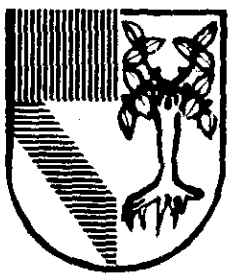


308917



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

25
29

ESCUELA DE INGENIERIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROPUESTA DE MEJORA PARA EL PROCESO DE
CIRUGIAS PROGRAMADAS DEL SEGURO DE
SALUD EN UNA COMPANIA ASEGURADORA

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:
INGENIERO MECANICO ELECTRICISTA

AREA: INGENIERIA INDUSTRIAL

P R E S E N T A :

LUIS ANTONIO HUERTA SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: ING. ANTONIO CASTRO D'FRANCHIS.

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

269927



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO 1. Situación actual del proceso	5
1.1 Diagramas de flujo.	6
1.2 Descripción de funciones.	13
1.3 Mediciones.	21
1.3.1 Tiempo destinado a cada actividad.	22
1.3.2 Distribución de las cargas de trabajo durante el día.	25
1.4 Problemas a atacar del proceso.	36
CAPÍTULO 2. Metodología.	40
2.1 Conocimiento del proceso.	40
2.1.1 Diagrama del proceso.	41
2.1.2 Herramientas y/o sistemas de apoyo.	43
2.1.3 Identificar y definir las medidas de desempeño de Calidad.	43
2.2 Conocimiento del cliente.	44
2.2.1 Conocer las expectativas.	45
2.2.2 Análisis del nivel de satisfacción.	46
2.3 Conocimiento de la competencia.	48
2.3.1 Metodología del Benchmarking.	49
CAPÍTULO 3. Implementación de la metodología.	56
3.1 Expectativas y necesidades de los Clientes.	56

3.1.1 Expectativas de los clientes.	56
3.1.1.1 Tabulación de las entrevistas.	57
3.1.1.2 Resultados agrupados de las entrevistas.	58
3.1.1.3 Encuestas telefónicas.	61
3.1.1.4 Conclusiones de las expectativas.	63
3.1.2 Encuestas de satisfacción.	64
3.1.2.1 Encuestas.	64
3.1.2.1.1 Conclusiones de las encuestas de satisfacción.	69
3.1.2.2 Análisis de quejas.	70
3.1.2.2.1 Conclusiones de las quejas.	72
3.1.3 Conclusiones generales de expectativas y necesidades de los clientes.	72
3.2 Conocimiento de la competencia.	74
3.2.1 Temas del benchmarking.	74
3.2.2 Resultados del benchmarking.	76
3.2.3 Conclusiones del conocimiento de la competencia.	80
CAPÍTULO 4. Propuesta.	82
4.1 Visión de cirugías programadas.	82
4.2 Escenarios preliminares.	83
4.2.1 Escenario 1.	84
4.2.2 Escenario 2.	88
4.2.3 Escenario 3.	92
4.2.4 Comparación entre los escenarios.	96
4.3 Propuesta final.	97
4.3.1 Funciones principales.	99
4.3.2 Aspectos de la implementación.	104
4.3.3 Estudio de costos.	105

INTRODUCCIÓN.

En la vida diaria las personas, tanto físicas como morales, están sujetas a constantes cambios en el medio que les rodea, estos cambios son tan rápidos que en ocasiones es muy difícil calcular el impacto que tendrán tanto económica como emocionalmente.

Es por eso que se convierte en una necesidad el cubrirse y tener protección en caso de que en algún momento alguna circunstancia pueda poner en peligro la estabilidad económica de una persona y su familia. Para hacer frente a estas situaciones las personas buscan adquirir un seguro que les proteja de los riesgos presentes.

Un seguro es un contrato por medio del cual una persona busca compartir el riesgo de tener un siniestro con otra, esto es, la finalidad primordial de un seguro es cubrir de los riesgos que pueda tener una persona que puedan afectar su situación financiera. La persona que comparte el riesgo con la primera es una Compañía Aseguradora, y acepta, mediante el pago de una prima, la responsabilidad de respaldarla económicamente en caso de que tenga un siniestro.

Como se mencionó anteriormente existe una gran variedad de situaciones por las que una persona puede pasar, es por eso que existen también varios tipos de seguro, enfocado cada uno a una situación particular y con características particulares también. Es así como encontramos el seguro de vida, de auto, de daños (en sus distintas modalidades), rentas vitalicias y de salud principalmente.

En este estudio vamos a tomar en cuenta uno de los ramos (divisiones) del seguro de salud. El seguro de salud busca principalmente compartir el riesgo con las personas en caso de que éstas sufran un siniestro que afecte su salud o integridad física y la de sus familiares o dependientes. Una compañía aseguradora colabora al disponer de recursos que permitan la atención médica del paciente. Estos recursos no son necesariamente de la compañía, ya que pueden ser el resultado de

convenios con los diferentes tipos de proveedores de servicios médicos, tales como hospitales, médicos, laboratorios, ambulancias, farmacias, entre otros.

Cuando una persona desea adquirir un seguro de salud tiene que decidir de acuerdo a sus necesidades qué tipo de seguro desea contratar, ya que dentro del seguro de salud existen dos clases de seguro, el de Gastos Médicos Totales y el de Gastos Médicos Mayores.

El seguro de Gastos Médicos Totales está encaminado principalmente para aquellos grupos que buscan cubrir todas sus necesidades de salud, desde simples chequeos rutinarios hasta cirugías, es decir, este seguro busca proteger a los asegurados en todo tipo de circunstancias en las que se pueda ver involucrado y que afecten su salud o su integridad física.

El seguro de Gastos Médicos Mayores tiene como objetivo el cubrir las necesidades que puedan tener los asegurados para cuestiones de hospitalización y cirugías, abarcando también todos aquellos estudios y consultas que hayan sido necesarias para determinar la cirugía o la hospitalización. Tanto el seguro de Gastos Médicos Totales como el de Mayores cubren las urgencias.

Dentro del seguro de Gastos Médicos Mayores, existen diferentes maneras con las que los asegurados pueden hacer efectivo su seguro. Estas maneras son : Reporte Hospitalario, Cirugías Programadas y Reembolsos. Las dos primeras consideradas como Pago Directo.

Los procedimientos de Pago Directo son aquellos en los que la compañía aseguradora le paga directamente a los proveedores que participaron en la reclamación del asegurado para solucionarle su problema de salud. Es decir, el seguro paga al hospital, médico o médicos que se involucraron, laboratorios, estudios, etc. que se realizaron. Todo esto de acuerdo a los tabuladores establecidos por la aseguradora y, por las coberturas y límites de suma asegurada (monto máximo que pagará la aseguradora por un padecimiento) dentro del plan adquirido por el cliente.

