiempos de espera de los pacientes en cualquiera de las áreas de un sistema de salud. Tal y como fue mencionado en una publicación (Contreras y Medina-Giacomozzi, 2018), es vital que el personal que forme parte de la cadena de administración conozca a cabalidad los procedimientos que se ejecutan a diario, de modo que se logren implementar de manera correcta, y, a su vez, que se les dé continuidad.

### **Planificación estratégica**

La planificación estratégica es considerada una herramienta que permite gestionar y apoyar en la toma de decisiones dentro de las organizaciones que deciden implementar este instrumento (Armijo. 2009), siendo así posible la adecuación de procesos en un futuro inmediato, y se garantiza, de cierto modo, una mayor eficiencia, calidad de los bienes o servicios ofrecidos, así como una eficacia superior en las actividades desarrolladas por los empleados de la organización.

### **Gestión de operaciones**

Hablar de gestión de operaciones, supone definirlo como el proceso de administrar determinadas actividades que han sido planificadas en función del establecimiento, de ciertos objetivos dentro de una organización, así como los medios o herramientas que serán implementados para lograr dicha meta. Se reconoce a la acción como el centro de la gestión de operaciones, pues posee una capacidad de influencia dentro del sistema organizacional, que eventualmente se traducirá en éxito corporativo. También se entiende como uno de los pilares fundamentales de cualquier línea de producción, que satisfaga cualquier mercado objetivo que se tenga (Vilcarromero, 2017).

## **Algunas aplicaciones de Mejora Continua en el Área de la Salud en el Mundo**

De acuerdo con la investigación en la literatura, la aplicación de Mejora Continua en Salud a nivel global posee diversos enfoques, entre ellos la mejora operacional administrativa con una dirección bien consolidada. A continuación, se buscará ejemplificar algunos de los casos descubiertos y usados como base de este proyecto de investigación.

En el hospital general Sijhih Cathay de Taipéi, en Taiwán, específicamente en el departamento de cardiología, se utilizó una herramienta metodológica de Mejora Continua. El motivo de ello fue producto de la necesidad de mejorar la atención en pacientes cuyo diagnóstico apunta a “infarto agudo al miocardio” (IAM).

En su estudio fue aplicada la herramienta de Lean y Six Sigma (LSS), utilizando los pasos de definir, medir, analizar, mejorar y controlar, aportando así las claves que permitieron mejorar la calidad de la atención (Yeh, et al, 2012).

Como un segundo caso, se realizó una simulación de procesos Lean en una unidad de paciente intensivo, donde participaron doctores, enfermeras y técnicos, orientándolos a las actividades de los procesos junto con la solicitud de información específicas para poder desarrollar la metodología en el área (Longo, et al, 2014). El autor explica que la implementación de métodos y herramientas de Mejora Continua genera oportunidades de transformación enfocados en la eficiencia. También hace una reflexión al indicar que hoy en día los hospitales ya no pueden seguir siendo manejados como lo han hecho en el pasado, sino que hace un llamado a la realización del aseguramiento de procesos con más trabajo de valor agregado, orientándolos en la atención de los pacientes que son tratados.

Como último caso, se realizó un estudio en el Hospital Universitario de Odense, Dinamarca, (Hasle, Nielsen y Edwards, 2016). El texto menciona que, al ir adaptando progresivamente la aplicación de metodologías inspiradas en Lean, comienzan a aparecer muchísimas oportunidades de mejora dentro de las atenciones médicas. Sin embargo, expresa también que es importante considerar que la mayoría de los casos documentados en Mejora Continua, apuntan directamente a la administración sin

considerar que la atención de salud también posee oportunidades de mejora. Bajo ese contexto, se sostiene que es importante apuntar a tres dimensiones: Valor como clínica (los mejores resultados para el paciente); Valor como experiencia (experiencia de la atención de los pacientes); Valor operativo (la mayor rentabilidad). Entonces, según lo expuesto, el texto plantea la siguiente pregunta “¿Las observaciones de este documento indican que la implementación de lean dentro de hospitales debe limitarse a actividades periféricas como trabajo de laboratorio y gestión de consumibles?”. Los autores afirman que no es necesario ya que Lean brinda oportunidades para realizar mejoras significativas en cualquier área de un centro de salud, concluyendo que, para liberar todo el potencial de Lean, es necesario que se complemente con otras metodologías y herramientas adicionales que cubran los valores fundamentales de la institución, las relaciones y sus estructuras.

### **Aplicación de Mejora Continua Área de la Salud en Chile**

A diferencia de los casos desarrollados en otras partes del mundo, en Chile se ha encontrado muy poca experiencia al respecto. Si bien es cierto, existen diversos casos de aplicación, estos no han sido tratados de manera académica para poder contrastarlos. El caso encontrado para esta investigación fue el proyecto que será descrito a continuación.

En la Universidad Católica Silva Henríquez el estudio de Ramírez, et al. (2007), resalta la importancia que tiene manejar procesos de manera eficiente, justamente por el impacto social que esto genera. También se menciona que los hospitales, para poder cumplir con su objetivo más importante, la atención de pacientes, requieren que los recursos que poseen sean utilizados de manera eficiente con el fin de optimizar la gestión hospitalaria la cual, según se destaca, ha quedado atrás versus el resto de las industrias. En este artículo se subraya lo importante de la incorporación de la implementación de la herramienta de Mejora Continua Six Sigma, dentro de la gestión de servicios médicos y hospitales de Chile, considerando una amplia perspectiva que involucre la mejora de los procesos y la reducción de errores, que eventualmente podrían resultar en consecuencias como la pérdida de la vida humana.

Se puntualiza, además, que de los pocos proyectos presentados por parte del MINSAL, los resultados que los acompañan no han sido satisfactorios. Fue posible evaluar y discriminar las diferencias entre los hospitales y otros centros de salud donde se determinó que existe una notable disparidad en los resultados presentados, definiendo así que sus gestiones no mostraron ningún avance. Por tanto, las oportunidades de mejora en el uso de esta metodología, podría satisfacer la latente necesidad que existe a nivel nacional (Ramírez, et al, 2007).

Es importante además mencionar que este estudio se trata de una propuesta que puede ser considerada para la Mejora Continua a nivel nacional, pero no presenta resultados que demuestren su implementación.

### **Resultados o casos de éxito en Chile y el mundo.**

Al ir revisando los casos anteriormente señalados, se puede afirmar que la ejecución de metodologías de Mejora Continua genera un aporte significativo para la aplicación de nuevos métodos que permitan la optimización de los procesos que las compañías manejan. El caso de estudio del hospital de Taiwán, por ejemplo, reveló como resultado lo siguiente:

Al profundizar, fueron capaces de determinar que gran parte de los factores de la industria sanitaria y de los posibles errores médicos, podían ser mejorados con LSS. Uno de los puntos críticos abordados fue el tiempo de atención de pacientes diagnosticados con IAM. Producto de la aplicación de LSS fue posible disminuir el tiempo de atención en un 58,4% generando además un ahorro anual de \$4.422 millones de dólares taiwaneses.

Como segunda derivada, se concluye que la integración del concepto de la metodología Lean, y la estructura de Six Sigma es aplicable en el hospital; es posible el desarrollo de una estructura que soporte la aplicación de LSS en el futuro; es factible descubrir las causas principales que generan directamente un impacto en las gestiones, aumentando en gran medida los tiempos de ejecución de las tareas; fue viable la creación de un sistema de mejora que redujo el tiempo de atención, entre otros (Yeh, et al, 2012).

En este punto, la Mejora Continua está comprobada como una gran herramienta que puede mejorar los procesos y hacer a las empresas más eficientes. Según un estudio publicado en la revista OIKOS (Ramírez, et al, 2007), no se dispone de mucha información documentada y/o presentada, respecto a la implementación de Mejora Continua en la industria de la salud. Sin embargo, es posible identificar una serie de factores que, de ser mejorados, se podría lograr la optimización de una serie de errores humanos que se manifiestan en dicho rubro.

Un ejemplo de ello es que, haciendo contraste con un informe estadounidense de errores médicos, se vuelve preocupante la falta de documentación respecto a los errores que los propios médicos generan en las atenciones de salud que prestan. Si no hay registros de ella, no significa que no exista, sino que es simplemente una falta al cumplimiento de las normativas vigentes.

Entonces, considerando lo expuesto, sí es posible que sean propuestas mejoras al actual sistema incorporando herramientas metodológicas de Mejora Continua, para aplicar temas como: mejora de los procesos o seguridad en la forma en que se administran los medicamentos, reducción de infecciones intrahospitalarias en unidades críticas como lo son la unidad de cuidados intensivos o la unidad de tratamientos intensivos (UCI/UTI), mejora en la estadía de los pacientes, mejora en los tiempos de espera para ingresos de urgencias o de tratamientos de radiología, entre otros.

Finalmente, y habiendo revisado las principales contribuciones que aportan o han aportado a la línea de trabajo de este proyecto, es posible indicar que una oportunidad de desarrollo se encuentra en el hecho que no existe, para el caso de la red de clínicas, información suficiente o certeza, respecto de la disponibilidad de la aplicación de Mejora Continua orientado a los procesos clínico-administrativos unificados. Lo que autoriza lo siguiente como contribución para este proyecto de grado.

### **1.3 Contribución del trabajo**

Habiendo recorrido las bases teóricas para este estudio, cabe mencionar que la principal motivación de realizarlo ha sido la ausencia de lineamientos corporativos para la estandarización de procesos administrativos, considerando las nuevas

normativas vigentes solicitadas por el MINSAL, manteniendo la nueva planificación estratégica que posee la compañía. Se propone entonces la implementación de una metodología que sea coherente y mejorada para dicho proceso en el área de las admisiones hospitalarias de las clínicas pertenecientes a la red.

En este sentido contribuye a la comprensión de las variables claves que permiten determinar los mejores procesos, ajustándolos a las nuevas normativas según la estructura vigente en la compañía.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, este trabajo considera los siguientes como objetivo general y objetivos específicos para este proyecto de tesis.

#### **1.4 Objetivo general**

Proponer la integración de los procesos administrativos en las cuatro clínicas de la red privada de salud, específicamente en las áreas de cada una de las admisiones hospitalarias, que permitan una estandarización de los procesos en su integración, según el plan de desarrollo estratégico de la compañía orientado en la nueva estructura como una red.

##### **1.4.1 Objetivos específicos**

- Estudiar los procesos administrativos implementados en las admisiones de cada clínica.
- Analizar los datos recolectados desde el estudio de procesos, identificando las principales diferencias, brechas y oportunidades de mejora.
- Proponer un proceso mejorado y factible de Mejora Continua que permita la integración de los procesos administrativos de la red.

#### **1.5 Propuesta metodológica**

- 1) **Paradigma y diseño:** El estudio se enfocó en la preparación de una propuesta de mejora y de unificación en los procesos de cuatro clínicas de la red privada de salud, específicamente en las áreas de admisión hospitalaria. Este estudio contempló la solicitud de toda la documentación que las áreas de admisión

manejaran en ese momento. Junto a la revisión de esta, iniciar una serie de entrevistas con los usuarios más experimentados de cada centro de salud, ya que junto a ellos fue posible entonces determinar todas aquellas actividades que no fueron presentadas en primera etapa. Luego de acabado el estudio, fue posible entonces presentar los procesos de manera descriptiva con sus respectivas características dentro de una serie de diagramas de flujo, los cuales demostrarán la gestión de las actividades administrativas (Medina, et al, 2019). Para el proyecto, fue considerada una metodología cualitativa, considerando como datos los comentarios o respuestas obtenidas a través de las entrevistas semiestructuradas. En esta dinámica fue de suma importancia. La elaboración de una serie de preguntas que guiaron al entrevistado a la información que era necesaria aclarar, considerando dicha información como la principal entrada (Pérez, 2002), para completar lo presentado por las clínicas como información base junto a la definición de requerimientos gerenciales o normativos a partir de las definiciones dictadas por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

- 2) **Datos sobre los que se efectuará el estudio.** Los datos donde se ejecutó el estudio son en los procesos asociados a las admisiones hospitalarias, levantados, estudiados y complementados en el periodo de julio a octubre del año 2020, basado en las entrevistas realizadas a las colaboradoras regionales de mayor experiencia dentro del área, presentando un rango etario entre los 25 a los 40 años. Esta muestra permitió entonces la construcción de diversos diagramas de flujo, apoyados por la herramienta informática Bizagi, para su posterior utilización en la propuesta de mejora.
- 3) **Entorno:** La actividad se llevó a cabo en cada una de las localidades de red privada de clínicas, cuyos principales clientes son los pacientes asociados a algún sistema de salud previsional ya sea privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), como público a través de Fonasa. La red de clínicas posee un universo de 1600 colaboradores (sin considerar el cuerpo médico que trabaja a través de boletas de honorarios) distribuidos en profesionales de la salud en conjunto con una planta administrativa para dar soporte al resto de las

operaciones de la industria. Cuenta, además, más de 40 mil metros cuadrados de edificación, 240 camas y 199 box de consultas clínicas.

- 4) **Intervenciones:** En este proyecto se optó por la metodología de Mejora Continua considerando la metodología de PDCA como aplicación principal, lo cual se explica en el Capítulo 2. A continuación, serán descritas las etapas abordadas en esta investigación:
- a. **Planear (Plan):** Considerando la situación actual de la red de clínicas, se comienza la fase de planificación, análisis y definición de un plan de acción.
  - b. **Hacer (Do):** Una vez abarcado el primer punto, fueron establecidas las acciones desarrolladas en el plan, para posteriormente ejecutarlas. En este caso se hizo la revisión de la documentación vigente, se comparó con los procesos vigentes a través de entrevistas, y por último se incorporaron los nuevos lineamientos corporativos junto a la aplicación de nuevas instrucciones ministeriales vigentes.
  - c. **Comprobar (Check):** En este período se comprobó que lo planificado y lo realizado en las fases anteriores, se llevó a cabo.
  - d. **Actuar (Act):** En esta etapa se procedió a realizar la estandarización y a fijarla en los procesos definidos en las fases anteriores a nivel corporativo, presentándolo como un plan de acción ante los dueños de los procesos de las admisiones hospitalarias, considerando que al ser Mejora Continua, esto puede seguir en constante evolución ejecutando el flujo cuantas veces se estime conveniente.
- 5) **Plan de análisis de los datos:** Los datos obtenidos, a través de la solicitud especial para cada clínica, que constan de documentación (protocolos o manuales de usuario vigentes), junto a las distintas entrevistas realizadas dentro de cada una de las admisiones de las clínicas de la red, dieron paso al planteamiento preliminar de los procesos que manejaban. Adicionalmente fueron definidos los nuevos lineamientos corporativos junto a la comparación en contraste con las normativas de salud vigentes indicadas por Fonasa. Al realizar el análisis de todo lo expuesto se pudo entonces preparar un proceso

unificado conforme a los nuevos requerimientos o cumplimientos normativos vigentes.

- 6) **Ética:** El presente trabajo fue desarrollado con información real, adquirida de cada una de las áreas trabajadas. Esta información no fue alterada, ni modificada con un claro objetivo de presentar hechos fidedignos en esta investigación. En el proceso de entrevistas tampoco hubo tergiversación de datos a favor del proyecto ni se ejerció presión ni se ofrecieron incentivos para que la planta ejecutiva contestara desde una perspectiva específica, manipulando su percepción. Junto a esto, se tomaron todas las medidas para conservar la confidencialidad de las fuentes de información como, por ejemplo, no registrar nombres de las personas, sino de los cargos que fueron entrevistados. Como último punto, también se honró la libertad de expresar sus opiniones ante lo que se estuvo realizando a nivel corporativo y de participar o no del proceso.

## **1.6 Organización y presentación de este trabajo**

Este proyecto de grado se organiza como sigue:

Capítulo 1: Presenta un marco conceptual del proyecto, contextualizándolo, proponiendo objetivos y discutiendo desde la literatura la pertinencia del foco de la investigación, su contribución, y presentando a su vez un marco metodológico para su desarrollo e implementación.

Capítulo 2: Presentación de la problemática del proyecto junto a las metodologías definitivas con las que será abordado el proyecto.

Capítulo 3: Se muestran análisis y resultados de la propuesta del trabajo.

Capítulo 4: Finalmente las conclusiones generales derivadas de este trabajo, y una dirección para la investigación futura, la cual considera aquellas preguntas no contestadas durante el desarrollo de este proyecto, se presentan en este capítulo.

Referencias generales

Anexos

## **2 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA Y METODOLOGÍA SELECCIONADA**

La industria de la salud está en constante evolución producto de una serie de nuevos protocolos de atención y/o tratamientos que pueden ser otorgados a quienes lo requieran. Bajo este enfoque, la red de clínicas estudiada presenta una debilidad vinculada con la incapacidad de adaptar sus procesos bajo un esquema único con mirada de red, dificultando una visión transversal. Esto se hace necesario ya que se busca el cumplimiento de los nuevos lineamientos dictados por la nueva entidad corporativa que controla a la red de clínicas.

Uno de los motivos de lo anterior es que la plataforma tecnológica no facilita la adaptabilidad de nuevos procesos, ya que, al mantener un modelo con tecnología antigua (desarrollado en 2010), dificulta el soporte necesario para generar nuevas versiones del sistema, y de esta forma cumplir con los nuevos requerimientos.

Considerando esto, se inicia entonces una etapa de diagnóstico para poder estimar cuáles son los puntos críticos que requieren de atención inmediata por parte de los líderes de la red de clínicas.

Las áreas de admisión hospitalaria (áreas de admisión central y admisión de urgencias) son consideradas puntos clave de estandarización, ya que dentro de ellas ocurren una serie de procesos y procedimientos administrativos que influyen directamente en la experiencia de los pacientes, la estabilidad y/o aseguramiento financiero, además del cumplimiento de las nuevas normativas dictadas, ya sea por Fonasa como la Superintendencia de Salud (SIS).

### **2.1 Presentación del problema**

La red privada de clínicas, en la realización del diagnóstico orientado a la estandarización, pudo concluir que los procesos entre las clínicas de la red presentaban una serie de diferencias administrativas, con importantes brechas operacionales entre ellas, ya que funcionaban como entidades independientes, en vez de haber sinergia, y de esta forma diseñar un modelo de red más acorde al escenario actual, donde todo

apunta a que una gran entidad, en este el área Directiva de la Red Privada de Clínicas (DRPC), las comande a todas y estas respondan favorablemente ante estos requerimientos.

Entre los principales puntos de mejora encontrados, se pueden mencionar:

1. Las instrucciones administrativas locales no describen con claridad los métodos en que ciertos pacientes pueden ingresar a la clínica. Entre ellos existen las variantes de pacientes morosos o con bloqueo vigente, pacientes con convenio empresa, pacientes menores de edad, pacientes que, por su naturaleza, no es posible determinar su identidad (Ej.: pacientes inconscientes o indigentes), entre otras.
2. No se genera la revisión de la previsión en línea a través de la plataforma contratada (IMED<sup>1</sup>), para que se genere un registro que acredite el sistema de salud al que se encuentra afiliado el paciente.
3. No hay claridad respecto a las restricciones que deben establecer las clínicas ante el ingreso de pacientes que mantengan una deuda morosa vigente.
4. Ingresos hospitalarios sin garantía generada (pagaré). Las clínicas, en ocasiones, ingresaban pacientes sin solicitar la garantía asociada a la hospitalización que el paciente requiere para atender su patología de salud. Esto genera que estos centros de salud no posean herramientas para generar acciones legales de cobranza en caso del no pago de las prestaciones otorgadas a los pacientes, afectando los procesos cobro y eventualmente perjudicando los resultados de la compañía (solo existen dos excepciones para esta norma, siendo la “Ley de Urgencias”<sup>2</sup> y las licitaciones con los servicios de salud regionales o metropolitanos).

---

<sup>1</sup> Empresa privada de interconexión digital que permite, a través de la huella digital de una persona, validar la previsión del paciente, la emisión de bonos electrónicos, la emisión de licencias electrónicas, entre otros servicios. Toda la industria de la salud posee convenios con esta entidad

<sup>2</sup> Es una norma que garantiza que las personas sean atendidas en cualquier establecimiento de salud. Ningún hospital o clínica puede negar la atención a una Urgencia Vital o emergencia con secuela funcional grave, ni exigir garantías para otorgarlas mientras dure tal condición. La Ley de Urgencias aplica para todos los pacientes que posean un sistema de salud público como privado.

5. Incumplimiento de la normativa vigente. La ley 20.394, regida por la SIS, indica que las clínicas, no están autorizadas a solicitar otra garantía que no sea el pagaré descrito en el punto 3 (Ministerio de Salud, 2009).

Bajo esta mirada, se ve con mayor urgencia la actualización de los procesos, utilizando la metodología de Mejora Continua en conjunto con la herramienta informática para el modelamiento de procesos de negocio Bizagi Modeler, para poder dimensionar la posible optimización de estos, y también para darle más apoyo al desarrollo de una plataforma informática amigable que permita soportar todos los nuevos requerimientos de las actividades que se han desarrollado en el transcurso de los años, desde que nacieron las clínicas.

Considerando lo expuesto, entonces, la planta directiva de la compañía seleccionó las herramientas que serán descritas a continuación para poder abordar y dar solución a los problemas encontrados. Los principales argumentos para esta elección fueron la necesidad de generar cambios en la organización de manera ágil, utilizando el menor recurso posible, entendiendo que para la completa ejecución y éxito de la metodología es necesaria la participación de toda la compañía. La aplicación de Mejora Continua junto al software de modelamiento de procesos *Bizagi*, se ajustan a dichas características, además de ya ser herramientas conocidas por el DRPC junto con la experiencia de su aplicación.

## **2.2 Herramienta metodológica: Mejora Continua (Lean PDCA)**

La visualización y posterior detección de los problemas estructurales dentro de los procesos que se llevan a cabo en toda la red de clínicas permitió evaluar de una manera más precisa la metodología idónea para el abordaje de estos. Tomando en cuenta lo anterior, se menciona que el Lean Management fue considerado como un método que permitió que la Mejora Continua se pudiera desarrollar en cada sucursal, seleccionando la herramienta del ciclo PDCA como principal sustento de aplicación, ya que se ajusta a lo que la compañía espera como primera etapa en la estandarización de procesos y posterior *upgrade* informático alimentado desde ellos.

Un estudio (Guerrero, Silva y Bocanegra-Herrera, 2019), señala que Lean se ha convertido en la metodología bandera en diversas industrias, haciendo alusión a sus bondades, entre ellas la reducción de costos, la optimización de la eficiencia en distintos niveles operativos, así como el estímulo de aspectos como el liderazgo y la mejora en la toma de decisiones que pueden considerarse de gran relevancia.

La publicación citada, realza, además, la naturaleza de Lean como una filosofía que hace posible la simplificación de distintos procesos organizacionales. También describe esta metodología como eliminación de desperdicios tanto en la producción como en la prestación de bienes y servicios, destacando adicionalmente cómo se acortan tiempos de espera y ciclos de ejecución que antes podrían ser más largos y engorrosos.

Como complemento de Lean, se propuso la utilización del ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), o ciclo de Deming. Este método funciona como un sistema de gestión de la calidad utilizado ampliamente en los sectores de servicios y fabricación. PDCA consta de cuatro pasos, los cuales son: Planificar; Hacer; Verificar; Actuar. En la figura 1, se pueden apreciar los pasos del ciclo.



Figura 1: Ciclo PDCA  
Fuente: Elaboración propia

Cada una de las fases posee características específicas. La fase de planificación tiene relación con la definición de las metas y los procesos para poder llegar a resultados específicos. La segunda fase está orientada al hacer, es decir, comenzar a realizar lo planificado. La tercera fase es la verificación o revisión de lo que se ha realizado de acuerdo con las especificaciones definidas en la fase 1. Por último, la cuarta fase está relacionada con cumplir o superar lo planificado, junto con maneras en la que la compañía podría seguir mejorando, para volver a ejecutar el ciclo (Isniah, Hardi y Debora, 2020).

### **2.3 Modelamiento de procesos mediante Bizagi Process**

Procesar la data obtenida a partir de este trabajo de investigación supuso un gran desafío en cuanto a la presentación de los resultados, pues se buscó realizar una serie de documentos que permitiesen dar una visión más clara de algunos de los aspectos más relevantes en relación con el estudio realizado.

Es por ello y por la experiencia que maneja la compañía en su utilización, por lo que se optó por la utilización de la herramienta digital Bizagi, la cual es una herramienta informática de tipo suite, la cual se ocupa para la diagramación, documentación y simulación basados en los estándares de calidad más altos del Business Process Modeling Notation (BPMN, por sus siglas en inglés, o traducido al español como Modelo y Notación de Procesos de Negocio).

El programa cuenta actualmente con dos productos disponibles para descarga, entre ellos el Modelador de Procesos, y una Suite de BPM, empleados ampliamente para la ejecutar procesos y flujos de trabajos, (Bizagi.com, 2020). De hecho, más de 50 empresas a nivel mundial están enlistadas como clientes de la firma colombiana. Entre las más populares se encuentran Adidas, Audi Japan, ManpowerGroup y Generali (Dinero, 2019).

Dentro de este trabajo de investigación, Bizagi jugó un papel protagónico en la construcción de los esquemas, cuadros, organigramas y demás piezas donde fue vaciada información, y en las cuales se puede visualizar de una forma más amigable, entendible y más fácil de reconocer.

Como fue mencionado anteriormente, Bizagi es un instrumento digital con el que se pueden diagramar un sinnúmero de procesos que pueden ser de gran utilidad dentro de cualquier organización, pues su modelo de trabajo tiene como concepto la optimización de los procesos dentro de empresas que necesiten definir más claramente sus métodos de trabajo internos (Arleco, 2008).

Dentro de las bondades más destacadas del modelador Bizagi se puede resaltar el fácil acceso que se tiene al aplicativo. Se puede obtener a través de una simple descarga en Internet sin estar asociada a pagos, tal como ocurre con otras herramientas también empleadas para procesar información y graficar elementos de diversa índole (Garzón, 2016).

Es tal su practicidad, que se puede ocupar en equipos de escritorio y portátiles, debido a que las exigencias de su sistema operativo no son tan elevadas. Asimismo, su funcionamiento es óptimo y rara vez presenta fallas en su sistema operativo, que supongan la pérdida de información o retrasos en la entrega de las piezas gráficas.

Otra de sus características más destacadas tiene que ver con el fácil manejo de la herramienta en sí. Tomar el control del aplicativo no toma más de un par de minutos, así como comprender la forma en la que se puede esquematizar y definir el orden o la disposición de la data que se quiere trabajar en él. En la figura 2, se puede apreciar un ejemplo de diagrama de flujo con un inicio simple, seis cajas que representan distintas tareas, un cuadro de decisión y dos posibles desenlaces o salidas.

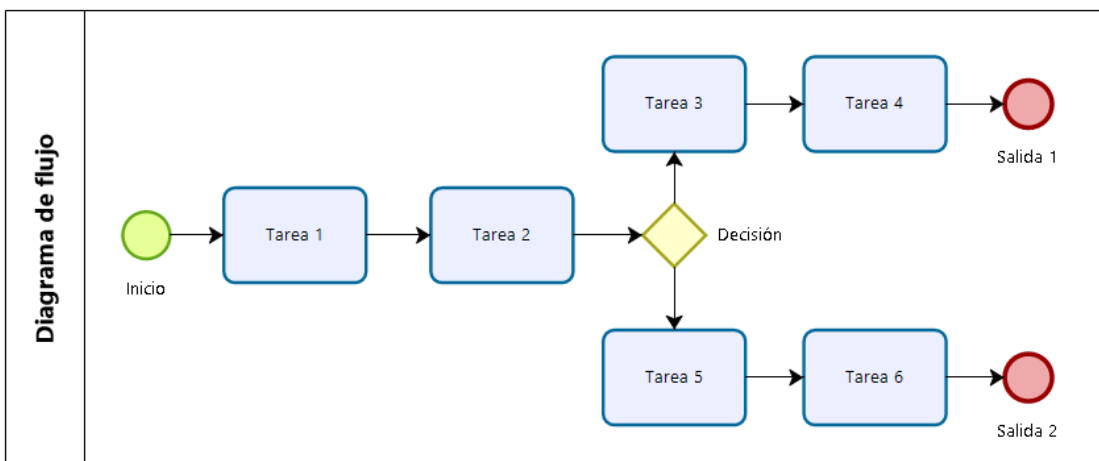


Figura 2: Diagrama de flujo Bizagi  
Fuente: Elaboración propia

Desde luego, el éxito en la utilización de Bizagi recaerá, siempre, en la capacidad de organización y definición que tenga cada usuario, y de cómo este desee proyectar la información a través de la herramienta. De hecho, a nivel mundial tiene un altísimo reconocimiento, siendo uno de los programas más valorados entre los clasificados dentro del BPMN (Business Process Model and Notation, que en español significa Modelo y Notación de Procesos de Negocio).

El uso de Bizagi se conecta estrechamente con la necesidad de implementar mejores procesos dentro de la red de clínicas, pues la visualización de la data de una manera más expedita, precisa y clara permite que la operatividad organizacional puede ser optimizada de manera exponencial.

¿Pero hasta dónde llegan los alcances de Bizagi? Es bueno señalar que todos los procesos realizados a través de la herramienta se pueden automatizar. Es decir, la data procesada puede ser ejecutada y controlada a partir de la estrategia que se emplee, así como es posible que todos los participantes de la organización tengan acceso a la información mediante el ingreso de un portal web sencillo.

Al tener establecida la metodología y el análisis de los datos a través de Bizagi se puede alcanzar un mayor nivel de productividad, así como la observación de una eficiencia mayor en el manejo de la data, la cual evidentemente sirve para alcanzar el objetivo de mejorar los procesos internos de la red de clínicas privadas.

Otro de los alcances o beneficios de la implementación de la herramienta digital tiene que ver con el estímulo que brinda a nivel organizacional en otros aspectos blandos, tales como el incentivo de la colaboración entre compañeros, un alto sentido intuitivo al momento de procesar información, además de la comunicación más efectiva dentro de los participantes de la red, gracias a la definición de procesos más claros.

Además de todo, considerando que la red cuenta con varias sucursales, el manejo de información precisa, digitalizada y con un flujo bastante sencillo de manejar, se convierte en un beneficio, pues todos los involucrados podrán, en tiempo real, tener acceso a la data, así como podrán validarla y hacer uso de esta.

En el sitio web del desarrollador justamente se resaltan las bondades del uso de la herramienta en sistemas de salud, justamente en tópicos que estudian, analizan y repasan en este trabajo de investigación, tales como registro, ingreso y atención de pacientes, así como otros aspectos inherentes a la red como facturación de servicios y sala de urgencias.

Como complemento a la información, es importante mencionar que existen otras herramientas que proponen una usabilidad similar para la necesidad de la compañía. En la página de Softgrade (Flores, 2020), fue publicado un pequeño listado con algunas herramientas que desempeñan funciones parecidas de diagramación y modelamiento de procesos. Entre ellas, se mencionan BPMN.IO, BonitaSoft, AuraPortal, y Lucidchart.

Adicionalmente, existe otra herramienta que permite la diagramación de procesos, y que está estrechamente relacionada con Lean. Se trata del "Mapa de Flujo de Valor (o VSM, por sus siglas en inglés).

En un artículo (Díaz de Basurto y Ruiz de Arbulo, 2003), se plantea que la utilización de este aplicativo es simple, pero a su vez potente, ya que se enfoca en la comprensión del flujo de materiales y el de información en la medida que el producto continúa su transformación.

Al ir profundizando en el artículo, fue posible notar que la principal orientación de su utilización tiene que ver con los procesos de manufactura. Es decir, es mayormente utilizado en ese tipo de rubros.

Entonces, resulta más coherente la utilización del software Bizagi en la realización de este proyecto, pues se puede utilizar para el apoyo en la gestión de procesos administrativos.

Considerando lo anterior, aunque el conocimiento de las herramientas mencionadas estaba disponible por decisión de la compañía, se opta por la utilización del software Bizagi debido a que es una herramienta con la cual la red de clínicas privadas se encuentra familiarizada. Además, porque el enfoque de este proyecto está orientado a la gestión de procesos administrativos, por lo que dicha herramienta se ajusta de mejor manera a las necesidades mencionadas en este trabajo de investigación.

## **2.4 Conclusión y análisis del capítulo**

Al revisar la información que ha sido expuesta en este capítulo, es posible apreciar una importante oportunidad de mejora en los procesos administrativos para las admisiones de la red de clínicas al establecerse como entidades individualizadas sin considerar el resto de sus pares. También es posible afirmar que las áreas de admisión hospitalaria, al no contar con lineamientos claros, manejaban individualmente sus procesos generando discordancia entre sus pares de la red. Desde esta perspectiva, la aplicación de las herramientas de Mejora Continua, habilitan y posibilitan abordar de manera eficiente los procesos, identificando a su vez cuales son las diferencias, la aplicación de instrucciones gerenciales o normativas ministeriales entre ellas. Incluso, el generar procesos estandarizados y actualizados según las nuevas necesidades de la red de clínicas y de la industria de la salud, permite como valor adicional el desarrollo de una herramienta tecnológica que contemple de manera más completa lo mencionado, ayudando a la reducción de tareas manuales y mejorando entonces las gestiones internas del área.

La selección de PDCA entonces, indica un camino a seguir para el mejoramiento continuo de las clínicas, permitiendo su constante evolución y adaptabilidad ante los nuevos requerimientos que surgen año tras año, considerando sus principales fundamentos que tienen que ver con la incansable búsqueda de métodos y posibilidades de mejora dentro de la organización.

Es posible afirmar, en conclusión, que la utilización de la mirada de Mejora Continua, junto a entrevistas cualitativas semiestructuradas y diseño de procesos apoyado por Bizagi, son capaces de generar procesos lógicos, eficientes y orientados a los lineamientos de la compañía y, por lo tanto, son potencialmente una excelente opción para su aplicación.

### 3 RESULTADOS

Para dar paso a la revisión de los resultados expuestos en este trabajo de investigación, se considera pertinente hacer una recapitulación para centrarse en el origen del problema. Es aquí donde se reconoce que uno de los mayores obstáculos que atravesó la DRPC dentro de sus lineamientos como industria se relacionaba con la disfuncionalidad en la operatividad de sus procesos, los cuales no se manejaban bajo un estándar claro. Además, en ocasiones estos no cubrían las indicaciones normativas dictadas por el MINSAL ni por Fonasa.

También es relevante considerar que, en un inicio, no todas las clínicas se sentían parte de la nueva estructura de red. Esto es relevante ya que la participación de las personas es clave para la aplicación de metodologías de Mejora Continua. Parte de la encuesta diagnóstica, entregó información relacionada con lo descrito. Se pudo apreciar que, del universo de 44 personas encuestadas, sobre el 77% de las encuestadas (34) consideraban que la red privada de clínicas posee visión de red y que sobre el 65% se consideraba parte de esta (29).

Otro punto que se puede notar fue que en las clínicas existían iniciativas de mejora continua por parte de la planta ejecutiva. Dentro de la misma encuesta, fueron desarrolladas y contestadas 3 preguntas que tienen directa relación con el área propia de trabajo. La primera tiene que ver con si entrega ideas a su jefatura para mejorar el área, donde el 84% indica que sí (37); la segunda es consecuencia de la primera, y tiene que ver con si se han implementado las sugerencias entregadas a la jefatura, donde el 45% indica que sí (20); y, por último, si se considera un aporte para su área laboral, donde el 93% indica que sí (41).

Al considerar la información anterior, se puede tener como antecedente dentro del levantamiento y posterior implementación, una visión de cómo serán los niveles de participación y/o resistencia que la planta ejecutiva podría presentar cuando se ejecuten las mejoras de los procesos. Para profundizar un poco más en esta encuesta diagnóstica, se puede consultar dentro del **anexo N°1**, donde están descritas todas las preguntas junto a sus respectivos resultados.

A continuación, serán presentadas las fases del proyecto junto a sus respectivos resultados.

### **3.1 Primera fase: Levantamiento**

Para el desarrollo de esta tarea fue necesaria la recopilación de toda la información posible que manejaban las clínicas de la red. Para ello, se solicitó, a través de la Gerencia General de cada recinto de salud, la recopilación y posterior envío de toda la información disponible que tuviesen del área de admisión.