Los procedimientos considerados por Reembolso, son aquellos gastos que el asegurado tuvo que pagar y que son cubiertos por su plan. Un ejemplo de esto son las urgencias en el hospital que no requieren internamiento. En general todas aquellos tratamientos que duran menos de 24 horas se realizan por Reembolso.

Como se mencionó existen dos formas de Pago Directo principalmente, el Reporte Hospitalario y las Cirugías Programadas. El Reporte Hospitalario es cuando el asegurado se presenta en el hospital y presenta su credencial de asegurado para que le brinden la atención médica que necesita sin que le cobren los gastos realizados, el hospital avisa a la aseguradora y ésta recopila la información médica necesaria para dictaminar si procede el pago, o el monto que pagará la aseguradora y la diferencia el asegurado.

Como mencioné anteriormente en estudio nos vamos a enfocar a las Cirugías Programadas que son un ramo dentro del seguro de Salud. Para las Cirugías Programadas, el procedimiento es el siguiente. Cuando el asegurado es informado por su médico que requiere una cirugía o tratamiento en el hospital con anticipación, éste puede realizar el trámite de su cirugía antes de ingresar al hospital, entregando los estudios realizados, el informe médico y demás información necesaria para dictaminar si su programación procede, o el monto que la aseguradora va a pagar. Este procedimiento se realiza en 5 días, al final se entrega al asegurado una carta de respuesta en la que se menciona si su cirugía va a ser pagada o no, y en el caso de que sí se vaya a pagar, los montos a pagar, quedando las diferencias a cargo del asegurado.

Este procedimiento le da al cliente la seguridad de conocer si su padecimiento va a ser pagado por la compañía aseguradora o el monto de lo que tiene que desembolsar antes de realizar algún gasto hospitalario, y evitar así un desequilibrio económico.

Además las Cirugías Programadas le ofrecen a la aseguradora un mayor control de costos, pues antes de que se realicen los tratamientos, quirúrgicos o médicos, ya tiene una cierta idea de los medicamentos y gastos en general que se van a utilizar.

Es por esto que en este estudio se busca una propuesta que mejore la calidad y eficiencia del servicio a los asegurados, para que prefieran este tipo de procedimientos para sus tratamientos programados, y así aumentar su utilización. Además de que se mejore la calidad y oportunidad del dictamen médico por parte de la aseguradora, garantizando así un proceso más rentable para la compañía.

Este documento se encuentra dividido en 3 capítulos, en el primero se presenta la situación actual del proceso de Cirugías Programadas, tomándose en cuenta cómo se desarrolla actualmente (funciones, actividades y personas), las cargas de trabajo y cuellos de botella existentes y las mediciones realizadas para la obtención de los datos (anexo 1).

El capítulo segundo se divide en dos partes principales, en la primera se desarrolla la metodología seguida para obtener el estudio, y en la segunda se presentan los resultados obtenidos de conocer las expectativas y necesidades del cliente, junto con su nivel de satisfacción, y los resultados conseguidos de un análisis hecho a la competencia.

En el capítulo tercero se muestran los escenarios presentados a la dirección de los cuales, tomando en cuenta la visión de la dirección de Salud, se desarrolló la propuesta de mejora, y un análisis buscando obtener un beneficio para los asegurados que utilicen el proceso de Cirugías Programadas.

Finalmente se presentan las conclusiones del estudio, los anexos correspondientes a los capítulos y la bibliografía utilizada.

CAPÍTULO 1. Situación actual del proceso.

Como se mencionó en la introducción, en este capítulo se trata de determinar cuáles son las condiciones en las que se encuentra el proceso de Cirugías Programadas para así poder detectar áreas de oportunidad que permitan mejorar la satisfacción de los clientes y así poder fomentar la utilización de este proceso para aquellos asegurados que necesitan una intervención quirúrgica.

Se realizó un análisis en el área de Cirugías Programadas, que busca enseñar la forma en la que se desempeña el proceso, así como su eficiencia a través de diagramas de flujo, estudio de funciones y estudios de cargas de trabajo, entre otras.

El estudio se encuentra sustentado por medio de la observación física de las labores que realizan cada uno de los puestos operativos.

La manera en la que se llevó a cabo el análisis fue en primer lugar por medio de una serie de entrevistas a los responsables del proceso, con la finalidad de establecer de manera general los pasos que intervienen en el proceso buscando además la identificación de las personas operativas

En segundo término se visitó a los operativos para conocer cuáles eran sus funciones/actividades que desempeñaban, para que de esta manera se obtuviera un diagrama de flujo de mayor detalle. Una vez realizado este levantamiento se buscó la identificación del flujo de datos y de las funciones necesarias para cada estación de trabajo/puesto.

Por último se realizó un análisis de las cargas de trabajo, el cual consistió en una observación física muestral (diferentes horas de la jornada laboral) que fuese representativa y que ensañase la asignación de volúmenes y tiempos en las diferentes actividades/funciones que se desempeñan en un día típico de trabajo; resultando una observación a la operación de 12 horas

durante cuatro días de la semana.

La metodología seguida para realizar el conocimiento del proceso y así poder definir su situación actual se explicará más adelante en el segundo capítulo.

1.1 Diagramas de Flujo.

Para conocer el procedimiento que se lleva a cabo en la programación de cirugías, decidimos investigar y analizar cada una de las funciones. Se diagramaron los procesos y se dividieron en 3 niveles. Para cada uno de estos niveles se analizó el proceso que se sigue para casos Metropolitanos (en la oficina matriz) y del Módulo en los cuales la principal diferencia es la vía de entrada y de salida.

Nivel 1.- Se muestra el proceso en general, indicando las principales funciones que se realizan durante éste. Este nivel presenta el inicio a nuestro conocimiento del proceso. Tratamos de explicar qué es lo que pasa a grandes rasgos, sin entrar mucho a detalle.