Entre la data aceptada destacaban documentos como manuales, procedimientos, protocolos, documentación de ingreso (administrativa), y todo aquello que pudiese aportar antecedentes para esta primera etapa. Una vez recolectada la información y, al ser una metodología de trabajo cualitativa, se inició la planificación de una serie de entrevistas presenciales y digitales. Estas últimas realizadas de manera presencial y mediante videollamadas, y gracias al uso de diversas plataformas online.

De este modo fue posible la integración entre las respuestas entregadas por las entrevistadas y la información facilitada por las clínicas.

Estas reuniones tenían la particularidad, en ambas modalidades (presencial y online) de ser semiestructuradas y enfocadas en los usuarios de mayores conocimientos o mayor experiencia que cada clínica dispuso para la realización de esta actividad. Es oportuno recordar, y tal como fue expresado en el capítulo II, que esta muestra estaba conformada por mujeres colaboradoras de sus respectivas clínicas, con un rango etario entre 25 y 40 años, con el cargo de ejecutivas de admisión hospitalaria y en algunos casos, en conjunto con sus supervisoras o jefaturas. Cada reunión fue programada para ser realizada en 1 o 2 citas de aproximadamente 3 horas cada una (dependiendo de la cantidad de casos de uso que las clínicas tuviesen).

En el **anexo N°2** es posible observar las preguntas utilizadas que fueron realizadas a cada entrevistada por cada clínica. Estas son alusivas a la coordinación, tanto interna como externa del área, relación con otros módulos, y métodos de trabajo. Vale decir que, al ser entrevistas semiestructuradas, las preguntas fueron utilizadas como una

base para llegar a niveles de profundidad mayores, en función de los hallazgos o comentarios aportados por las entrevistadas, para que posteriormente fueran incorporados en los documentos entregados. Para la captura de mayor detalle de información, también se acudió a los puestos de trabajo de las entrevistadas, entendiendo que no solo los procesos tenían falencias, sino que también sus instrumentos laborales se presentaban con deficiencias.

Es importante mencionar que en algunas clínicas no se contaba con documentación alguna que respaldara su forma de trabajo y de atención al público, lo cual hizo aún más crítico el generar estos procesos y entregar los lineamientos actualizados.

### **3.2 Segunda fase: Análisis**

Luego del ciclo de entrevistas junto a la recepción de la documentación administrativa de las clínicas, se avanzó a la segunda fase, que está relacionada con el análisis de la información recopilada.

Las entrevistas, en este punto, entregaron información relevante dentro de todo el proceso. Esta fue administrada de manera lógica, coherente y ordenada, permitiendo así comprender de mejor manera cómo están operando las clínicas. Es así donde se comienza a clasificar la información, segmentándola para poder procesarla y estudiarla de manera ordenada.

Considerando lo anterior, los procesos fueron organizados como un proceso principal y una serie de subprocesos como sigue:

1. Proceso principal: Admisión Hospitalaria.
2. Subproceso: Convenios y gestión administrativa.
3. Subproceso: Pagaré y mandato.
4. Subproceso: Preingreso clínico.
5. Subproceso: Preadmisión hospitalaria.
6. Subproceso: Admisión "Ley de Urgencias".
7. Subproceso: Gestión de deuda.

Los procesos mencionados anteriormente son los que nacen directamente en las admisiones y que corresponden a las actividades de su módulo. Sin embargo, existen otros subprocesos que no fueron detallados ya que corresponden a actividades que se relacionan con el área, pero que no tienen relación directa con el módulo levantado, por lo que estos subprocesos se manejan de manera representativa, solo para generar vínculos entre las actividades que desempeñan las clínicas y para dejar definidos los límites del área y los actores que impactan su actividad.

Para dar un contexto un poco más amplio, es necesario explicar que las admisiones hospitalarias poseen un proceso base que tiene que ver directamente con el ingreso de los pacientes a las clínicas. Una versión simplificada de éste se puede apreciar en la figura 5, donde la entrada general a una hospitalización es dictada a través de un médico tratante quien genera una orden y de esta forma inicia el flujo terminando con la hospitalización del paciente.

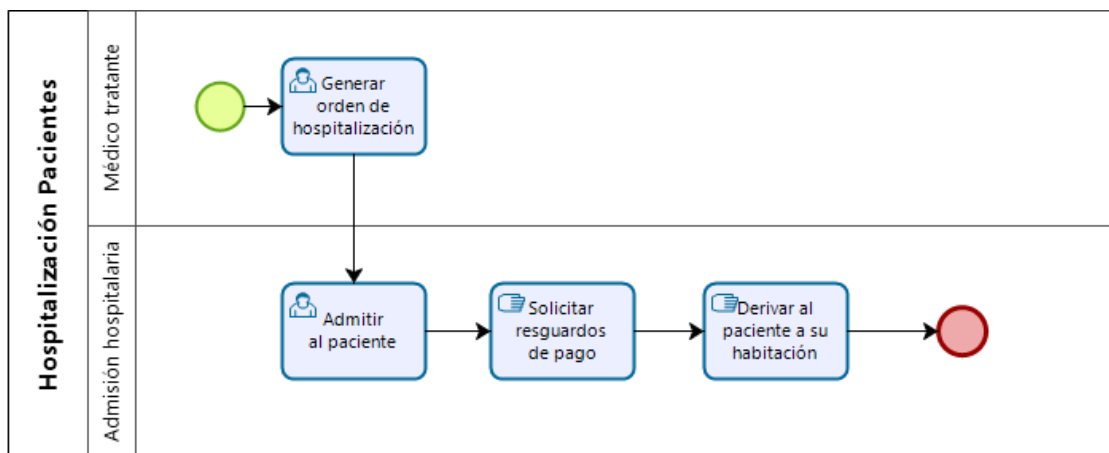


Figura 3: Diagrama simplificado de admisión

Fuente: Elaboración propia

Como fue mencionado, este es el proceso más habitual para generar una hospitalización. Sin embargo, es importante mantener en vista que existen ciertas variantes que pueden condicionar los ingresos.

Entonces, considerando lo anterior, a continuación, se iniciará la explicación del proceso principal de admisión hospitalaria, la cual contiene una serie de subprocesos anidados que finalmente permiten realizar un ingreso completo, cumpliendo los

lineamientos corporativos y considerando las principales normativas impulsadas por el MINSAL. Todo proceso y subproceso posee Reglas de Negocios (REN), Prerrequisitos y Funcionalidades Esperadas (FE). Estas se encuentran explicadas en el **anexo N°3**.

### **3.2.1 Proceso principal: “Admisión hospitalaria”**

Este proceso corresponde a la sumatoria de actividades relacionadas con el ingreso de un paciente a una hospitalización programada, ya sea por una cirugía o por una hospitalización por exámenes clínicos o por estudios. En el **anexo N°4**, se describen todos los *actores* involucrados en el proceso y los subprocesos relacionados del área de admisión hospitalaria, entendiendo por *actores*, todas aquellas áreas o responsables que participan de cualquiera de los procesos o subprocesos que posean relación con el ingreso de un paciente a cualquiera de las clínicas de la red (en caso de querer revisar el proceso aprobado por el área administrativa, el **anexo N°5** contiene el detalle junto a su respectiva explicación).

### **3.2.2 Subproceso N°1: “Convenios y gestión administrativa”**

Este subproceso corresponde a la identificación del paciente por medio de su previsión de salud, o bien, algún convenio que se encuentre vigente dentro de red de clínicas privadas. Adicionalmente es el registro de ello dentro del episodio clínico generado en el ingreso. Lo acompaña también la emisión y posterior firma de los documentos administrativos de resguardo, emisión de brazaletes de identificación, categorizados por color (Blanco: datos del paciente; Rojo: alergias relacionadas con el paciente) y la entrega de la carpeta informativa con las indicaciones y recomendaciones clínicas para su ingreso y su eventual alta médica, junto a todas las copias de la documentación firmada por parte del paciente.

Sin cumplir este subproceso, no es posible dar cierre a la admisión hospitalaria debido a que este es el subproceso esencial para todo lo que tiene que ver con flujos administrativos posteriores al alta del paciente, específicamente con la tramitación de la cuenta y los eventuales cobros al paciente (en caso de querer revisar el proceso

aprobado por el área administrativa, el **anexo N°6** contiene el detalle junto a su respectiva explicación).

### 3.2.3 Subproceso N°2: “Pagaré y mandato”

Este subproceso está directamente relacionado con aquellas actividades que definen los mecanismos de ingreso que requieren ser cumplidos, asociados directamente con la emisión de las garantías asociadas a la hospitalización. Según la normativa vigente (Superintendencia de Salud, 2009), la ley prohíbe la utilización de garantías del tipo cheque en blanco, pero autoriza la utilización de los instrumentos de pagaré y mandato clínico. El pagaré, según el portal *Economipedia*, es un documento que indica que existe un compromiso o promesa de pago a un tercero, donde además se establece quién debe a quién, el monto de la deuda y el plazo para realizar el pago (Sanchez, 2020). El mandato es un documento clínico diseñado para que el paciente autorice el llenado del pagaré que, en la mayoría de los casos, corresponde a un pagaré en blanco. El llenado del documento se procesa una vez que el paciente no ha realizado los pagos en los plazos establecidos por las clínicas, convirtiéndose así, en un paciente moroso (en caso de querer revisar el proceso aprobado por el área administrativo, el **anexo N°7** contiene el detalle junto a su respectiva explicación). Para la utilización de pagaré y mandato, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios: no debe mantener una deuda vigente con la clínica; debe ser mayor de edad y menor a 65 años y debe presentar algún documento para acreditar su domicilio. Si alguna de las condiciones no se cumple, el paciente tiene la posibilidad de presentar a un garante apto que si las cumpla.

Es relevante mencionar que este subproceso se vincula directamente las *políticas de ingreso*. Para dar comprensión al documento de políticas de ingreso, a continuación, serán mencionadas algunas de las reglas más relevantes levantadas dentro de la ejecución de este proyecto:

- a. Pacientes Isapre: Para este tipo de pacientes se definió que solo será necesaria la emisión de pagaré y mandato, siempre y cuando no se encuentre moroso. En caso de estarlo, se procede a solicitar una autorización gerencial, la cual podría

indicar que el paciente sea admitido de igual forma, o se cobre total o parcialmente la cuenta pendiente de pago para que este ya no se encuentre en ese estado.

- b. Pacientes Fonasa: Para el ingreso de este tipo de pacientes se definió que deberán dejar pagada su estadía y los derechos de pabellón asociados a la intervención quirúrgica que recibirá (en caso de ser una hospitalización por cirugía). De igual manera, serán emitidos los documentos de pagaré y mandato para poder garantizar el pago de las prestaciones no cobradas en el ingreso. En caso de estar moroso o bloqueado, se procede a solicitar una autorización gerencial, la cual podría indicar que el paciente sea admitido de igual forma, o se cobre total o parcialmente la cuenta pendiente de pago para que este ya no se encuentre en ese estado. Las boletas generadas por el pago de la estadía clínica serán emitidas y entregadas directamente en admisión.
- c. Pacientes sin previsión de salud: Para el ingreso de este tipo de pacientes se definió que deberán dejar pagada su estadía y los derechos de pabellón asociados a la intervención quirúrgica que recibirá (en caso de ser una hospitalización por cirugía). De igual manera, serán emitidos los documentos de pagaré y mandato para poder garantizar el pago de las prestaciones no cobradas en el ingreso. En caso de estar moroso o bloqueado, se procede a solicitar una autorización gerencial, la cual podría indicar que el paciente sea admitido de igual forma, o se cobre total o parcialmente la cuenta pendiente de pago para que este ya no se encuentre en ese estado. Las boletas asociadas a este tipo de pagos serán entregadas 3 días hábiles después del proceso de alta clínica.
- d. Pacientes con convenios empresa: Para este tipo de pacientes, fue definido que deberán pasar dos cosas. La primera tiene que ver con la validación de la empresa (si posee dirección en Chile y/o sede en Chile). La segunda tiene que ver con si esta empresa posee convenio vigente y no se encuentra morosa. Si ambas condiciones se cumplen, los pacientes podrán ingresar solamente dejando el documento de pagaré y mandato firmado al momento de la admisión y entregando la carta orden que respalde que se encuentran ingresando por este tipo de convenios. Si el paciente se encuentra con algún problema financiero y

no cumple con los criterios de firma de pagaré y mandato, deberá presentarse con un garante apto para la firma del documento.

Las reglas anteriormente descritas, permitieron a las ejecutivas de admisión desempeñar sus funciones de manera más ágil, al no tener que recurrir constantemente a su jefatura para la toma de decisiones en los distintos tipos de ingresos que puede tener un paciente.

#### **3.2.4 Subproceso N°3: “Preingreso clínico”**

Es un subproceso orientado a la preparación del paciente para su futura hospitalización. Las tareas de este proceso están asociadas a una serie de preguntas que permitirán a la enfermera responsable determinar información relevante para el ingreso del paciente. Entre ellos tenemos alergias, comorbilidades, otras cirugías, antecedentes familiares, entre otros. Adicionalmente, la enfermera le entrega, alineada con el médico tratante, todas las indicaciones necesarias al paciente relacionadas con la suspensión de medicamentos para que el día de su hospitalización pueda ser hospitalizado sin inconvenientes (en caso de querer revisar el proceso aprobado por el área administrativa, el **anexo N°8** contiene el detalle junto a su respectiva explicación). Dentro del **anexo N°9** se encuentran adicionalmente una serie de preguntas que el paciente debe contestar para dar los lineamientos necesarios a la enfermera de preingreso, para conseguir registrar toda la información clínica relevante dentro de este subproceso.

#### **3.2.5 Subproceso N°4: “Preadmisión hospitalaria”**

Es un subproceso considerado como un complemento al preingreso. En él se describen todas las actividades relacionadas a una admisión tradicional con el objetivo de dejar la mayor cantidad de actividades administrativas de admisión, realizadas, considerando cierta flexibilidad ante la emisión del pagaré y mandato que en este punto podrían quedar pendientes (en caso de querer revisar el proceso aprobado por la directiva, el **anexo N°10** contiene el detalle junto a su respectiva explicación).

### **3.2.6 Subproceso N°5: “Admisión Ley de Urgencias”**

Este subproceso alberga las actividades relacionadas a la admisión de un paciente que es hospitalizado desde el área de urgencias y que es categorizado por el médico tratante como paciente “Ley de Urgencias”, producto de que el paciente se encuentra con riesgo vital o secuela funcional grave. (en caso de querer revisar el proceso aprobado por la directiva, el **anexo N°11** describen en detalle las actividades realizadas para este caso de ingreso hospitalario).

### **3.2.7 Subproceso N°6: “Gestión de deuda”**

Este subproceso corresponde a la gestión de cobro de aquellas atenciones impagas que el paciente posea, además de la emisión de los documentos asociados al pago de estas. (en caso de querer revisar el proceso aprobado por el DRPC, el **anexo N°12** contiene el detalle junto a su respectiva explicación).

## **3.3 Tercera fase: Unificación de los procesos y aplicación de la metodología**

Habiendo identificado y categorizado todas las actividades descritas por los usuarios claves o *key-users* de cada una de las clínicas de la red de clínicas privadas, se pudo avanzar a la fase de unificación de los procesos.

La instrucción del DRPC se enfocó en que estuviesen consideradas las mejores prácticas de la red de clínicas, tomando en cuenta que el centro de salud más grande y con procesos más complejos, sería la que entregaría los lineamientos base para el resto de la red.

A continuación, solo para poder profundizar en la aplicación de la metodología de trabajo, serán descritos los resultados del proceso principal “admisión hospitalaria”.

### **3.3.1 Aplicación del método de Mejora Continua PDCA en la red de clínicas.**

La admisión hospitalaria, al ser el proceso de mayor relevancia, según la definición del DRPC, fue tomado como modelo teórico en la aplicación de PDCA. La implementación

de este modelo, al ser una propuesta, describirá las etapas a seguir una vez comience la implementación en la red de clínicas.

### **P (Plan)**

En la etapa de *planificación*, se determinó qué parte de los problemas del área tienen que ver con falencias administrativas, como la carencia de instrumentos de oficina necesarios para poder desarrollar las labores diarias. Uno de los hallazgos se relaciona con el uso de una sola impresora multifuncional para cinco puestos de trabajo. Esto generaba que los tiempos de atención de las ejecutivas pudieran extenderse considerablemente (según lo comentado, entre 5 a 10 minutos, dependiendo del flujo de utilización del resto de las compañeras).

También, al estudiar y comparar los procesos, a través de la diagramación de estos con el software Bizagi, fue evidente que cada uno funcionaba con procedimientos individualizados. Esto fue identificable, por ejemplo, al comparar el método de admisión de un paciente que ingresaba por el área de urgencias en horario inhábil. No existía claridad ante la variante de un paciente sin identificación, con identificación vencida, si era necesaria la obtención del pagaré o no, entre otros.

En relación con las políticas de ingreso de los pacientes hospitalarios, fue detectado una importante falencia, que tiene relación con una serie de indefiniciones operativas. Este último punto dificultaba a que la planta ejecutiva pudiese realizar sus tareas con ciertos niveles de independencia para la aceptación o rechazo de nuevos ingresos, utilizando recurrentemente el tiempo de la jefatura responsable o de la gerencia a cargo. Este punto se consideró crítico debido a que implica riesgos financieros, al no tener certeza de los criterios y requisitos de ingreso que deben cumplir los pacientes.

Se notó también que tres de las cuatro clínicas no consideraban la realización de una preadmisión o un preingreso clínico. Esto es relevante ya que, a través de la ejecución de ellas, es posible generar acciones preventivas para evitar la suspensión de pabellones quirúrgicos por motivos clínicos. Este escenario que puede ser descartado por una enfermera que pudiese desempeñar la función de preingreso y es relevante su realización debido a que, al poder realizar esta detección preventiva, es posible

entonces asegurar la operación de la compañía, permitiendo además no impactar en las proyecciones y metas financieras establecidas.

## **D (Do)**

Considerando los puntos descritos anteriormente, se comienza la etapa del *hacer*. La primera acción tomada fue la definición y posterior solicitud de los implementos necesarios para que las áreas de admisión hospitalaria pudiesen desempeñar sus actividades sin la necesidad de esperar para la utilización de un implemento determinado. En el **anexo N°13** se encuentra el detalle del equipamiento mínimo que se requiere en las áreas.

Para la estandarización de procesos administrativos diagramados, es importante considerar que no es recomendable implementarlos todos de una sola vez. Esto debido a que el impacto en los usuarios determinaría un posible factor de resistencia ante el cambio, por lo tanto, se propone que por cada iteración del ciclo se irá implementando la mejora de un proceso/subproceso, considerando la aplicación anterior como un plan piloto que ya fue al finalizar se consideraría como controlada y estandarizada. Dicho esto, DRPC definió que el primer proceso a implementar sería el proceso principal de *admisión hospitalaria*, seguido del subproceso de *pagaré y mandato*.

Como tercera tarea, la definición de políticas de ingreso fue la más importante de todas, al ser un inminente riesgo financiero que no existiese un estándar a nivel corporativo. Las políticas de ingreso controlan los métodos en que los pacientes son ingresados en una atención de urgencia u hospitalización. Definen si se exige un pagaré, las condiciones que deben cumplir (como prerrequisitos para ser admitidos), qué tipo de excepciones se pueden realizar en caso de condiciones especiales (pacientes VIP<sup>3</sup>, o en caso de situaciones excepcionales como la actual pandemia de COVID-19), la documentación requerida para cada ingreso y lo que debe ser entregado al paciente

---

<sup>3</sup> En ocasiones, en la industria de la salud se categoriza a ciertas personas como VIP. Esto quiere decir que poseen ciertas flexibilidades y beneficios al momento de recibir atenciones de salud, o bien, significa la asignación de una ejecutiva específica, con quien tendrá la posibilidad de resolver todas sus dudas y que, a su vez, maneje todas sus cuentas hospitalarias.

como respaldo de su ingreso. Esta, al ser una tarea que implica decisiones y definiciones corporativas, se planificó para ser desarrollada de forma paralela.

Como última tarea del primer ciclo, se planificó la apertura de un nuevo puesto de trabajo que permitiera la realización del subproceso de preingreso clínico. Como fue descrito en la fase anterior, al implementar a un responsable para su ejecución, es posible determinar si los pacientes podrán acceder a la cirugía que tienen programada, validando clínicamente que cumplen con todas las condiciones asociadas a un ingreso hospitalario. Según fue posible revisar, en el **anexo N°9** se encuentra un listado de consideraciones que las enfermeras de preingreso necesitan tomar en cuenta para evaluar a todos los pacientes y de esta manera asegurar que están preparados para recibir una atención de salud quirúrgica u hospitalaria.

### **C (Check)**

En la etapa de verificación se comienza a dar seguimiento a las tareas que fueron realizadas en el punto anterior. En la medida que estas avanzan en su aplicación es necesario cuestionarse si se están logrando las metas propuestas en la primera fase. Es por eso por lo que para hacer posible esta verificación, es necesario dejar establecidas las actividades, definiendo a su vez periodos de seguimiento, su estatus, observaciones y la rectificación de si fue posible la implementación según lo planificado y al mismo tiempo si fue posible solucionar las problemáticas planteadas. En la tabla 2, es posible revisar el control de actividades planificadas para este ciclo de PDCA.

**Tabla 2: Control de actividades**

Elaboración propia

Causas	Plan de acción	Inicio seguimiento	Fin seguimiento	Estatus (Ok; Pendiente)	¿Fue implementado según lo planificado?	¿Su implementación ayudó a superar la problemática?	Observaciones y comentarios del personal
Falta de políticas de ingreso	Definición de las políticas administrativas para el manejo oportuno de las admisiones de pacientes hospitalarios	01-10-2020	30-11-2020	OK	Sí	Sí	Fue reportado que al poseer las políticas, se simplifica el proceso al tener que acudir menos veces a las oficinas de sus jefaturas.
Falta de estandarización de los procesos	Definición de un estándar que permita un manejo transversal del área	01-12-2020	14-12-2020	Pendiente	-	-	-
Falta de Preadmisión	Definición de un proceso que permita anticipar parcialmente el proceso de admisión hospitalaria, accionado a través del mismo personal disponible	01-12-2020	14-12-2020	Pendiente	-	-	-
Falta de equipamiento administrativo	Revisión de implementos actuales, medición de flujos y compra de artículos faltantes	14-12-2020	21-12-2020	Pendiente	-	-	-
Falta de Preingreso clínico	Definición de un proceso que permita anticipar las condiciones clínicas de un paciente que será hospitalizado en las clínicas de la red	01-03-2021	29-03-2021	Pendiente	-	-	-

En caso de reportarse posibilidades de mejoras según lo definido en esta fase, los procesos también entrarán en el flujo de Mejora Continua, permitiendo a la red de clínicas una constante actualización de ellos, generando las mejores prácticas y facilitando las labores de la planta ejecutiva.

### A (Act)

Como última fase, al *actuar* fue posible el planteamiento de nuevas perspectivas que posiblemente no fueron identificadas dentro de la primera línea de trabajo establecida en el primer ciclo de PDCA. Es aquí donde al revisar los resultados obtenidos en las fases anteriores, se hace posible la reformulación de lo implementado. Al orientar esta fase a los procesos, cada vez que se identificaron factores que era necesario agregar o actualizar, estos fueron modificados, adaptándose a la necesidad de la red, siempre tomando en cuenta que cada proceso previo a ingresar al ciclo nuevamente debe ser autorizado por el DRPC.

### 3.4 Cuarta fase: Validación de los procesos

Mientras el ciclo de Mejora Continua fue ejecutado, y como fue mencionado en la fase cuatro de PDCA, los procesos fueron levantados, identificados y estandarizados. Previo a su implementación, además, fueron sometidos a diversas reuniones y validaciones por parte de toda la compañía.

La primera fase de validaciones se desarrolló con un ciclo de dos *reuniones cruzadas*, las cuales agrupaban a dos clínicas de la red (cada una), para que se expusieran los flujos y las tareas asociadas a cada actividad mencionada en los procesos. Estas reuniones tenían programada una duración de aproximadamente dos horas y media, donde serían presentados y eventualmente aprobados, según las observaciones indicadas en dentro de ella. La idea de la realización de esta actividad era la de contrastar las realidades de una clínica que tiene mayor complejidad versus una que manejaba casos de menor complejidad, invitando a los asistentes a generar una instancia de conversación y colaboración, generando también vínculos que derivan en confianzas con sus pares, aumentando la cohesión como una red.

Posteriormente, pasa a la fase de validación de reglas de negocios. Estas corresponden a definiciones que afectan directamente en la operatividad y que afectan la administración del área condicionando incluso factores financieros como fue mencionado, a través del documento de pagaré y mandato clínico.

Al ser parte de una serie de procesos, fue necesario además definir cuáles serían los prerequisites mínimos para que las actividades del área no se vieran afectadas por factores externos a ella. Como fue mencionado al inicio de este capítulo, el **anexo N°3** contiene el detalle de las REN, Prerequisites y FE.

Luego, y como última actividad de esta fase, los procesos, junto a sus respectivos diagramas y documentación asociada, fueron presentados al DRPC, quienes, al hacer una revisión en detalle de estos, pudieron aportar con comentarios y mejoras. Al realizar las mejoras propuestas, los procesos fueron aprobados para que desde la fecha en que el DRPC dictara (según planificación), fuesen incorporados como los nuevos estándares de la red de clínicas.

### 3.5 Quinta fase: Definición de implementación completa

Las clínicas se encuentran a la fecha en una profunda evolución desde que se convirtieron en una red. Esto no aplica solamente para las admisiones hospitalarias, sino que aplica a nivel transversal. El DRPC se hizo consciente de esta realidad, por lo que, para ir implementando nuevos procesos, fue necesaria una planificación y de esta forma disminuir el impacto que los colaboradores podrían sentir mientras se gestionan todos los cambios.

La propuesta aprobada por el DRPC se planificó para ser implementada entre los meses de abril y mayo de 2021, en conjunto con la salida en vivo de la mejora informática para el área de admisión hospitalaria.

### 3.6 Estimaciones

Este trabajo, al tratarse de una propuesta, no considera resultados cuantitativos. Sin embargo, en función de las entrevistas realizadas, es posible presentar una estimación respecto a los beneficios de lo ejecutado, el cual se encuentra en vías de implementación en la red de clínicas privadas.

A continuación, serán presentadas las principales estimaciones, considerando que el tiempo promedio para la ejecución de una admisión es de 25 minutos:

- a. Tiempos de impresión: Las ejecutivas frecuentemente tenían que esperar para utilizar las impresoras multifuncionales, tanto para escanear como para imprimir, ya que no eran suficientes para la planta ejecutiva. La corrección de esta restricción se estima que generará una mejora en la atención de entre 20% a 25%. Se disminuiría al menos 5 minutos el tiempo en que las ejecutivas esperaban el uso del equipo.
- b. Tiempos de atención: Las ejecutivas regularmente necesitaban acudir a la jefatura del área para poder decidir si los pacientes podían o no ingresar a la clínica, ya que en ocasiones estos se encontraban morosos. Los métodos de trabajo fueron resueltos con las políticas de ingreso y se estima que las políticas

podrían mejorar hasta en 10% la gestión interna del área, es decir, al menos en 2 minutos.

Si son considerados ambos hitos, se puede concluir entonces que sería posible la disminución de los tiempos de atención en 7 minutos, lo cual representa un incremento de la eficiencia en aproximadamente 28% para la gestión interna del área.

### **3.7 Conclusión y análisis del capítulo**

Como se ha demostrado, la aplicación de Mejora Continua propone una evolución a los procesos de la compañía. Es en ese sentido que optimizando los procesos y revisándolos metodológicamente se puede lograr una mejora en la gestión de operaciones, generando condiciones equitativas que permiten dar continuidad a los procesos asociados a atenciones que pueden entregar las áreas de admisión de la red de clínicas. Adicionalmente, las propuestas generadas de mejora son aplicables también al resto de la industria ya que todas son normadas bajo las mismas entidades reguladoras, y dependiendo del rubro

Por otro lado, fue posible la identificación una importante mejora al gestionar e incorporar las políticas de ingreso, permitiendo controlar de mejor manera la variabilidad ante las distintas situaciones que pueden ocurrir dentro de una admisión hospitalaria, lo cual afecta directamente en la gestión financiera de la compañía.

Por último, fue posible incorporar innovación, al considerar las diversas opiniones que la misma planta ejecutiva entregó. Las personas al sentirse consideradas trabajan más felices, por lo que esto adicionalmente apoya a la incorporación de Mejora Continua dentro de los puestos de trabajo, apoyando así el éxito de este proyecto.

#### **4 CONCLUSIONES GENERALES**

Este trabajo establece que los elementos que facilitan la aplicación de mejora continua y la integración de los procesos administrativos de acuerdo con el plan de desarrollo estratégico de la empresa son: Análisis, revisión, estandarización, y propuesta de implementación de los procesos revisados. En este sentido, se propuso la integración de todas las tareas de carácter corporativo de cada una de las admisiones, alineando así, estratégicamente, la estructura de la red. En efecto, los resultados muestran que, en la aplicación de Mejora Continua, fue posible determinar una serie de factores que influían en la operación diaria de las admisiones de la red de clínicas. Entre ellos, elementos que pueden ser reconocidos a simple vista como la falta de insumos o artículos de oficina que permitan al personal realizar sus labores sin estar, por ejemplo, esperando para usar una impresora. Por otro lado, fueron detectados casos más complejos, tal y como fue descrito con las políticas de ingreso, una herramienta de trabajo vital al momento de determinar si un paciente es apto para ser ingresado en las clínicas de la red. Aceptando, además, propuestas de las ejecutivas, permitiendo innovar con sus aportes, dejando abierta una instancia participativa donde ellas pudieron sentirse parte de la nueva estructura como red, que está ligada a la optimización de los procesos, en conjunto con el upgrade informático que fue alimentado con la información levantada y presentada gracias al modelamiento de procesos realizado con la herramienta Bizagi.

Asimismo, se estudiaron los procesos administrativos implementados en cada clínica, y para ello se consideró la revisión de la información de los últimos 2 años, así como los planes de desarrollo estratégico institucionales.

También se analizaron los datos recolectados desde el estudio de procesos, identificando las principales brechas y oportunidades de mejora. Para lo cual se tabuló dicha información y se priorizó, según el nivel de barreras que originaban las brechas detectadas.

En ese sentido, se propuso un proceso mejorado y factible que permite la integración de las actividades administrativas de la red de clínicas privadas. Para tal fin, fue presentado el proceso frente al equipo directivo y de gestión, dejando como resultado

la implementación de un plan de mejoras. Este concepto será llevado a cabo con la ayuda y participación de las facilitadoras de las áreas de admisión hospitalaria, específicamente con las usuarias seleccionadas como Key-Users, ya que con su apoyo, la principal barrera (la resistencia de las personas que reciben las actualizaciones en sus labores diarias) puede ser superada debido a que serán las mismas colegas quienes serán partícipes de la implementación de este proyecto, considerando además que viene en conjunto con el upgrade de la herramienta informática.

Dicho esto, este proyecto contribuye a la comprensión de las variables claves que permiten determinar los mejores procesos, y sus ajustes a las normativas vigentes en la compañía.

Finalmente, este trabajo puede mejorarse a partir de los resultados positivos ya obtenidos, para lo cual se propone el siguiente plan de acción.

#### **4.1 Propuesta para trabajos futuros**

Este proyecto podría verse beneficiado con las siguientes acciones futuras:

- Utilizar metodologías alternativas para abordar el problema, por ejemplo, estadísticas.
- Considerar asesoría legal, debido a la gestión del dinero, recursos involucrados y leyes o normativas que podrían impactar en la compañía.
- Considerar un aumento de los datos para representar más fidedignamente los procesos de la compañía.
- Responder a las siguientes interrogantes:
  - ¿Se puede optimizar el número de colaboradores especificando mejor sus funciones?
  - ¿Es posible generar sinergia entre las áreas con las que se relacionan las admisiones?
  - ¿Cómo sería posible estar preparados ante una nueva situación de pandemia como la que el 2020 afectó a Chile y al mundo?

## 5 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arleco (2008). Los beneficios del Modelador Bizagi. Empresa y economía. Recuperado de <http://empresayeconomia.republica.com/aplicaciones-para-empresas/los-beneficios-del-modelador-bizagi.html>
- Armijo. M. (2009). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. CEPAL. 05-12 Recuperado de [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf)
- Bazán, K. A., y Chávez, C. L. (2020). Un modelo integrado de Lean, Six Sigma y Teoría de Restricciones aplicado a la industria peruana de muebles de madera. Repositorio Académico UPC. 01-23, Recuperado de <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/651563>
- Contreras, A. y Medina-Giacomozzi, A. (2018). Diseño de procesos para reducir tiempo en lista de espera traumatológica no garantizada, Hospital público chileno. Revista Médica de Risaralda, 24(1), 43-48. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0122-06672018000100008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672018000100008&lng=en&tlng=es).
- Díaz de Basurto, P., y Ruiz de Arbulo, P. (2003). El value stream mapping – Una herramienta básica para hacer progresos hacia la producción ajustada. Asociación para el Desarrollo de la Ingeniería de Organización. Recuperado de <http://adingor.es/congresos/web/articulo/detalle/a/1384>
- Dinero. (2019). Bizagi, la empresa que lleva al mundo la tecnología colombiana. Revista Dinero. Recuperado de <https://www.dinero.com/tecnologia/articulo/la-historia-de-bizagi-la-multinacional-colombiana-de-software/275170>
- Espinoza, A. M. (2020). Propuesta de Mejora Continua en el proceso de producción de una planta de plásticos mediante la metodología PDCA y manufactura esbelta (No. 27824801). Pontificia Universidad Católica del Perú - CENTRUM, ProQuest Dissertations Publishing. Recuperado de

<https://search.proquest.com/openview/38214f475886c4a086d5d96ac5162002/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=>

Flores, R. (2020). 5 herramientas de software de BPMN gratuitas. Softgrade. Recuperado el 10 de noviembre de 2020, de <https://softgrade.mx/software-de-bpmn/>

García, A. I. (2020). Indicadores de evaluación de comportamiento KBI bajo un enfoque Lean en el sector de la construcción latinoamericano. Repositorio Académico - Universidad de Chile. 19-25 Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/177239>

Gavilán, J. A., y Gallego, A. P. (2016). Implementación del modelo Lean Service en el proceso de recaudo de la Cooperativa de Ahorro y Crédito Fincomercio Ltda. Revista Redes de Ingeniería. 7(2), 138-147. Doi: 10.14483/udistrital.jour.redes.2016.2.a03

González, F. (2007). Manufactura Esbelta (Lean Manufacturing). Principales Herramientas. Revista Raites. <http://www.itcelaya.edu.mx/ojs/index.php/raites/article/view/77>

Guerrero, D. R., Silva, J. A., y Bocanegra-Herrera, C. C. (2019). Revisión de la implementación de Lean Six Sigma en Instituciones de Educación Superior. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, 27(4), 652-667. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000400652>

Guzmán, D., y Likhodei, M. (2020). Aplicación de Lean Manufacturing en el Sector Sanitario. Universidad de Valladolid - Repositorio Documental. 15-20 <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/41715>

Hasle, P., Nielsen, A. P. y Edwards, K. (2016). Application of Lean Manufacturing in Hospital - the Need to Consider Maturity, Complexity, and the Value Concept. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hfm.20668>

IONOS 1&1 España S.L.U. (2020). Proceso de Mejora Continua. IONOS Startup guide. Recuperado el 11 noviembre de 2020, de <https://www.ionos.es/startupguide/productividad/proceso-de-mejora-continua/#:%7E:text=La%20mejora%20continua%20es%20un,los%20servicios%20a%20largo%20plazo.>

Isniah, S., Hardi, H., y Debora, F. (2020). Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues. *Jurnal Sistem Dan Manajemen Industri*, 4(1), 72-81. Recuperado de <https://doi.org/10.30656/jsmi.v4i1.2186>

Longo, F., Calogero, A., Nicoletti, L., Massei, M., De Felice, F. y Petrillo, A. (2014), "Lean management tools applied to hospital facilities: The case of an operative unit of intensive care", 3rd International Workshop on Innovative Simulation for Health Care, IWISH 2014, pp. 60.