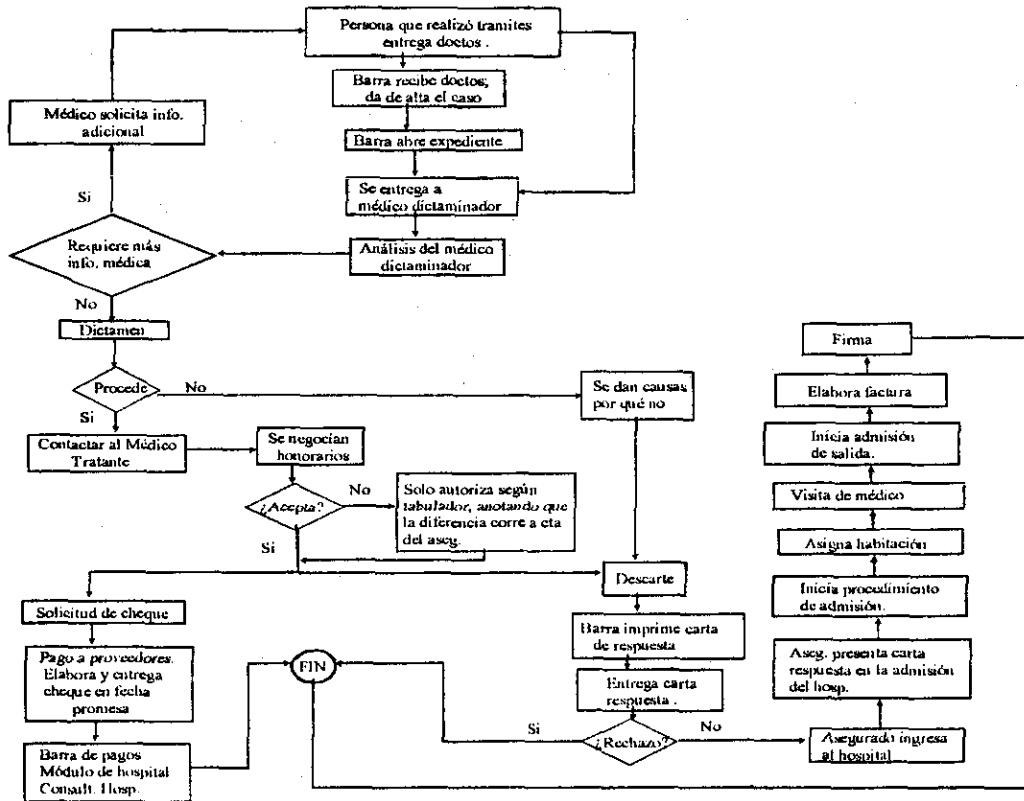
Nivel 2.- Se detalla cada una de las actividades que fueron mencionadas en el nivel 1. Durante la observación y elaboración de este nivel comenzaron a notarse los principales problemas del proceso actual.

Nivel 3.- Se estudiaron cada una de las partes que intervienen en el proceso y cómo interactúan entre sí a lo largo de éste. Se especifican claramente las tareas que se tienen que cumplir en cada una de las funciones.

Los diagramas de flujo del proceso en los tres niveles mencionados se anexan a continuación.

**DIAGRAMA DE FLUJO
NIVEL 1**

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS D.F.



**DIAGRAMA DE FLUJO
NIVEL 1**

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS MÓDULO

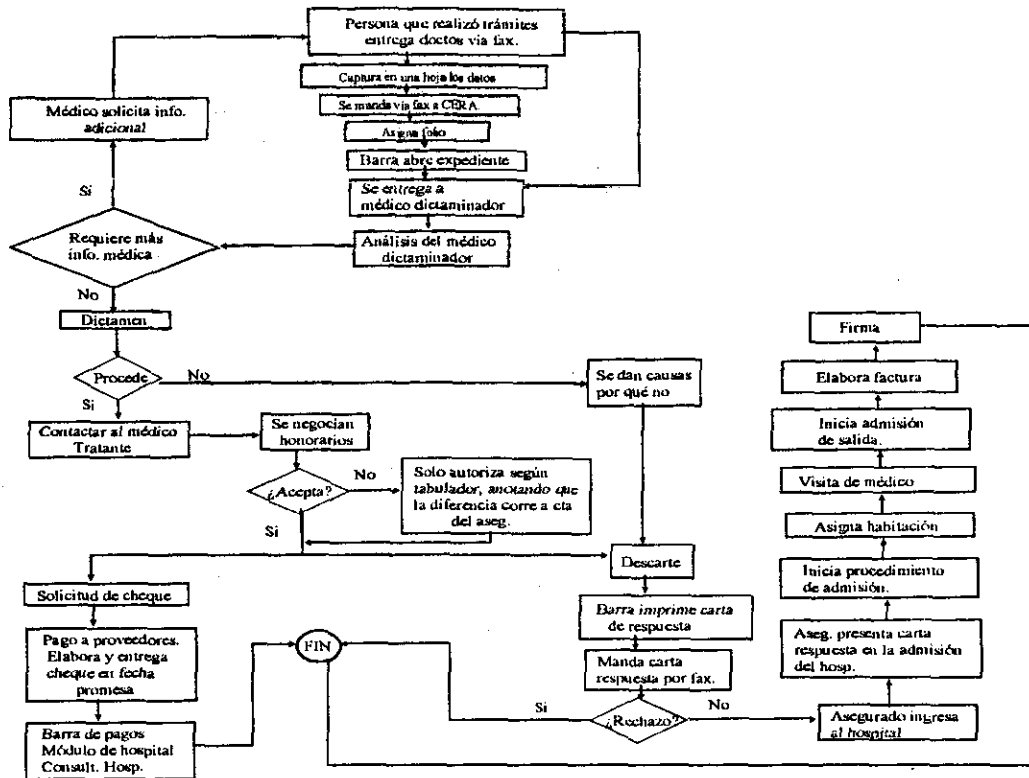


DIAGRAMA DE FLUJO NIVEL 2

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS D.F.

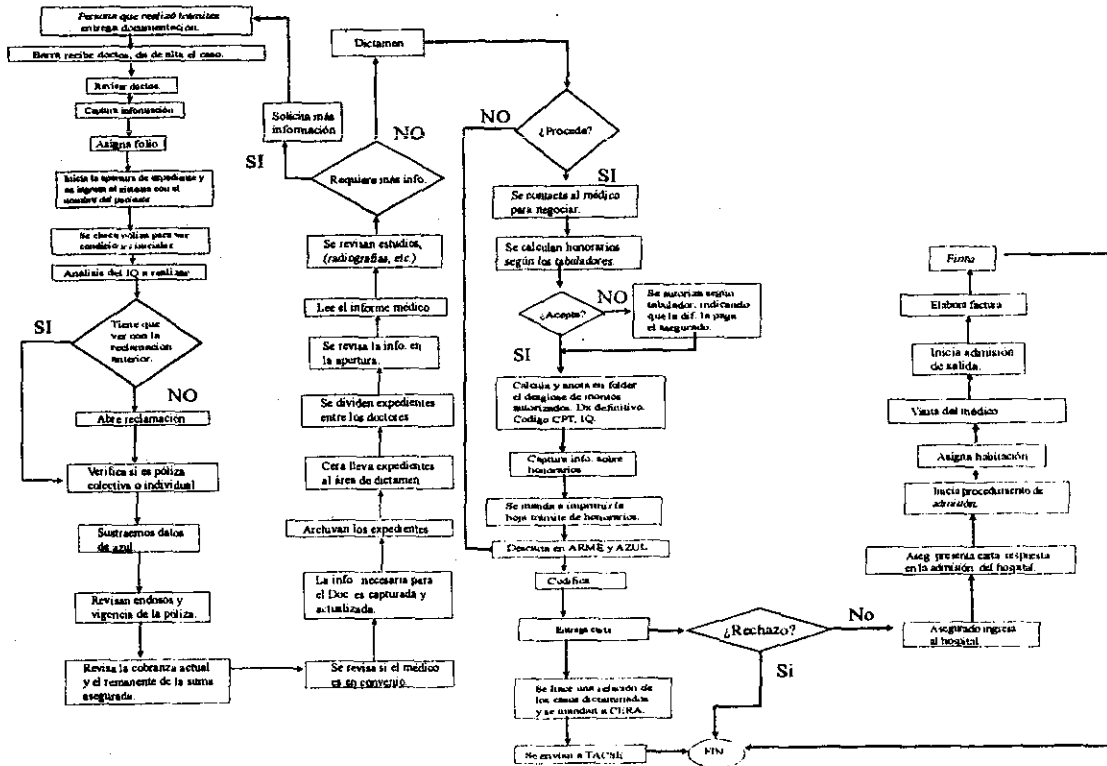


DIAGRAMA DE FLUJO NIVEL 2

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS MÓDULO

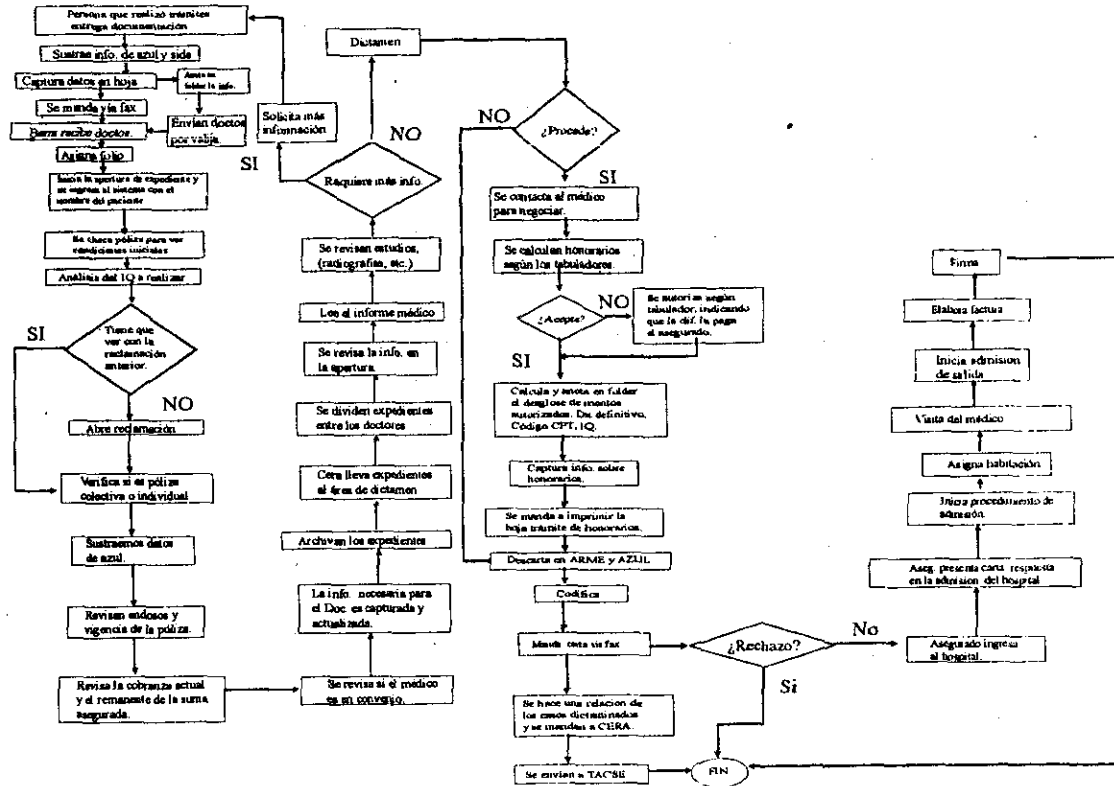


DIAGRAMA DE FLUJO
NIVEL 3

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS D.F.