Mahesh, B.P., Soragaon, B. y Annigeri, A.R. (2018). Reduction of patient wait time at a multi-specialty hospital using DMAIC methodology and factor analysis. *International Journal of Engineering and Technology (UAE)*. 7. 309-312. [https://www.researchgate.net/publication/331687083\\_Reduction\\_of\\_patient\\_wait\\_time\\_at\\_a\\_multi-specialty\\_hospital\\_using\\_DMAIC\\_methodology\\_and\\_factor\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/331687083_Reduction_of_patient_wait_time_at_a_multi-specialty_hospital_using_DMAIC_methodology_and_factor_analysis)

Medina, A., Nogueira, D., Hernández-Nariño, A., y Comas, R. (2019). Procedimiento para la gestión por procesos: métodos y herramientas de apoyo. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería*, 27(2), 328-342. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052019000200328>

Ministerio de Salud. (2009). Ley No 20.394 prohíbe condicionar la atención de salud al otorgamiento de cheques o dinero en efectivo. Superintendencia de Salud. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-5592\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-5592_recurso_1.pdf)

Moreno, C. J. y López, M. L. (2018). Gestión a través de un control administrativo en cooperativas de transporte urbano en la ciudad de Guayaquil. *Revista Universidad y Sociedad*, 10(5), 274-279. Epub 02 de diciembre de 2018. Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202018000500274&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000500274&lng=es&tlng=es).

Pérez, C. (2002). SciELO - Salud Pública - Sobre la metodología cualitativa. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/resp/2002.v76n5/373-380/es/>

Ramírez, R. V. M., Pinto, P. N. S., Serpell, S. B. A., y Enberg, E. L. (2007). ¿Seis Sigma en hospitales chilenos? Revista OIKOS, ISSN 0717-327 X, 31-46. Recuperado de [https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/30727/\\_Seis%20Sigma%20en%20hospitales%20chilenos\\_.pdf](https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/30727/_Seis%20Sigma%20en%20hospitales%20chilenos_.pdf)

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.3 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [11 de noviembre de 2020]. -

Sánchez, J. (2020). Pagaré. Economipedia. Recuperado de <https://economipedia.com/definiciones/pagare.html>

Suárez-Barraza, M.F. y Miguel-Dávila, J.Á. (2009). En la búsqueda de un espacio de sostenibilidad: un estudio empírico de la aplicación de la Mejora Continua de procesos en ayuntamientos españoles. Innovar, 19(35) 47-64. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v19n35/19n35a05.pdf>

Superintendencia de Salud. (2009). Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. - Preguntas frecuentes sobre la Ley que prohíbe el cheque en garantía. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-5596.html>

Vilcarromero, R. (2017). La gestión en la producción. Perú: segunda edición. Recuperado de [http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/908/6/Raul%20Vilcarromero%20Ruiz\\_Gestion%20de%20la%20produccion.pdf](http://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/UTP/908/6/Raul%20Vilcarromero%20Ruiz_Gestion%20de%20la%20produccion.pdf)

Yeh, H. L., Lin, C. S., Su, C. T. y Wang, P. C. (2012). Applying lean six sigma to improve healthcare: An empirical study. African Journal of Business Management. 5. 12356-12370. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/228443044\\_Applying\\_lean\\_six\\_sigma\\_to\\_improve\\_healthcare\\_An\\_empirical\\_study](https://www.researchgate.net/publication/228443044_Applying_lean_six_sigma_to_improve_healthcare_An_empirical_study)

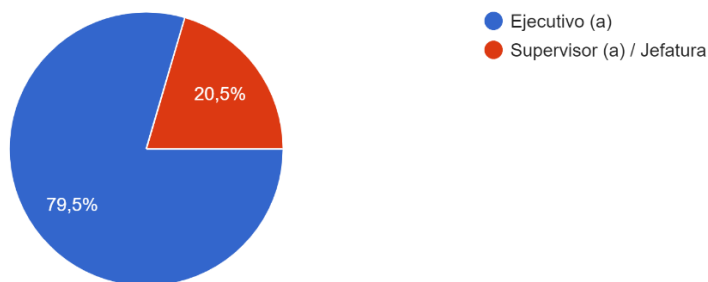
## 6 ANEXOS

### 6.1 Anexo N° 1: Cuestionario diagnóstico:

1. ¿En la red de clínicas privadas, cuál es rol que Ud. desempeña?

(Supervisores: 9; Ejecutivas: 35)

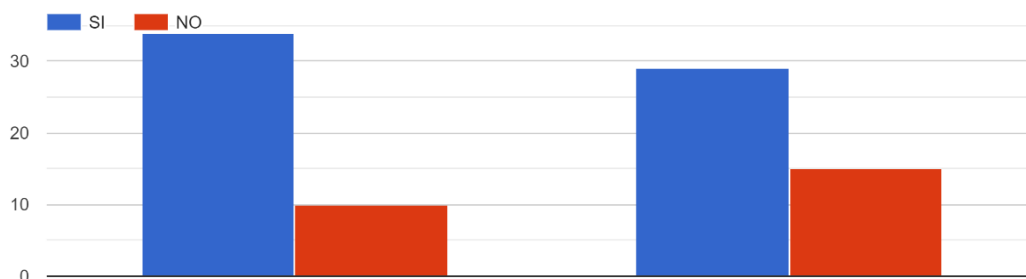
44 respuestas



2. En relación con la red de clínicas privadas, Ud.: |

a. ¿Consideraría que red de clínicas privadas posee visión de red? (Sí: 34; No: 10)

b. ¿Se siente usted parte de la red de clínicas privadas? (Sí: 29; No: 15)

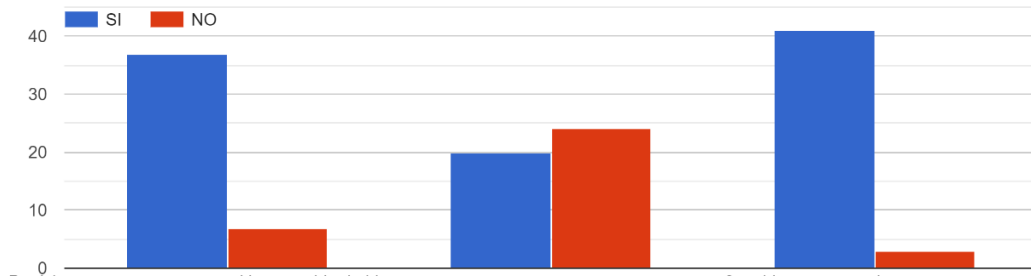


3. En relación con su área de trabajo:

a. ¿Participa constantemente en el intercambio de ideas con su jefatura para la mejora continua de procesos? (Sí: 37; No: 7)

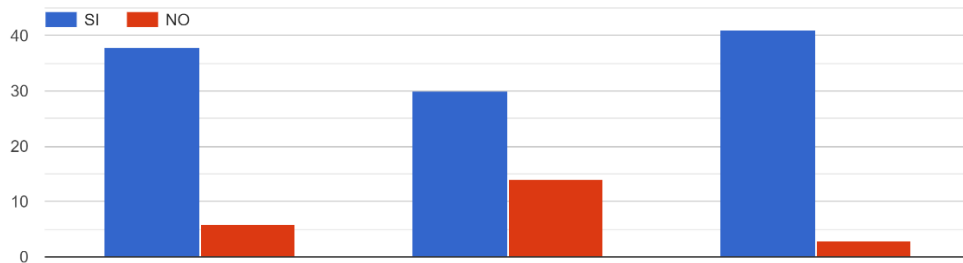
b. Si la respuesta anterior es "SI", ¿han sido implementados los cambios que ha sugerido? (Sí: 20; No: 24)

c. ¿Considera que usted es un aporte para la eficiencia de su área y así se genere una conexión entre otras áreas de la clínica? (Sí: 41; No: 3)



4. En relación con su apreciación personal:

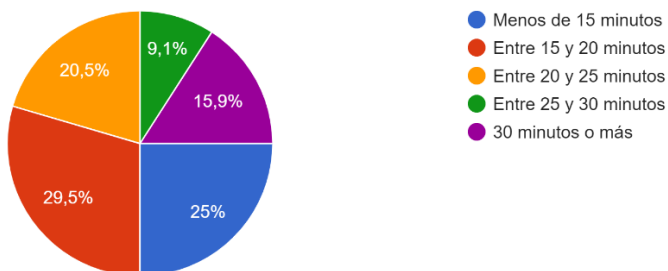
- a. ¿Considera que la actividad de levantamiento de procesos supondrá una mejora de su trabajo diario? (**Sí: 38; No: 6**)
- b. ¿Ha habido cambios significativos de procesos en los últimos 12 meses? (**Sí: 30; No: 14**)
- c. ¿Estaría dispuesto (a) a cambiar su metodología de trabajo si se recibe una instrucción desde el corporativo de red de clínicas privadas? (**Sí: 41; No: 3**)



5. En promedio

- a. ¿Cuánto tarda en generar una admisión a un paciente que será hospitalizado para efectuarse una cirugía programada? (**menos de 15 min: 11; 15-20 min: 13; 20-25 min: 9; 25-30 min: 4; 30 min o más: 7**)

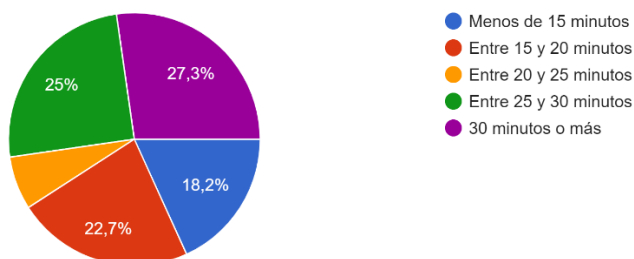
44 respuestas



b. Si el paciente es de hospitalización de urgencias ¿cuánto tarda en generar la admisión asociada al paciente que requiere una cirugía?

**(menos de 15 min: 8; 15-20 min: 10; 20-25 min: 3; 25-30 min: 11; 30 min o más: 12)**

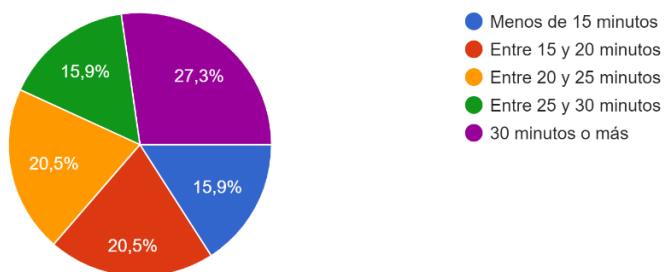
44 respuestas



c. Si el paciente es de hospitalización de urgencias ¿cuánto tarda en generar la admisión asociada al paciente que requiere estudios?

**(menos de 15: 7; 15-20 min: 9; 20-25 min: 9; 25-30 min: 7; 30 min o más: 12)**

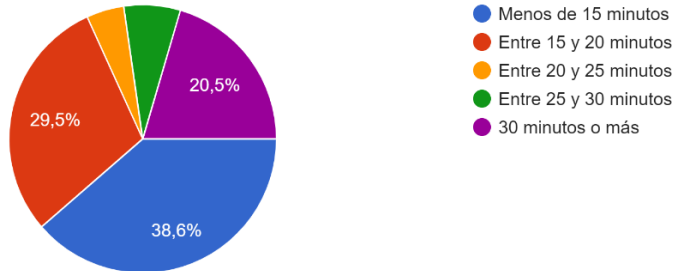
44 respuestas



d. ¿Cuánto tarda en generar una admisión a un paciente cuya atención no es de origen quirúrgico?

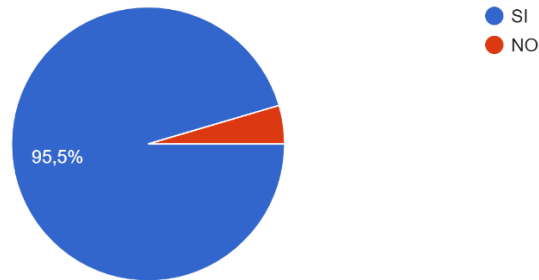
(menos de 15 min: 17; 15-20 min: 13; 20-25 min: 2; 25-30 min: 3; 30 min o más: 9)

44 respuestas



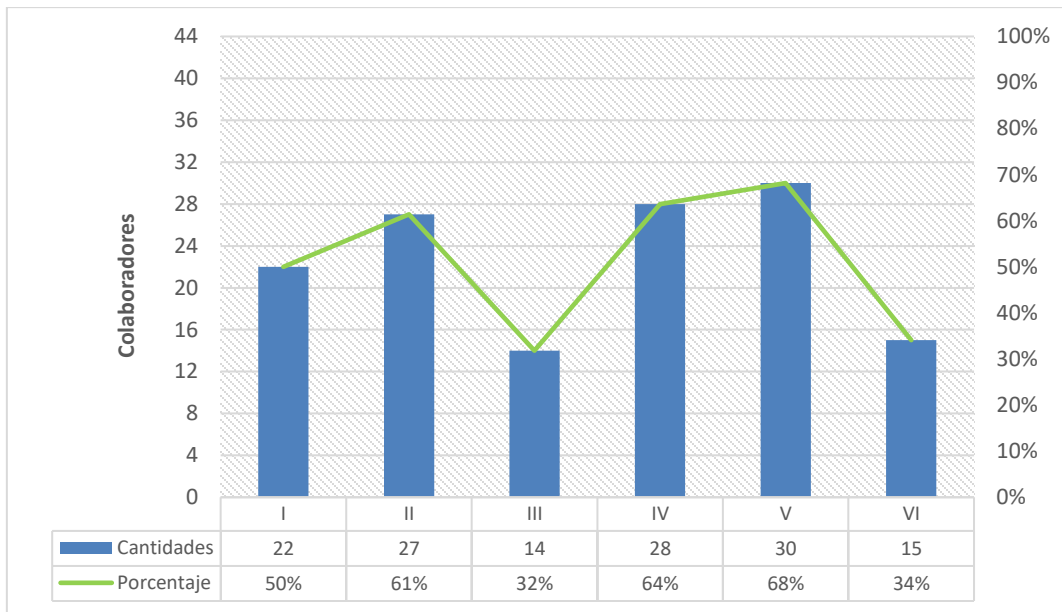
6. ¿Hay problemas para la utilización de las herramientas tecnológicas de las que dispone en su puesto de trabajo? (Sí: 42; No: 2)

44 respuestas



a. ¿Cuáles? (se puede seleccionar más de una alternativa)

- I. No disponemos de impresoras suficientes.
- II. Tenemos que esperar a que una compañera termine antes de poder utilizar el escáner y digitalizar los documentos.
- III. Los correos electrónicos tardan mucho.
- IV. El sistema tarda mucho.
- V. Los computadores son muy lentos.
- VI. Otros: Máquina de Transbank; Máquina de conteo de billetes; Mueble para guardar fichas clínicas; Anexo telefónico; Micrófonos; Plataformas digitales de gestión inestables (IMED, Transbank, Fonasa, Equifax); Impresoras fallan.



## **6.2 Anexo N°2: Preguntas de entrevista realizada a las áreas de admisión.**

1. ¿Cuántas personas trabajan en admisión?
2. ¿Cuál es el sistema de turnos que utilizan?
3. ¿Cómo se realiza una admisión?
4. ¿Cuáles son los elementos que utiliza para desempeñar su trabajo? (escáner, impresora, sistema, etc.).
5. ¿Qué es lo más importante al realizar una admisión?
6. ¿Una admisión tiene prioridad sobre otra?
7. ¿Qué pasa si los pacientes vienen con condiciones especiales?
  - a. ¿Sin cédula de identidad?
  - b. ¿Cédula vencida? (¿Y en pandemia?)
  - c. ¿Bloqueado?
  - d. ¿Menor de edad?
  - e. ¿Embarazada?
  - f. ¿Extranjero?
8. ¿Qué tan resolutiva es la clínica?
9. ¿Con qué módulos tienen directa relación e interacción continua?
10. ¿Qué tipo de inconvenientes se encuentran habitualmente?
11. ¿Tienen problemas entre las personas que componen los equipos de trabajo?
12. ¿Cómo funcionan las derivaciones?
13. ¿Están todos los convenios comerciales cargados?
14. ¿Existen identificadores o marcas de pacientes?
15. ¿Cuáles son las instrucciones ante pacientes que sean morosos?
16. ¿Cómo se verifica que una admisión está completa?
17. ¿Qué tipos de brazaletes utilizan?

18. ¿Qué tipos de admisiones se realizan?
19. ¿Cuál es el tiempo de demora en una admisión normal de un paciente?
20. ¿Cuál es el tiempo de demora en una admisión más compleja de un paciente?
21. Respecto a lo anterior, ¿Qué factores influyen directamente en la demora de la admisión?
22. ¿Qué factores según su opinión son relevantes de modificar para mejorar la operación?
23. ¿Cuáles elementos son básicos para no detener la operación?
24. Según la pregunta anterior, ¿Hay plan B en caso de falla de los elementos básicos mencionados anteriormente?
25. ¿Qué factores se debiesen mejorar en otras áreas que podrían beneficiar el proceso generado en admisión?