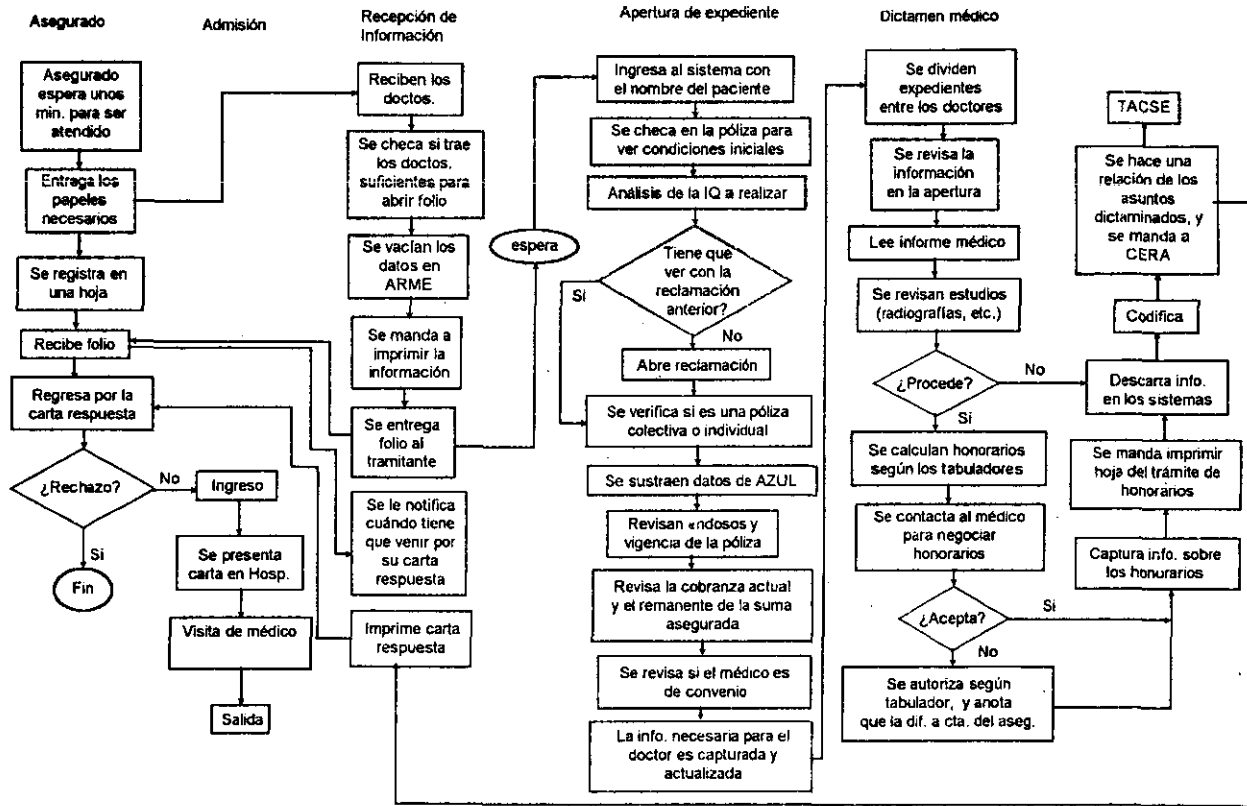
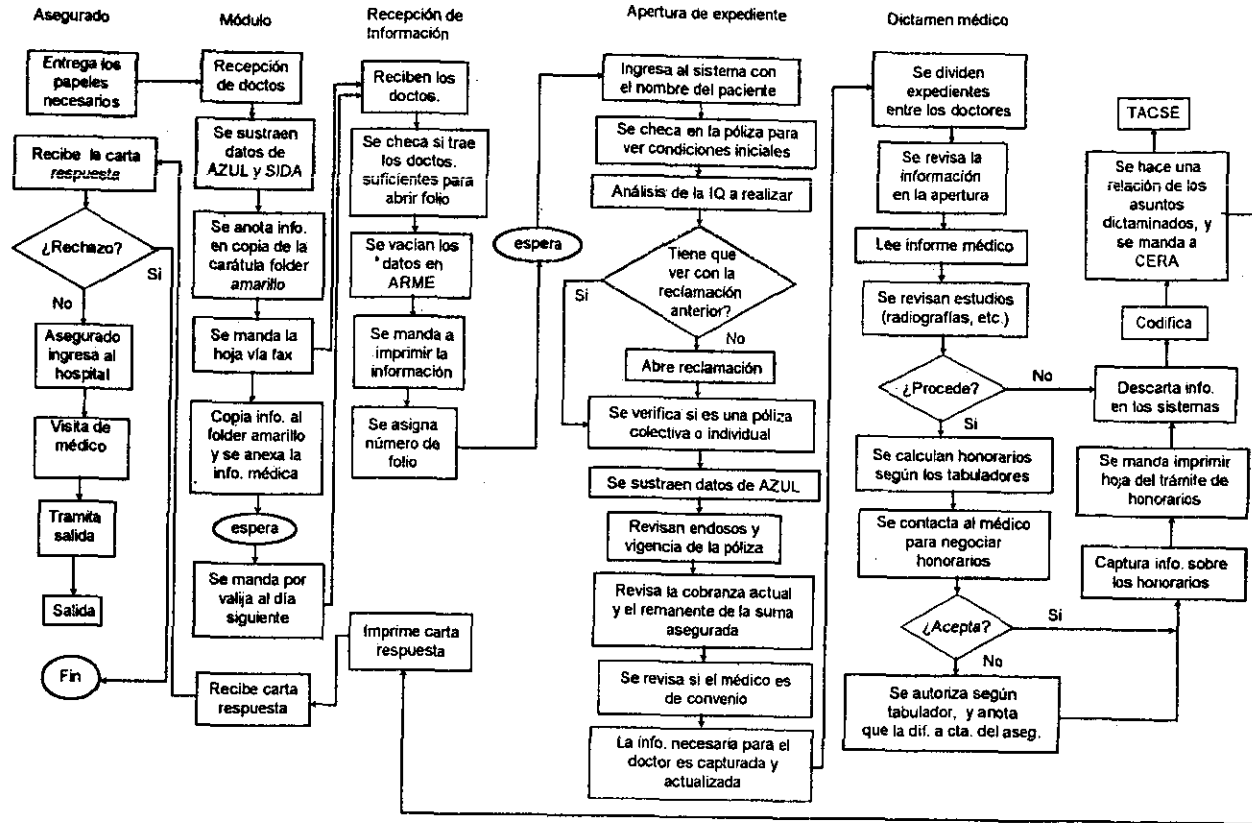


DIAGRAMA DE FLUJO
NIVEL 3

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS MÓDULO



1.2 Descripción de funciones.

Después de conocer las actividades que se realizan en el proceso y de los actores principales de éste, se pueden conocer las funciones básicas de la operación interna del proceso de Cirugías Programadas. Estas funciones se presentan en la fig. 1.

Con el conocimiento del proceso podemos saber cuáles son las actividades que se realizan en cada puesto de trabajo conociéndose así el procedimiento que se sigue en cada función. Las actividades que se desempeñan en cada puesto se mencionan a continuación, presentando un diagrama con la descripción de las funciones (fig. 2) y el proceso que se sigue en cada estación de trabajo.

ATENCION A CLIENTES Y ASIGNACION DE FOLIO

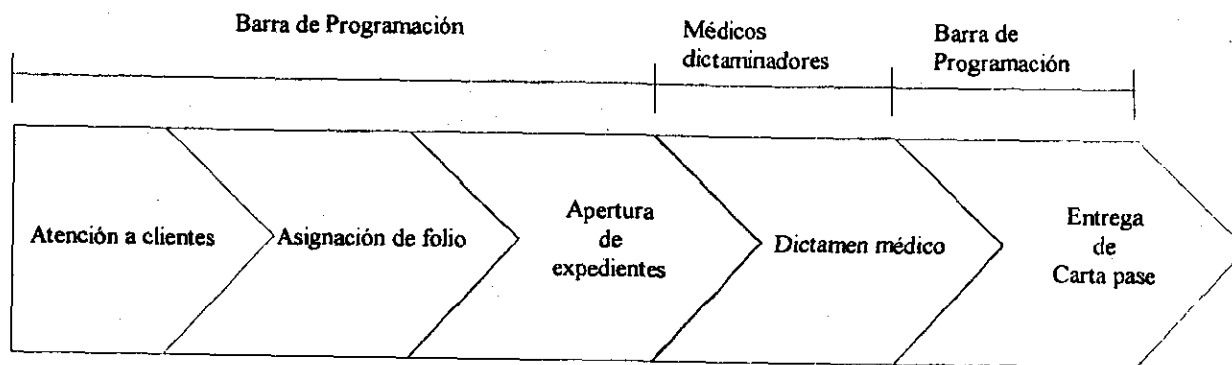
Proceso de Programación de Cirugías:

1. Saludo a la persona que tramita.
2. Recepción de documentos y revisión de éstos (ver que no falten datos, ni estudios).
Proporciona la información sobre los documentos faltantes.
3. Introducción de datos en ARME¹ (afectado, médico, no. póliza, hospital, status, etc.).
Al momento de introducir los datos, el sistema asigna el folio automáticamente.
4. Se meten los estudios y el aviso con el informe médico a un folder y se engrapan.
5. Se imprime la hoja de información con el número de folio (2 hojas), una se entrega al tramitante y la otra se anexa al folder.
6. Se escribe con plumón el folio en el folder.
7. Se archiva el folder.

¹ ARME: Administrador de Recursos Médicos. Sistema donde se lleva el control de las reclamaciones y del status en que se encuentran en el proceso.

Fig. 1
DESCRIPCION DE FUNCIONES

Dentro de las funciones que se llevan a cabo en el proceso se pueden notar 5 básicas.



- Recepción de documentos.
- Introducción de datos al sistema.
- Armado del folder con el expediente.
- Reprocesos.
- Apertura de expedientes.
- Dictamen.
- Contacto médico.
- Entrega de Cartas pase o de rechazo.

Fig. 2

DIAGRAMA DE FUNCIONES

Las actividades necesarias para llevar a cabo el proceso recaen en 3 puestos/personas básicamente.

Barra de Programación		Médicos dictaminadores
Atención a asegurados	Apertura de expedientes	Revisión de la información
Atención a personas	Apertura de expedientes	Revisión de Azul
Recepción de documentación	Continuación de reprocesos	Dictaminar
Revisión de documentación	Recepción de fax	Contacto médico
Introducción de datos (ARME)	Teléfono	Tabulación
Asignación de folio	Atención a clientes	Descarte en Azul
Armar el folder del expediente	Recibir documentos.	Descarte en ARME
Recibir fax	Asignación de folios	Teléfono
Confirmar fax	Armar folder del expediente	
Contestar el teléfono	Introducción de datos (ARME)	
Entrega de Cartas pase	Entregar Cartas pase	
Imprimir Cartas pase	Imprimir Cartas pase	

Algunas actividades extra que se realizan son:

- Actualizar las reclamaciones (cambiar el status).
- Proporciona información sobre convenios (doctores y hospitales).
- Da información sobre las pólizas. (explicar conceptos y situación administrativa)

APERTURA DE EXPEDIENTES

Entendemos por reproceso, que es una de las funciones de apertura de expedientes, aquel caso en el cual el tramitante recibió una carta de rechazo por algún motivo (por ejemplo falta de información adicional, no se indicaba como pagada la póliza siendo esto falso, etc.) y posteriormente nos proporcionó la información o los documentos necesarios para seguir el trámite.

Proceso de continuación de reprocesos:

1. Ver por qué se esta reprocesando.
2. Actualización de datos en AZUL².
3. Ver las condiciones que aplican y de que póliza.
4. Aplicación de las condiciones de la póliza con las cuales se hizo el primer gasto.
5. Checar el remanente de la suma asegurada.
6. Checar si la póliza está pagada.
7. Checar si es médico en convenio.
8. Se verifica la cobranza.
9. Se checan los comentarios para rectificar si se puede hacer el trámite sin inconvenientes, en caso contrario se tienen que checar los endosos.
10. Dar de alta todos los datos en el sistema (ARME).

² AZUL : sistema donde se observan las condiciones administrativas de las pólizas : su historial (reclamaciones anteriores), los endosos, etc.

Proceso de apertura de expedientes:

1. Se ingresa al sistema con el nombre del paciente.
2. Se checa la póliza para saber las condiciones iniciales con las que se contrató.
3. Se ve qué se está programando y se checa con las reclamaciones anteriores; si no es continuación de alguna se abre una nueva reclamación.
4. Se abre la reclamación en la póliza que refirió el afectado.
5. Se checa si es una póliza individual, colectiva o de grupo.
6. Se da un número de reclamación (indicando Dr., fecha, Hospital)
7. Se sacan algunos datos de AZUL para abrir el expediente en ARME.
8. Si es una póliza colectiva o de grupo se revisan los endosos (la computadora los revisa automáticamente). Si el número de endosos es muy grande la computadora empieza a revisarlos y después truena, es así como la persona encargada tiene que revisarlos uno por uno nuevamente.
9. Se revisa la vigencia de la póliza.
10. Se checa la cobranza actual.
11. Se revisa el remanente de la suma asegurada.
12. Se checa si el médico es de convenio.
13. Se capturan los datos en el sistema.

Al momento de abrir los expedientes, la persona encargada recibe o realiza llamadas telefónicas. Las llamadas que realiza son para conocer más características y condiciones sobre una póliza o para pedir información a los médicos de la aseguradora. Las llamadas que recibe son para la confirmación de faxes, de parte de los médicos que preguntan sobre alguna reclamación o llamadas personales.

DICTAMEN MÉDICO

Procedimiento de Dictamen Médico:

1. Del edificio CERA³ se llevan los expedientes a los médicos dictaminadores, por medio de una persona de servicio social, en la mañana del siguiente día al que entraron .
2. El *coordinador* de los médicos divide el trabajo entre los 4 médicos dictaminadores por número de folio, en partes iguales.
3. Se revisa la información en la apertura, donde se ve: No. póliza, No. reclamación, nombre del afectado, fecha inicio trámites, plan, suma asegurada, cobertura, cobranza, remanente, médico y observaciones.
4. Se lee el informe médico y el aviso de programación, verificando que el padecimiento esté cubierto, que no entre en período al descubierto y revisa si el doctor es de convenio o no.
5. Confirma el padecimiento con los estudios proporcionados (radiografías, resonancia magnética, etc...)
6. De acuerdo al libro de tabulación saca y desglosa los mismos.
7. Se comunica con el médico tratante para confirmar los honorarios o negociar con él y avisarle de la fecha de entrega del cheque.
8. Llena el folder del expediente con los tabuladores, nombre del hospital, día de la operación, etc...
9. Se hace el trámite para el pago del doctor, para lo cual, se imprime una forma por asunto indicando sus honorarios y se hace una relación. Esto se manda a la barra del edificio CERA en Pago a Proveedores, al día siguiente en la mañana.
10. Se descarta la información en ARME.
11. Se descarta la información en AZUL.
12. Codifica (pone DRG, ICD9, CPT).