### **6.3 Anexo N°3: Reglas de Negocios (REN), Prerrequisitos y Funcionalidades Esperadas (FE) sistémicas.**

#### **Reglas de negocios:**

1. En hospitalizaciones cuyo origen sea Urgencias, los cargos de esta atención requieren ser traspasados de manera automática a la nueva cuenta hospitalaria.
2. Cédula de identidad del paciente y del RP deben ser fotocopiadas.
3. Los convenios y marcas ingresados en la admisión deberán mantenerse históricamente, aunque el paciente cambie de previsión o ya no tenga la marca de paciente.
4. Las preadmisiones poseerán las siguientes características:
  - a. Las preadmisiones generadas tendrán una vigencia máxima de 15 días corridos desde la fecha en que fueron creadas. Luego de eso, serán automáticamente eliminadas.
  - b. Las preadmisiones pueden ser reagendadas, actualizando su vigencia y extendiéndola por 15 días por cada vez que se mueva, sin límite de movimientos.
  - c. Lo único que puede quedar pendiente dentro del proceso de preadmisión es la emisión y guardado del pagaré y mandato.
5. Convenios:
  - a. La mantención de los convenios es de responsabilidad del área comercial, eso incluye aranceles y vigencias.
  - b. El bloqueo / desbloqueo de convenio empresa, es de responsabilidad del área de cobranzas.
6. Marcas pacientes: Si un paciente posee una marca de algún convenio preferente que la red de clínicas privadas haya acordado, por ejemplo, con una Isapre, primará dicho convenio siempre sobre el convenio Libre Elección.
7. Los datos obligatorios del paciente a completar en la admisión serán:

- a. RUT
- b. Nombre Completo
- c. Fecha de Nacimiento
- d. Sexo
- e. Nacionalidad
- f. Dirección
- g. Comuna
- h. Teléfono 1
- i. Teléfono 2 (Optativo-ideal)
- j. Correo electrónico
- k. Profesión
- l. Estado Civil
- m. Etnia
- n. Convenio (Empresa)
- o. Identidad de género
- p. Nivel educacional
- q. Ley previsional / Programa Social
- r. Categoría Ocupacional
- s. Actividad

8. Convenios adicionales: Se considerarán como tal todo acuerdo comercial con contrato firmado entre la red de clínicas privada y las respectivas contrapartes. Entre ellas tenemos Convenios Empresa, Licitaciones, Mutuales, seguros complementarios, entre otros.
9. Marcas de Pacientes: Si el paciente posee marcas, esta deberá ser considerada para su valorización o aplicación de beneficio adicional (asociado a ella). Asimismo, al finalizar la admisión, esta marca deberá permanecer en el tiempo, aunque el paciente deje de ser beneficiario (historial de marca paciente)
10. Asignación de Habitación: La habitación asignada, deberá respetar el tipo que el paciente requiere. Si en determinado caso, se realiza una mejora en su estadía o queda hospitalizado en un área de mayor complejidad por disponibilidad de camas, el precio del día cama deberá ser el que corresponda a su necesidad.
11. Presupuestos: Solo se podrán vincular aquellos presupuestos que se encuentren vigentes y que correspondan (según la orden médica e indicación del paciente) a la hospitalización que se está generando. Será responsabilidad de la ejecutiva efectuar esta labor.
12. Anotaciones adicionales: las anotaciones podrán ser divididas en 3 categorías:
  - a. **Categoría clínica**: esta información se ingresa a nivel clínico y se asocia al paciente. Por términos de privacidad en los antecedentes clínicos de los pacientes, esta información no puede quedar expuesta. El preingreso clínico corresponde a esta categoría.
  - b. **Categoría administrativa**: En esta categoría se puede definir si el paciente elige una habitación distinta a la asignada (ejemplo: habitación doble asignada, paciente solicita traslado a habitación individual cuando se disponga de una). También considerar cantidad máxima de días cama con el objetivo de alertar al área hospitalaria la necesidad de asignar un alta oportuna y cumplir con las definiciones clínicas para ciertas cirugías (para paquetes y PAD es relevante).
  - c. **Categoría otros**: se registra información como conducta impropia, en donde se establece actitudes poco cordiales, problemas de trato, agresividad, etc.

13. El responsable de pago deberá contar con Cédula de Identidad vigente obligatoriamente.
14. Bloqueos: Los responsables de pago bloqueados, no podrán ser seleccionados para continuar con el subproceso de emisión de pagaré y mandato, salvo que sea autorizado por supervisor o gerente de turno.
15. Políticas de Ingreso: deberán ser consideradas las políticas de ingreso descritas dentro del documento aprobado el día 28 de septiembre de 2020, con el mismo nombre que esta regla de negocios.
16. Solicitar Pago: está enlazado directamente con la regla anterior. Los pacientes entregarán dineros para sus hospitalizaciones asociados al tipo de ingreso que estén efectuando. Se entregarán comprobantes por concepto de “entrega de dinero para cumplir con el mandato (paciente Isapre) o por concepto de cobro de prestaciones cargadas (paciente Fonasa y Particular) según lo establecido en las políticas de ingreso.
17. Autorización Gerencial: La autorización del supervisor o gerente responsable debe ser por email o carta que debe ser impreso como archivo en formato PDF y subido al sistema para ser archivado en la carpeta del paciente.

**Prerrequisitos:**

1. Carga y mantención de Convenios Isapre (Área Comercial)
2. Carga y mantención de Aranceles (Área Comercial)
3. Carga y mantención de Marcas de pacientes (Área Comercial)
4. Carga y mantención de Marcas de episodios (Área Comercial)
5. Protocolo de políticas de ingreso (Finanzas)
6. Médicos: Es importante que el cuerpo médico derive a los pacientes a presupuesto y a admisión para adelantar las actividades administrativas (P. Owner – Dirección Médica).

7. Documentación: Todos los documentos requieren ser actualizados y estandarizados como RED junto a sus respectivos logos corporativos (P. Owner).
8. Impresoras de brazaletes: Los puestos de trabajo de las distintas admisiones deben tener las impresoras instaladas y sus respectivas cintas de colores distintivas para cada uno de ellos. Estas impresoras también requieren ser dispuestas en los distintos módulos de hospitalización y de salas de procedimientos en caso de ser requeridos (P. Owner - Informática).
9. Lector IMED: Todas las admisiones deben disponer de lector biométrico vinculado al uso de la plataforma IMED para certificar la aseguradora de nuestros pacientes, además de permitir la emisión de bonos en caso de pagar prestaciones antiguas que impidan el ingreso a la clínica, por políticas de ingreso (P. Owner – Informática).
10. Información nuevos convenios: Las Gerencias Comerciales de cada red de clínicas privadas, son las responsables de difundir la información relevante de cada nuevo convenio junto a su respectivo instructivo, a cada área clínica o administrativa relacionada en estos. Además, es necesario crear un repositorio histórico para acceder a dicha información en caso de ser requerido.

### **Funcionalidades Esperadas (sistémicas):**

1. Marcas de Episodio: estas marcas requieren de un mantenedor de marcas de episodios elegibles para la identificación de un episodio clínico.
2. Alerta Preadmisión Activa: Si un paciente posee una o más preadmisiones, el sistema deberá mostrar una alerta y listarlas para que la ejecutiva seleccione la adecuada a la hospitalización. Debe traer los datos del paciente (Nombres – Apellidos – Rut – Edad) y los datos de la cirugía ingresados en la reserva de pabellón (código quirúrgico – glosa de la cirugía)
3. Pagos en Admisión (a): Si se procede a dejar un pago de prestación hospitalaria, será necesario dejarlos registrados dentro de la admisión, generando una marca la cual indicará al área de cuentas clínicas que el paciente ya posee un pago asociado al episodio. Producto de este pago se podrá emitir una boleta (para pacientes Fonasa y particular, solo por concepto de gastos clínicos; para pacientes Isapre por concepto de entrega de dinero para cumplir el mandato). Todo esto se encuentra definido dentro del anexo N°1 de este documento. La transacción es generada por caja, por lo que se espera que la vinculación al número de episodio sea automática.
4. Presupuestos Clínicos: El sistema debe permitir vincular un presupuesto emitido al episodio clínico que está siendo creado desde el área de admisión.
5. El sistema debe permitir a la ejecutiva, vincular o resguardar documentos como medio de respaldo. Entre ellos tenemos:
  - a. Respaldo Plataforma WEB
  - b. Documentos de Ingreso (Anexo N°3)
  - c. Pagaré y Mandato
6. Para las cartas de garantía, será necesario ingresar no solo el documento, sino también registrar su folio (si aplica), monto y porcentaje de cobertura, indicando además si posee topes monetarios o porcentuales.
7. La admisión no podrá ser finalizada, si faltan documentos por subir.

8. No se podrá elegir un convenio no vigente o empresa bloqueada en una admisión.
9. La asignación de listas de precios deberá ser automática, en función de las marcas de los pacientes.
10. Autorización por supervisor: Para una admisión estándar, si es autorizado por supervisor / gerente de turno, el paciente deudor/moroso puede dejar firmado el pagaré de igual forma, con el compromiso de regularizar con un RP apto. Tendrá un plazo máximo de 24 horas desde la fecha de admisión.
11. Asignación de Camas: El área de admisión deberá poseer la facultad de asignar camas a los episodios de ingreso, considerando la posibilidad de utilizar camas en préstamo por disponibilidad, marcándolas como tal para que el sistema reconozca dicha actividad.
12. Ticket de Estacionamiento: El sistema debe ser capaz de emitir un ticket de estacionamiento asociado a una hospitalización, con opción de reimpresión en caso de extraviarlo.
13. Vinculación de Presupuesto: El sistema debe permitir la vinculación de un presupuesto vigente emitido a un paciente, con validación por parte de la ejecutiva
14. Anotaciones al paciente: Las anotaciones ingresadas ya sea por la enfermera de preingreso o por las ejecutivas de admisión deberán estar disponibles para que las áreas clínicas las puedan consultar.
15. Bloqueo RP: Al asignar un responsable de pago distinto al paciente, el sistema deberá validar que no mantiene deuda activa o vencida con la clínica.
16. Pagos en Admisión (b): El sistema deberá permitir cargar la apertura de caja dentro del módulo de admisión. A su vez, es necesario que sea posible el ingreso de prestaciones que no estén asociadas a la cuenta del paciente, pero que sí sean consideradas como abono (FE N°3). Los tipos de cargo posibles son: día cama, derecho de pabellón, exámenes de alto costo, insumos específicos, medicamentos de alto costo y honorarios médicos.

17. Alerta Pabellón: Se espera que al rechazar o eliminar una admisión que tiene asociada una cirugía programada, se envíe una alerta al área de pabellón con los datos del paciente, fecha y hora de pabellón.
18. Exportar Pabellones Programados: Es necesario que desde el módulo de admisión sea posible exportar el listado de pabellones agendados.
19. Autorización Gerencial: Se espera que el sistema permita que la autorización del supervisor o gerente responsable pueda ser asociado al episodio, recibiendo un documento PDF como respaldo de la autorización.
20. Almacenamiento de documentación: Se requiere que el sistema posea un método de guardado de los documentos generados en admisión para generar respaldo de las acciones de ella.
21. Derivación de pacientes a Presupuesto: Se requiere que el sistema permita grabar parcialmente una preadmisión para poder darle tiempo al paciente para gestionar su presupuesto y volver a la preadmisión con dicho documento, para eventualmente vincularlo.
22. Vinculación de episodios: Para admisiones que sea necesaria la unificación de cuentas (Parto/Cesárea, trasplantes u otros), es necesario que quede marcado desde la admisión de esta manera, asociando al episodio principal, el o los episodios secundarios.
23. Impresión de brazaletes: es necesario disponer de un acceso que permita que las áreas hospitalarias u otras que no se relacionan directamente con la admisión, la impresión de los distintos brazaletes definidos dentro de este documento.
24. Resguardo de autorización Gerencial: se requiere que exista la posibilidad de guardar en un apartado un PDF que indique la autorización (quién y sus motivos) para admisiones especiales.

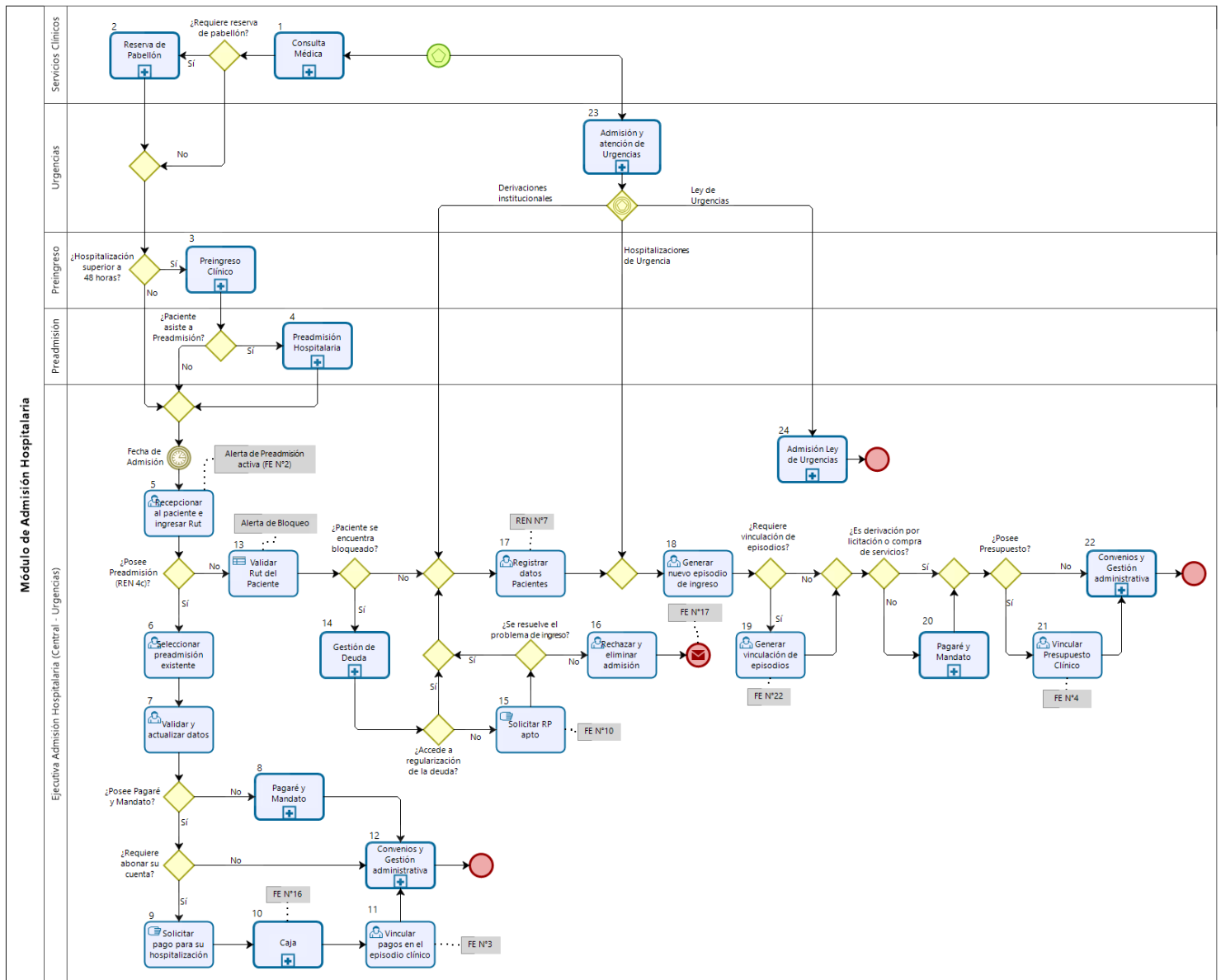
#### **6.4 Anexo N°4: Actores del proceso y subprocesos relacionados, de admisión hospitalaria.**

1. **Servicios Clínicos:** corresponden a las áreas quienes derivan a los pacientes a la realización de una hospitalización. Por lo general, consultas médicas posterior al agendamiento de un pabellón.
2. **Urgencias:** área encargada de la atención de diversos pacientes, de los cuales un porcentaje requiere una hospitalización.
3. **Preingreso clínico:** área encargada de la realización de un cuestionario clínico previo al ingreso de los pacientes a su hospitalización. Esto está pensado para ser realizado al menos 48 horas antes del pabellón reservado ya que su objetivo principal es evitar la suspensión de pabellones por poca preparación del paciente.
4. **Preadmisión hospitalaria:** área encargada de la realización de una admisión hospitalaria que implica adelantar todo el trabajo posible referente a la actualización de datos del paciente, demográficos, convenios clínicos y firma de documentos administrativos y legales obligatorios. La realización de esta tarea implicará una admisión hospitalaria más ágil.
5. **Ejecutiva Admisión Hospitalaria (Central - Urgencias):** área encargada del ingreso de los pacientes a una hospitalización en una clínica de la red. Responsables además de la vinculación de la habitación asignada por las enfermeras de piso, registro de toda la documentación requerida, actualización de los datos personales de cada paciente, validación de las firmas de los documentos legales y autorizaciones correspondientes a la gestión de las cuentas de manera interna (si aplica), junto a la autorización de docencia y declaración de accidentes, entre otros.
6. **Unidad de paciente crítico (UPC):** Es el área responsable de la atención de pacientes cuyo ingreso ha sido clasificado como Ley de Urgencias (LU). También recae en esta área la labor de informar al paciente que posterior a la estabilización de su LU, tendrá la opción de continuar su hospitalización en la clínica o pedir el traslado a su hospital o clínica preferente, dependiendo de la Isapre. La notificación

correspondiente a la estabilización de la ley de urgencias a las áreas relacionadas (GES-CAEC y Admisión Central) también recae en esta unidad.

7. **Enfermera de Preingreso:** es la persona responsable de la realización del preingreso clínico. Su rol se centra en el agendamiento de una entrevista con el paciente (idealmente 48 horas previa su hospitalización), donde realiza una serie de preguntas clínicas y entrega la información necesaria para que éste pueda realizar su ingreso sin inconvenientes. Este proceso es vital para evitar la suspensión de pabellones. Los hallazgos que ella encuentre serán ingresados en el sistema para apoyo en el seguimiento y para dar la información suficiente a considerar, al momento de la admisión y, si aplica, el ingreso al pabellón quirúrgico.
8. **Ejecutiva de Preadmisión:** es la colaboradora asignada para la realización de la preadmisión. La preadmisión no es distinta a una admisión hospitalaria estándar, considerando que tiene ciertas diferencias. Entre las más importantes son la posibilidad de crear la preadmisión sin necesidad de dejar pagado (por políticas de ingreso) o dejar firmados los documentos de pagaré y mandato. También entrega el tiempo suficiente para hacer el cambio del responsable de pago o bien generar la derivación al área de presupuestos clínicos, con el objetivo de gestionarlo de manera directa y que el paciente al momento de la admisión real posea toda la información asociada a su hospitalización.
9. **Presupuestos Clínicos:** área responsable de la elaboración de un documento que corresponde a una tarificación aproximada de la prestación de salud que recibirá el paciente al momento de la admisión. En términos legales, un presupuesto es un contrato entre la clínica y su cliente (paciente), por lo que es importante que esté realizado con una gran precisión para evitar reclamos posteriores.