³ CERA : Centro de Recepción de Asegurados. Es el edificio de entrada a la oficina matriz donde se atiende a los asegurados que llegan.

13. Se hace una relación de asuntos dictaminados diariamente y se manda al edificio CERA.
14. Se envían a TACSE.⁴

Además de las actividades que realizan los médicos dictaminadores tienen que contestar y hacer llamadas telefónicas, estas llamadas son para: pedir o dar información sobre los expedientes, llamadas internas de trabajo y personales.

ENTREGA DE CARTA PASE

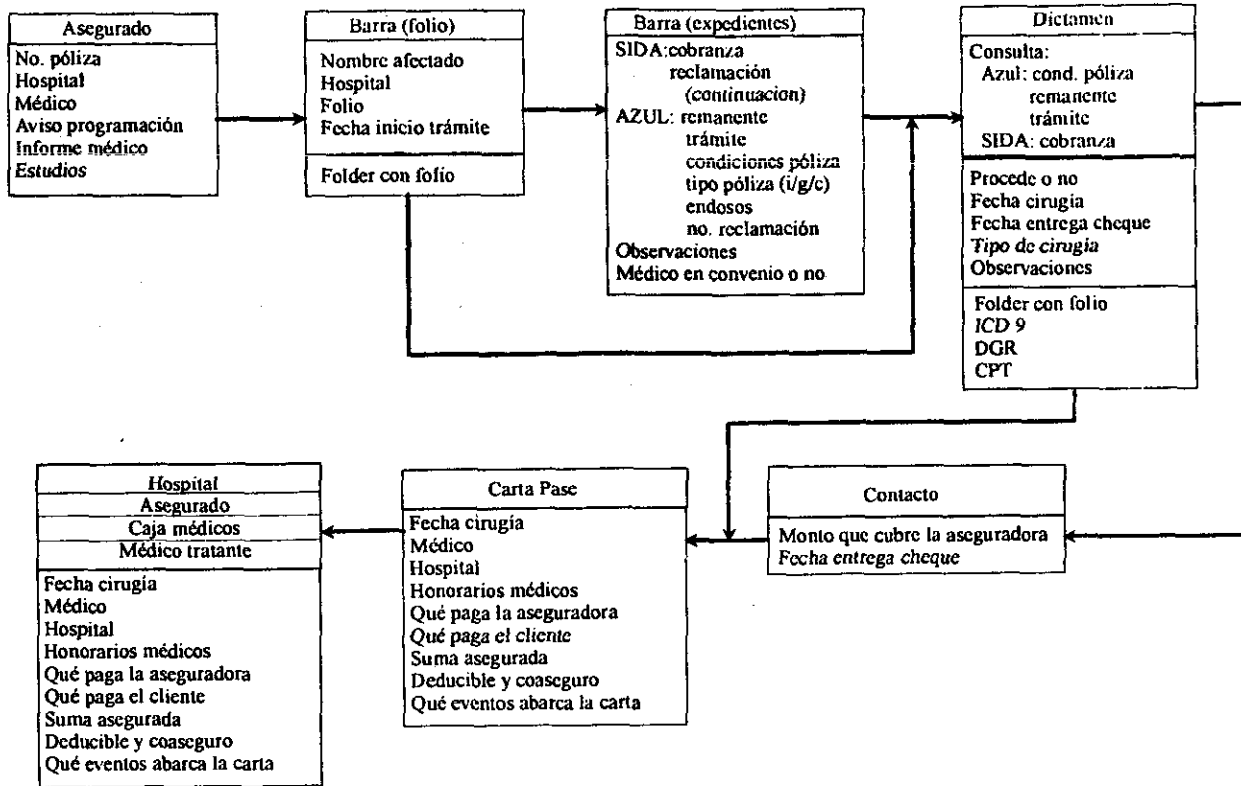
Entrega de Cartas Pase o de Rechazo:

1. Saludo a la persona.
2. Recepción hoja con el folio.
3. Busca carta según folio en el archivero.
4. Poner sellos (6 cartas).
5. Reparte las cartas.
6. Anota en una libreta folio de la carta entregada.
7. Entrega folder.

Entre las diversas actividades que se desempeñan en el proceso administrativo de las cirugías programadas en la empresa aseguradora es necesario el intercambio de información, por lo que en la fig. 3 se presenta el *diagrama de flujo de la información* que se necesita en cada una de las actividades que intervienen en la operación.

⁴ TACSE : sistema de control de pago a proveedores y de reclamaciones para trámites de reembolso.

Fig. 3
DIAGRAMA DE FLUJO DE DATOS.



1.3 Mediciones.

Con la finalidad de conocer las cargas de trabajo existentes en cada una de las estaciones de trabajo, el tiempo que se tardan en realizar las actividades y los periodos de tiempo en los que se distribuyen dichas cargas se realizaron mediciones mediante observación directa.

Las mediciones se realizaron y verificaron buscando una representatividad en las cifras.

- Características

Se midió*	Horas medidas	Días observados
Asignación de folio	5	3
Apertura de expediente	6	3
Dictamen médico	6	3
Entregas de carta pase	5	3
Total	17 Hrs.	9 Días distintos

* Estas son las etapas generales que se observaron. obteniéndose de aquí un mayor detalle

- Se abarcaron horarios distintos en los diferentes días, siendo los horarios más representativos los de 7:30 a 11:30 y el de 11:30 a las 15:00 horas
- Se midió, por un lado, los volúmenes de las actividades que se realizan, y por el otro el tiempo asignado a dichas actividades, para después obtener el promedio de las mismas y cruzarlo con el volumen
- Con los volúmenes y los tiempos promedio se estimaron las cargas de trabajo que la operación permite realizar en un día normal de trabajo
- Se cruzó la información generada por estas estimaciones entre cada etapa del proceso y los resultados coinciden entre sí

- Se realizó otro cruce que fue entre los datos que se generaron del sistema (ARME/esperant) comparándose éste contra las estimaciones, notándose una diferencia del 12%. Cabe señalar que se tienen dos reportes del área (sistema) cuyos datos no son congruentes ya que muestran una diferencia entre ellos del 8% en el período seleccionado

Los resultados de las mediciones se presentan a continuación.