## 6.5 Anexo N°5: Proceso principal de admisión hospitalaria y su explicación.



### Servicios Clínicos

1. Consulta Médica: El paciente asiste a consulta con médico tratante, quien posteriormente indicará si el paciente requiere hospitalización o una intervención quirúrgica.
2. Reserva de Pabellón: En el caso de que el médico determine que el paciente requiere cirugía, se procede al agendamiento del pabellón. En caso contrario se continúa el flujo.

### ***Preingreso***

3. Preingreso: Si la hospitalización es superior a 48 horas, se procede a la realización del preingreso. El cual, está orientado principalmente en actividades del área clínica, donde se realiza una serie de preguntas al paciente con el objetivo de prepararlo para el día en que ingrese a la clínica.

### ***Preadmisión***

4. Preadmisión: Posterior al preingreso, siempre y cuando el paciente asista a la preadmisión, se realiza este subproceso, el cual posee diferencias a la admisión estándar. Principalmente flexibilizando la emisión de pagaré y mandato, si así se estima conveniente. Tampoco considera la asignación de habitación ni emisión de brazaletes, ya que estos son asignados al momento de la hospitalización.

### ***Ejecutiva Admisión Hospitalaria (Central – Urgencias)***

5. Recepcionar al paciente e ingresar Rut: Una vez cumplida la fecha de admisión, se recibe al paciente junto a su acompañante (si aplica) en el módulo de admisión y se ingresa su Rut. Esta acción indicará inmediatamente si posee una preadmisión generada (FE N°2).
6. Seleccionar preadmisión existente: En caso de existir preadmisión, seleccionar la correspondiente al episodio de hospitalizado por el que se atenderá el paciente.
7. Validar y actualizar datos: La ejecutiva de admisión revisará si la preadmisión posee todos los datos del paciente, los actualizará de ser necesario y complementará los faltantes.
8. Pagaré y Mandato: Si la preadmisión fue realizada dejando pendiente la emisión del pagaré y mandato, se procederá con dicho subproceso.
9. Solicitar pago para su hospitalización: Si el paciente posee pagaré y mandato emitido y es requerido un cobro de prestaciones cargadas (FNS – Particular) o entrega de dinero para cumplir con el mandato, se solicitará al paciente que lo realice para su hospitalización.

10. Caja: El paciente procede a realizar el pago y recibir los respectivos comprobantes de ellas (gastos clínicos / honorarios médicos) (FE N°16).
11. Vincular pagos en el episodio clínico: Los pagos realizados en el subproceso de caja son asociados al episodio clínico marcándolo e indicando el monto y los ítems pagados (FE N°3).
12. Convenios y Gestión administrativa: Una vez procesados los pasos anteriores, se procede a este subproceso que implica el ingreso de convenios, revisión de documentación, asignación de habitación y emisión de brazaletes.
13. Validar Rut del paciente: En caso de no poseer preadmisión, se iniciará el proceso general de admisión. Con el Rut ingresado en la actividad 5, se podrá alertar a la ejecutiva si el paciente posee algún tipo de bloqueo.
14. Gestión de deuda: Si el paciente se encuentra bloqueado, se iniciará el subproceso de gestión de deuda, donde la ejecutiva gestionará el cobro de las prestaciones que generaron el bloqueo.
15. Solicitar RP apto: En caso de que el paciente no acceda a la regularización de la deuda, se solicitará un nuevo responsable de pago (RP) que cumpla con las políticas de ingreso, o en caso especial, el pagaré podrá ser emitido al mismo paciente con el compromiso de cambiar el RP en un plazo de 24 horas.
16. Rechazar y eliminar admisión: Si el paciente no accede a la regularización de deuda y no posee un responsable de pago apto, la ejecutiva procederá a instruir al paciente que no podrá admitirse por motivos financieros.
17. Registrar datos pacientes: Si el paciente no se encuentra bloqueado o bien si lo está, pero accedió a regularizar su problema de ingreso, se procede a registrar todos los datos personales y demográficos. También aplica para dar comienzo a los ingresos de pacientes que hayan sido derivados de otras instituciones a través del área de urgencias, y en caso de ser necesario, deberá incluir el registro del campo de Rut.
18. Generar nuevo episodio de ingreso: Posteriormente la ejecutiva crea un episodio clínico para albergar la nueva admisión y su documentación. También aplica para

pacientes que hayan requerido ser hospitalizados con ingreso desde el área de urgencias.

19. Generar vinculación de episodios: Si la admisión es de parto/cesárea o trasplantes\*, la ejecutiva registrará al o los RN (en caso de parto múltiple) o a la persona que será la donante de órganos.

*\*Nota: actualmente en la red de clínicas privadas no existen trasplantes de órganos. Sin embargo, se aspira a poseer este tipo de cirugías a largo plazo, por lo tanto, esta funcionalidad queda expresada dentro de la vinculación de episodios\**

20. Pagaré y Mandato: Si el paciente no está siendo hospitalizado por licitación o compra de servicios, la ejecutiva procede a realizar el subproceso de pagaré y mandato.

21. Vincular Presupuesto Clínico: Si el paciente posee presupuesto de la hospitalización, en este punto será vinculado al episodio clínico.

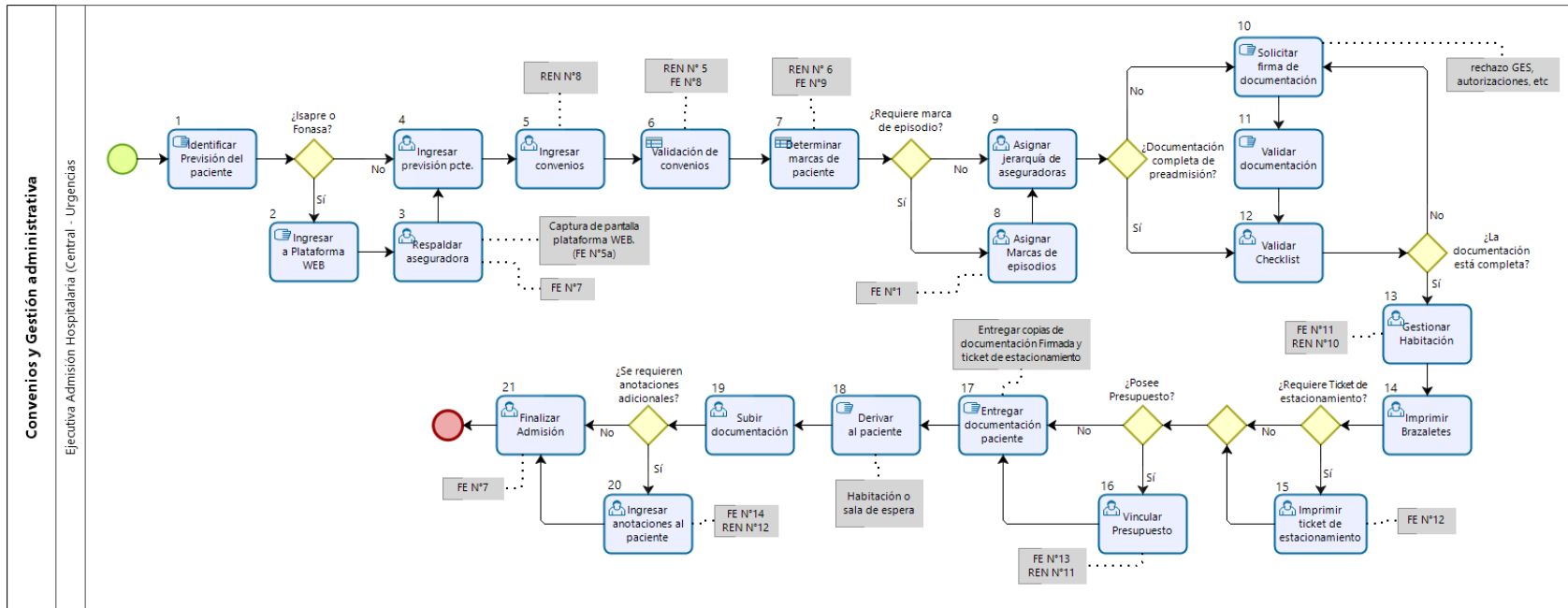
22. Convenios y Gestión administrativa: Una vez procesados los pasos anteriores, se procede a este subproceso que implica el ingreso de convenios, revisión de documentación, asignación de habitación y emisión de brazaletes.

### ***Urgencias***

23. Admisión y atención de urgencias: El área de urgencias es la encargada de generar la admisión y atención de los pacientes que acceden por dicha vía. Existiendo tres tipos de ingresos que pueden ser generados y que derivan en el área hospitalaria: Derivaciones institucionales, Hospitalizaciones de urgencia y Ley de Urgencias.

24. Admisión Ley de Urgencias: Si la admisión es por LU, se procede a la realización de este subproceso.

## 6.6 Anexo N°6: Subproceso: Convenios y gestión administrativa



### Ejecutiva Admisión Hospitalaria (Central - Urgencias)

1. Identificar Previsión del paciente: La ejecutiva procede a la identificación de la previsión del paciente, consultando verbalmente a qué sistema está afiliado.

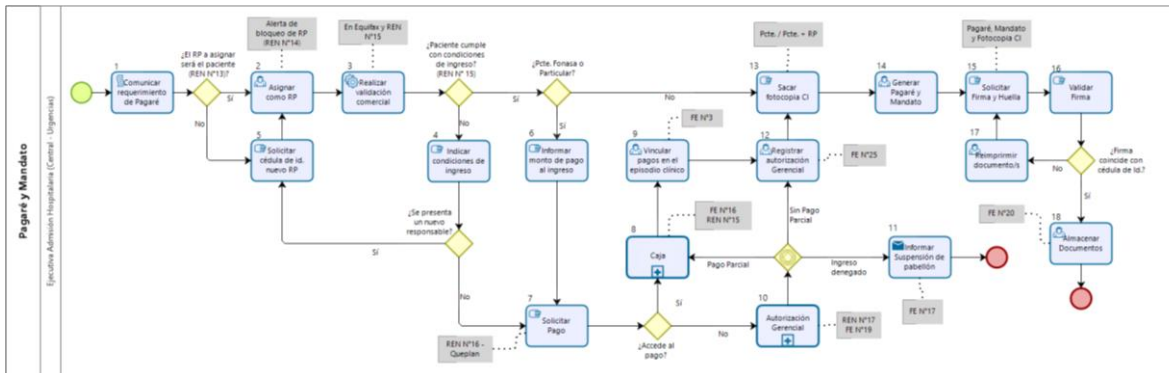
2. Ingresar a Plataforma WEB: Si el paciente contesta Isapre o Fonasa, la ejecutiva ingresa a la plataforma WEB (IMED) para certificar la información recibida.
3. Respaldar aseguradora: La ejecutiva tomará una captura de pantalla de la plataforma WEB y la subirá como respaldo al sistema (FE N°5a, FE N°7).
4. Ingresar previsión paciente: la ejecutiva procederá a ingresar la previsión que la plataforma WEB indica como vigente.
5. Ingresar convenios: Si el paciente posee algún convenio adicional, se realizará su ingreso: Convenio empresa, Seguro complementario, Licitación, Mutual, etc. (REN N°8).
6. Validación de convenios: Se realiza la validación del estado del o los convenios ingresados, es decir, se valida si se encuentra vigente o si posee algún tipo de bloqueo (REN N°5 y FE N°8).
7. Determinar marcas de paciente: Se determinarán las marcas de pacientes tales como Preferente, Seguimiento Campañas, funcionario, de manera automática (REN N°9)
8. Asignar Marcas de episodios: En caso de que requiera marca de episodio, se categoriza al paciente según corresponda (FE N°1).
9. Asignar jerarquía de aseguradoras: Se asigna el orden en que las aseguradoras serán cobradas al momento del cierre de la cuenta.
10. Solicitar firma de documentación: Si el ingreso del paciente no posee la documentación desde una preadmisión, se procede a solicitar la firma de los documentos administrativos solicitados por tipo de admisión (consentimiento de docencia, declaración de accidentes, mandato Isapre, mandato seguro complementario, anexo al consentimiento informado en marco pandemia, rechazo GES, constancia de habitación, consentimiento mutualidad, declaración de opción por modalidad de atención [FNS], según corresponda).
11. Validar documentación: La ejecutiva procede a validar que todos los documentos solicitados estén firmados y con huella, si aplica.

*\*Nota: si la admisión es por parto/cesárea, es importante que el mandato de tramitación ISAPRE sea firmado por quien tendrá como carga al/los RN, pudiendo este ser la madre o el padre.*

12. Validar Checklist: Una vez todo validado, se procede a marcar el checklist, el cual mostrará lo que el paciente, por definición interna, debe dejar firmado para finalizar su ingreso. Es importante marcar toda la documentación que el paciente ya firmó y entregó. Si la documentación está incompleta, o existe alguna firma disconforme, se procede a emitir nuevamente los documentos para completar el proceso como fue definido.
13. Gestionar Habitación: Una vez que la documentación está completa, se procede a gestionar la habitación donde quedará ubicado el paciente durante su hospitalización. La ejecutiva se comunicará directamente con la enfermera coordinadora del área de Admisión para que ésta le indique la habitación que el paciente podrá utilizar. En caso de utilizar una cama en préstamo, esta debe ser marcada en este hito (REN N°10, FE N°11).
14. Imprimir Brazaletes: Imprimir los brazaletes de identificación y de alergias del paciente.
15. Imprimir Ticket de estacionamiento: Si la clínica ofrece beneficios de estacionamiento gratuito dentro de sus dependencias, la ejecutiva deberá imprimir el ticket asociado a la hospitalización (FE N°12).
16. Vincular Presupuesto: Si el paciente posee presupuesto, la ejecutiva de admisión lo vinculará a la admisión realizada (REN N°11, FE N°13)
17. Entregar documentación paciente: La ejecutiva entregará al paciente una carpeta con el protocolo de bienvenida y las preguntas más frecuentes, junto con la copia de todos los documentos que hayan sido firmados. A su vez, se genera una carpeta interna entregada al anfitrión con el Programa de Atención Médica (PAM) y si aplica, se adjunta además el bono PAD o Voucher masvida, para ser entregados en el mesón de enfermería.

18. Derivar al paciente: La ejecutiva derivará al paciente con apoyo de algún anfitrión, Tens u otro personal clínico a su habitación o sala de espera en caso de que esta no se encuentre lista para su utilización.
19. Subir documentación: La ejecutiva procederá a subir la documentación obtenida por parte del paciente y dejarla disponible en el episodio de ingreso hospitalario.
20. Ingresar anotaciones al paciente: La ejecutiva podrá incluir comentarios adicionales al ingreso que pueda dar cierta información al resto de las áreas clínicas respecto al paciente (REN N°12, FE N°14).
21. Finalizar Admisión: La ejecutiva procederá finalizar la admisión (FE N°7).

## 6.7 Anexo N°7: Subproceso de pagaré y mandato.



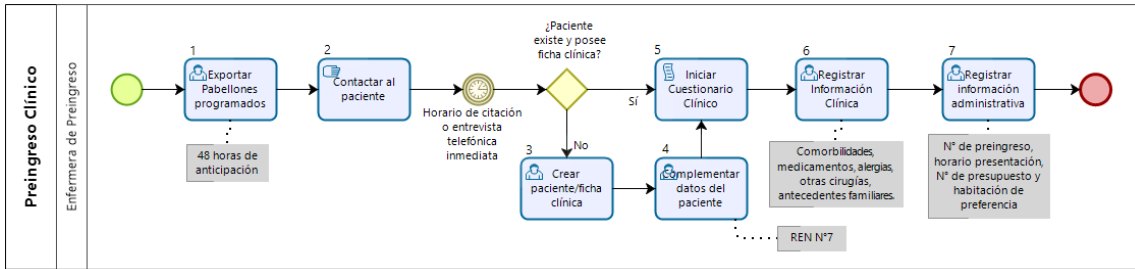
### Ejecutiva Admisión Hospitalaria (Central – Urgencias)

1. Comunicar requerimiento de Pagaré: Se informa al paciente el requerimiento de firmar el pagaré, las condiciones que se deben cumplir y el motivo de esto (REN N°13).
2. Asignar como RP: Independiente si el RP es el paciente o acompañante, se realiza la asignación de quién figurará como responsable del pago de la cuenta según las condiciones comunicadas previamente (REN N°14)
3. Realizar validación comercial: La ejecutiva ingresa a la plataforma de Equifax para validar la situación financiera/comercial del paciente. Esto tiene relación directa con las políticas de ingreso de admisión (REN N°15)
4. Indicar condiciones de ingreso: Si el paciente no cumple con las condiciones de ingreso, se procede a explicar los requisitos para dejar regularizada la admisión, exponiéndole al paciente que requiere un nuevo responsable de pago para la cuenta que será generada, o bien, considerando su previsión de salud, será necesario que pague parte de la prestación de salud que recibirá.
5. Solicitar cédula de id. nuevo RP: En caso de presentar un RP apto distinto al paciente, se solicita su cédula de identidad para posteriormente asociarlo como RP de la cuenta.

6. Solicitar pago: En caso de no poseer un nuevo RP, se solicitará al paciente un cobro de prestaciones cargadas (Fonasa y Particular) o bien proceder a la entrega de dinero para cumplir el mandato según las reglas de negocios definidas (REN N°16).
7. Informar monto de pago al ingreso: Si el paciente cumple con las condiciones de ingreso y además pertenece a la previsión de salud Fonasa o particular, se procede a indicar las condiciones de ingreso asociadas.
8. Caja: El paciente procede a realizar el pago y recibir los respectivos comprobantes de ellos (gastos clínicos / honorarios médicos) (FE N°16). Lo ingresado en caja dependerá directamente de las reglas de negocios definidas (REN N°15).
9. Vincular pagos en el episodio clínico: Los pagos realizados en el subproceso de caja son asociados al episodio clínico marcándolo e indicando el monto y los ítems pagados (FE N°13).
10. Autorización Gerencial: Si en determinado caso, el paciente no accede al cobro de prestaciones cargadas o a la entrega de dinero para cumplir el mandato en admisión, será necesario solicitar autorización gerencial, donde el gerente designado o responsable tendrán la facultad de permitir o no el ingreso de ciertos pacientes a la red de clínicas. Para esta autorización será necesario que sean conocidas las políticas de cobranza (REN N°17, FE N°25).
11. Informar rechazo de admisión: En la actividad N°10 el gerente o responsable de turno realizarán una evaluación al paciente. En esta, pueden determinar eventualmente que no es posible admitir al paciente producto de que este puede significar un riesgo financiero. En este caso, la admisión es finalizada sin completar el ingreso. Al realizar este rechazo, la ejecutiva procederá a informar a pabellón (si aplica) que la cirugía ha sido suspendida producto de esta decisión.
12. Registrar autorización Gerencial: La ejecutiva deberá registrar dentro de la admisión que, por decisión gerencial, se autoriza un ingreso distinto a los definidos en las políticas de ingreso, ya sea ingreso sin pago o ingreso con un pago inferior al calculado. (FE N°25)

13. Sacar Fotocopia de CI: Se saca fotocopia de la Cédula de Identidad por ambos lados del responsable de pago y del paciente si éste no fuese designado como RP.
14. Generar Pagaré y Mandato: La ejecutiva genera e imprime tanto el pagaré como el mandato del pagaré con los datos del RP incluidos en él.
15. Solicitar Firma y Huella: El responsable de pago firma y pone huella en documentos (La firma debe ser lo más parecida posible a la de la cédula de identidad).
16. Validar Firma: Se valida que la firma realizada por el responsable de pago en los documentos sea coincidente con la firma realizada en su Cédula de Identidad.
17. Reimprimir documento/s: En el caso de que la firma no coincida con la de la cédula, se procede a reimprimir el o los documentos que posean esta discordancia para ser regularizados.
18. Almacenar Documentos: Una vez que los documentos se encuentran coincidentes, son almacenados para resguardo de la cuenta del paciente (FE N°20).

## 6.8 Anexo N°8: Subproceso: Preingreso clínico



### Enfermera de Preingreso

1. Exportar Pabellones programados: Todos los días, la enfermera de preingreso exportará el listado de todos los pabellones agendados con al menos 48 horas de anticipación para coordinar su visita a la clínica.
2. Contactar al paciente: Una vez determinados los pacientes que poseen pabellón reservado sin preingreso creado, se procede a contactarlos para agendar una visita presencial para su efectiva evaluación.

*\*Nota: en ocasiones los pacientes no podrán asistir a la clínica a realizar el preingreso. En estos casos especiales, se pueden realizar las siguientes actividades vía telefónica para no detener el proceso.*

3. Crear paciente / ficha clínica: Una vez cumplido el horario de citación o entrevista telefónica y en caso de que el paciente citado no esté creado en las bases de datos o que no posea una ficha clínica asignada, la enfermera tendrá la responsabilidad de generar la creación de ellos.
4. Complementar datos del paciente: La enfermera deberá complementar toda la información relevante asociada al paciente (REN N°7).
5. Iniciar cuestionario clínico: La enfermera procederá a realizar una serie de preguntas orientadas al ámbito de la salud del paciente, en base a su experiencia y al cuestionario clínico definido como red.
6. Registrar información clínica: La enfermera procederá al registro de toda información relevante informada por el paciente como antecedente al momento del

ingreso y eventualmente intervención quirúrgica. Entre los más relevantes se encuentran comorbilidades, medicamentos de uso habitual, alergias (de cualquier tipo), cirugías que se haya realizado anteriormente y antecedentes familiares de alguna patología.

7. Registrar información administrativa: La enfermera tendrá la opción adicional de registrar información relevante a nivel administrativa asociada al paciente entrevistado. Estos serían: N° de preingreso realizado, horario de presentación al preingreso, número de presupuesto (si posee) habitación de preferencia (Individual o Compartida).

## 6.9 Anexo N°9: Listado de consideraciones de un preingreso clínico.

1. Motivo de la cirugía actual: confirmación de la cirugía, el tipo de cirugía, técnica quirúrgica (Laparoscópica / tradicional) y lateralidad.
2. Antecedentes Mórbidos: ¿tiene usted alguna enfermedad crónica? (Hipertenso, diabético, problemas cardiacos diagnosticados, alteración de coagulación, epilepsia o problema neurológico, antecedentes de hipertermia maligna, colesterol, tiroides, asmático, cáncer) y respectivos controles.
3. Antecedentes Quirúrgicos: ¿Se ha operado / sometido(a) a cirugía alguna vez? (parto, cesárea, esterilización, extracción de lunar, infiltraciones, litotripsia) → no necesariamente implica que lleve una incisión. Lo importante es la causa del procedimiento.
4. Antecedente agudo de salud previo: ¿Se encuentra en estado de salud óptimo para la cirugía? (Resfríos, tos, cuadro gastrointestinal, respiratorios, quemaduras, infección urinaria. Cualquier cuadro agudo, aumenta el riesgo quirúrgico).
5. Antecedentes Alérgicos: ¿Es usted alérgico a algún medicamento o alimento? (alérgico al huevo, metal [níquel], látex, mariscos, yodo, nueces). \*Nota: en caso de alergias alimentarias importantes (anafilaxia), se envían a la coordinadora de Nutrición\*.
6. Fármacos de uso habitual: ¿Usa usted algún medicamento de manera diaria? (anticonceptivos, vitaminas, hormonas, aspirina y anticoagulante oral [7 días antes, dependiendo de la indicación del médico], fármacos hipoglicemiantes [48 a 72hrs], medicamentos para bajar de peso [5-7 días de suspensión previo]).
7. Ayuno completo sin agua (Hora): no comer y no tomar agua. Al menos 8 horas, pero se les solicita 9 horas. Para cirugías bariátricas hasta 12 horas pueden ser solicitadas. Se indica **específicamente** la hora al paciente la última hora en que ha de dejar de comer.
8. Preparación preoperatoria por tipo de cirugía: identificar si es que el paciente está preparado dependiendo de la patología a tratar (ejemplo, tratamiento de limpieza

de colon con laxantes y dieta específica o también cirugías de Histerectomía se les pide dieta de 48 horas).

Indicaciones especiales:

1. Importancia del ayuno: respetar las horas de ayuno, sino el médico no podrá operarlo, o bien, no se podrá administrar anestesia.
2. Hora de presentación en admisión (3 horas previo a la cirugía): indicación de dónde está la admisión específica y la hora de presentación (entre 2 a 3 horas en general). Explicar por qué se requieren las 3 horas antes (por temas administrativos, revalidación médica, anestesista, se sube a pabellón 30 minutos antes, etc.).
3. Artículos personales que debe traer: Pijama, zapatillas de levantar, artículos de aseo personal (cepillo de dientes, desodorante, pasta de diente), toalla (optativa).
4. Dejar en casa artículos de valor: importante a mencionar que podría haber un tema de infecciones, por lo tanto, no es necesario que los traiga (no se poseen cajas fuertes en las habitaciones).



3. Informar requisitos de ingreso: Si el paciente o responsable de pago sigue con temas administrativos pendientes sin resolver, la ejecutiva procede a informar las políticas de ingreso y lo necesario para que el paciente se pueda admitir sin problemas.
4. Solicitar RP apto: En caso de que el paciente no acceda a la regularización de la deuda, se solicitará un RP nuevo que cumpla con las condiciones establecidas de ingreso o en caso especial, el pagaré podrá ser emitido al mismo paciente con el compromiso de cambiar el RP en un plazo de 24 horas (FE N°10).
5. Terminar la Preadmisión: Si el paciente no logra conseguir un nuevo responsable de pago dentro de la preadmisión, se procederá a dar por terminada indicándole que es necesario que para el día de su cirugía asista con un RP apto como fue indicado en la actividad N°3 de este subproceso.
6. Registrar datos demográficos: En caso de poder regularizar su deuda, y cumplir con las políticas de ingreso, se procede con el registro y/o actualización de todos los datos demográficos del paciente (REN N°7) y responsable de pago (solo si el RP de la cuenta es distinto al paciente).
7. Generar episodio de preadmisión: La ejecutiva procederá a crear un episodio de preadmisión.
8. Comunicar requerimiento de pagaré: Se informa al paciente el requerimiento de firmar el pagaré, las condiciones que se deben cumplir y el motivo de esto (REN N°13).
9. Solicitar CI al nuevo RP: La ejecutiva procederá a solicitar la cédula de identidad al RP. En caso de no ser el paciente, se solicitarán ambas cédulas de identidad.
10. Asignar como RP: Independiente si el RP es el paciente o acompañante, se realiza la asignación de quién figurará como responsable del pago de la cuenta según las condiciones comunicadas previamente (REN N°14).

11. Realizar validación comercial: La ejecutiva ingresa a la plataforma de Equifax para validar la situación financiera/comercial del paciente. Esto tiene relación directa con las políticas de ingreso de admisión (REN N°15).
12. Informar monto de pago al ingreso: Si el paciente cumple con las condiciones de ingreso, y además es de previsión FONASA o PARTICULAR, la ejecutiva le informará que al momento de que se admita formalmente para su hospitalización, deberá dejar pagada total o parcialmente la atención de salud que recibirá.
13. Sacar fotocopia CI: La ejecutiva procederá a tomar una fotocopia de la cédula de identidad del paciente y del responsable de pago en caso de que sean personas distintas.
14. Generar pagaré y mandato: La ejecutiva genera e imprime tanto el pagaré como el mandato del pagaré con los datos del RP incluidos en él.
15. Solicitar Firma y Huella: El responsable de pago firma y pone huella en documentos (La firma debe ser lo más parecida posible a la de la cédula de identidad).
16. Validar firma: Se valida que la firma realizada por el responsable de pago en los documentos coincida con la firma realizada en su Cédula de Identidad.
17. Reimprimir documento/s: En el caso de que la firma no coincida con la de la cédula, se procede a reimprimir el o los documentos que posean esta discordancia.
18. Almacenar documentación: La ejecutiva procede a almacenar los documentos para resguardo de la cuenta del paciente (FE N°20).
19. Indicar condiciones de ingreso: Si el paciente no cumple con las políticas de ingreso, se procede a explicar lo que se requiere para dejar regularizada la admisión, exponiéndole lo necesario, dependiendo de su previsión de salud.
20. Indicar requerimiento de nuevo RP: Si el paciente no dispone de un nuevo RP en la preadmisión, se le indicará que será necesario para el día de su admisión.

21. Derivar al área de presupuestos: Si el paciente no posee un presupuesto por la prestación de salud que requiere, la ejecutiva le indicará que se acerque al área de presupuestos clínicos para solicitar dicho documento (FE N°21).
22. Gestión de presupuesto: El área de presupuestos clínicos generará un documento que le dé a conocer al paciente el costo aproximado de la atención de salud que éste requiere para su pronta hospitalización.
23. Vincular presupuesto clínico: Una vez el paciente posee su presupuesto, la ejecutiva de preadmisión lo vinculará a la preadmisión para dar trazabilidad a los montos de la cuenta.
24. Finalizar preadmisión: La ejecutiva procederá a validar que todo haya sido ingresado para posteriormente dar cierre a la preadmisión generada.



5. Recibir alerta de estabilización: La ejecutiva de admisión es informada por parte del área hospitalaria que el paciente ya fue estabilizado y que es necesario informar a algún familiar para confirmar si solicitará traslado o permanecerá en la clínica como modalidad institucional.
6. Derivar y trasladar al paciente: Si el paciente solicita traslado y el hospital definido para su atención (independientemente de si su aseguradora es Isapre o Fonasa) posee cupo, se procede a derivar y generar el traslado al paciente.
7. Informar firma de resguardos clínicos: En caso de que el paciente solicite derivación pero que su hospital de base no posea cupo, o bien, que solicite quedarse en la clínica, la ejecutiva de admisión procederá a informar el requerimiento de firma de los resguardos clínicos. Indicará además que lo ideal es que firme un familiar del paciente, aunque como última instancia se solicita la firma al mismo paciente.
8. Validar / Actualizar datos demográficos: La ejecutiva procede a registrar y/o actualizar todos los datos personales y demográficos (REN N°7).
9. Pagaré y Mandato: Si el paciente no está siendo hospitalizado por licitación o compra de servicios, la ejecutiva procede a realizar el subproceso de pagaré y mandato.
10. Identificar Previsión del paciente: La ejecutiva procede a la identificación de la previsión del paciente, consultando verbalmente a qué sistema está afiliado.
11. Ingresar a Plataforma WEB: Si el paciente contesta Isapre o Fonasa, la ejecutiva ingresa a la plataforma WEB (IMED) para certificar la información recibida.
12. Respaldar aseguradora: la ejecutiva tomará una captura de pantalla de la plataforma WEB y la subirá como respaldo al sistema (FE N°5c, FE N°7).
13. Ingresar previsión paciente: La ejecutiva procederá a ingresar la previsión que la plataforma WEB indica como vigente.

14. Ingresar convenios: Si el paciente posee algún convenio adicional, se realizará su ingreso: Convenio empresa, Seguro complementario, Licitación, Mutual, etc. (REN N°8).
15. Validación de convenios: Se realiza la validación del estado del o los convenios ingresados, es decir, se valida si se encuentra vigente o si posee algún tipo de bloqueo (REN N°5 y FE N°8).
16. Determinar marcas de paciente: Se determinarán las marcas de pacientes tales como Preferente, Seguimiento Campañas, funcionario, de manera automática (REN N°6 y FE N°9).
17. Asignar Marcas de episodios: En caso de que requiera marca de episodio, se categoriza al paciente según corresponda (FE N°1).
18. Asignar jerarquía de aseguradoras: Se asigna el orden en que las aseguradoras serán cobradas al momento del cierre de la cuenta.
19. Solicitar firma de documentación: Se procede a solicitar la firma de los documentos administrativos solicitados por tipo de admisión.

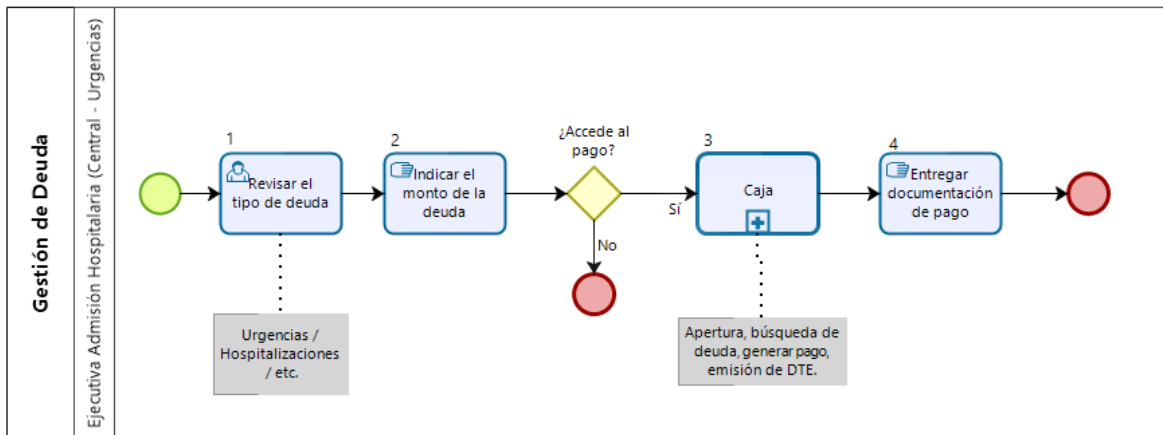
Validar documentación: La ejecutiva procede a validar que todos los documentos solicitados estén firmados y con huella, si aplica.

*\*Nota: si la admisión es por parto/cesárea, es importante que el mandato de tramitación ISAPRE sea firmado por quien tendrá como carga al/los RN, pudiendo este ser la madre o el padre.*

20. Validar Checklist: una vez todo validado, se procede a marcar el checklist, el cual mostrará lo que el paciente, por definición interna, debe dejar firmado para finalizar su ingreso. Es importante marcar toda la documentación que el paciente ya firmó y entregó. Si se determina que falta algún documento, o existe alguna firma disconforme, se procede a emitir nuevamente los documentos para completar el proceso como fue definido.

21. Imprimir ticket de estacionamiento: Si la clínica ofrece beneficios de estacionamiento gratuito dentro de sus dependencias, la ejecutiva deberá imprimir el ticket asociado a la hospitalización (FE N°12).
22. Validar el ingreso: La ejecutiva deberá validar la impresión de los brazaletes emitidos (si están asociados efectivamente al paciente) y los documentos firmados y con huella (si aplica).
23. Entregar documentación paciente: La ejecutiva entregará al paciente una carpeta con el protocolo de bienvenida y las preguntas más frecuentes, junto con la copia de todos los documentos que hayan sido firmados. A su vez, se genera una carpeta interna entregada al anfitrión junto al respectivo PAM para ser entregados en el mesón de enfermería.
24. Subir documentación: La ejecutiva procederá a subir la documentación obtenida por parte del paciente y dejarla disponible en el episodio de ingreso hospitalario.
25. Ingresar anotaciones al paciente: La ejecutiva podrá incluir comentarios adicionales al ingreso que pueda dar cierta información al resto de las áreas clínicas respecto a él (REN N°12, FE N°14).
26. Finalizar Admisión: La ejecutiva procederá finalizar la admisión (FE N°7).

## 6.12 Anexo N°12: Subproceso: Gestión de deuda



### *Ejecutiva Admisión Hospitalaria (Central - Urgencias)*

1. Revisar el tipo de deuda: La ejecutiva de admisión procederá a validar el tipo de la deuda que mantiene el paciente, que estén relacionadas con el bloqueo.
2. Indicar el monto de la deuda: La ejecutiva procederá a indicar al paciente el motivo y el monto de la deuda.
3. Caja: Si el paciente accede a regularizar su deuda, se inicia el subproceso de caja para poder generar registro del pago asociado a ella.
4. Entregar documentación de pago: La ejecutiva procede a entregar la documentación del pago, siendo esta las boletas junto a sus respectivos detalles.

**6.13 Anexo N°13: Listado de implementos de oficina mínimos para la operación.**

1. Una impresora por cada dos puestos de trabajo (crítico).
2. Un escáner por puesto de trabajo (crítico).
3. Un lector biométrico por cada puesto de trabajo con conexión a IMED (crítico).
4. Impresora de brazaletes (Zebra HC100). Una por cada dos puestos de trabajo (sugerido).
5. Cintas de brazaletes (blancas de identificación y rojas de alergias, en tamaño adulto y pediátrico).
6. Terminal habilitada para pagos con tarjetas bancarias (Transbank).