1.3.1 Tiempo destinado a cada actividad.

Las mediciones realizadas se encuentran en el anexo 1, presentándose en este apartado los promedios obtenidos.

ATENCION A CLIENTES Y ASIGNACION DE FOLIO

Proceso de Programación de Cirugías:

Algunos tiempos del proceso son:

- Tiempo total para realizar el trámite - 14 min. y 12 seg.
- Tiempo promedio del proceso - 8 min. y 24 seg.
- Recepción y revisión de documentos - 40 seg.
- Introducción de datos al sistema - 3 min. y 36 seg.
- Imprimir folio, meter documentos al folder y engrapar - 1 min. y 23 seg.
- Tiempo de espera para hacer el trámite - 5 min. y 48 seg.
- La llamada recibida tiene una duración promedio de 1 min. y 50 seg.
- La llamada realizada tiene una duración aproximada de 2 min. y 30 seg.
- Los faxes que se recibieron tienen un promedio de 4 hojas. Las llamadas para confirmar el fax están contadas en el total de llamadas recibidas.

APERTURA DE EXPEDIENTES

Proceso de continuación de reprocesos:

- El tiempo necesario para actualizar un reproceso es aproximadamente de 7 min.
- El número de reprocesos que se tramitan diariamente es aproximadamente de 5 casos.

Proceso de apertura de expedientes:

El tiempo que la persona encargada utiliza para abrir un expediente es variable dependiendo del tipo de póliza; es así como se tienen 2 tiempos diferentes:

- Tiempo de apertura de una póliza individual: aproximadamente 10 min.
- Tiempo de apertura de una póliza de grupo o colectiva: 15 min. como promedio.

El tiempo que se invierte en una llamada es en promedio de:

- Llamada recibida: 2min.
- Llamada hecha: 2min. y 30 seg.

Como el número de expedientes que se tienen que abrir es muy elevado para la persona encargada, ésta tiene que pedir apoyo de otros recursos para la apertura, el volumen y los recursos que apoyan son:

- Apertura de expedientes de Reporte en Hospital - 10 expedientes por día aproximadamente.
- Módulo del Hospital Metropolitano - 8 expedientes diarios en promedio.

La carga de trabajo para la apertura de expedientes es constante durante el día, con excepción del periodo de tiempo de las 15:00 a las 17:00 horas, pues tiene que atender a las personas que

lleguen a tramitar o pedir carta pase. Ocasionalmente esto que se dejen de abrir expedientes.

DICTAMEN MÉDICO

Procedimiento de Dictamen Médico:

Algunos tiempos del proceso son:

- Tiempo promedio para revisar la información - 3 min. y 30 seg.
- Tiempo aproximado para revisar AZUL - 2 min.
- Tiempo para realizar la tabulación - 3 min. y 24 seg.
- Tiempo promedio para negociar los honorarios - 5 min. y 24 seg.
- Tiempo aproximado para realizar el descarte - 4 min. y 18 seg.
- Número de llamadas en promedio para contactar al médico - 2.5 llamadas.

Las llamadas tienen en promedio de duración:

- Llamada hecha - 4 min. y 36 seg.
- Llamada recibida - 3 min.

En promedio se dictaminan 48 casos diariamente.

ENTREGA DE CARTA PASE

Entrega de Cartas Pase o de Rechazo:

Algunos tiempos del proceso son:

- Tiempo del proceso: aproximadamente 4 min.
- Tiempo de impresión de la carta pase (original y 5 copias): 2 min. y 12 seg.

1.3.2 Distribución de las cargas de trabajo durante el día.

Es importante recalcar que los periodos de tiempo que se manejan no son semejantes, ya que éstos representan los lapsos de tiempo más representativos y donde la carga de trabajo varía significativamente.

BARRA DE PROGRAMACIÓN

La carga de trabajo en la Barra es variado; en la tabla 1 se representan los principales periodos de tiempo donde varía la actividad.

APERTURA DE EXPEDIENTES

Las cargas de trabajo de la función de apertura de expedientes son más homogéneas durante el día, con excepción del último período de tiempo, que es el momento en que la persona encargada de abrir los expedientes, se encarga de atender la Barra de Programación cambiando así sus funciones por completo. Las cargas de trabajo se presentan en la tabla 2.

DICTAMEN MÉDICO

Las cargas de trabajo que se presentan en la función de dictamen son homogéneas, presentándose en la tabla 3 la distribución de éstas para un solo médico como muestra.

TABLA 1

Período de tiempo	Actividad	Cantidad
7:20 a 10:00 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Sacar pendientes (asignar folio e imprimir cartas pase, de días pasados). • Cartas entregadas 	<p>variable</p> <p>pocas (2 ó 3)</p>
10:00 a 11:30 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites realizados • Cartas entregadas • Llamadas recibidas • Llamadas hechas • Faxes recibidos • Faxes confirmados 	<p>7</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>-</p> <p>5</p> <p>-</p>
11:30 a 12:30 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites realizados • Cartas entregadas • Cartas impresas • Cartas equivocadas • Cartas que no están • Llamadas recibidas • Llamadas hechas • Faxes recibidos • Faxes confirmados 	<p>7</p> <p>5</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>6</p> <p>1</p> <p>5</p> <p>-</p>
12:30 a 14:30 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites realizados • Cartas entregadas • Cartas impresas • Cartas equivocadas • Cartas no están • Llamadas recibidas • Llamadas hechas • Faxes recibidos • Faxes confirmados 	<p>12</p> <p>11</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>24</p> <p>7</p> <p>6</p> <p>4</p>
14:30 a 17:00 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Trámites realizados • Cartas entregadas • Cartas impresas • Cartas equivocadas • Cartas no están • Llamadas recibidas • Llamadas hechas • Faxes recibidos • Faxes confirmados 	<p>según las personas que atienden, la carga de trabajo y el volumen, son semejantes al período de las 11:30 a las 12:30</p>

TABLA 2

Período de tiempo	Actividad	Cantidad
9:00 a 11:00 hrs.	• Apertura de expedientes	5
	• Reprocesos	5
	• Llamadas recibidas	8
	• Llamadas hechas	6
11:00 a 13:00 hrs.	• Apertura de expedientes	11
	• Reprocesos	-
	• Llamadas recibidas	9
	• Llamadas hechas	7
13:00 a 15:00 hrs.	• Apertura de expedientes	9
	• Reprocesos	1
	• Llamadas recibidas	7
	• Llamadas hechas	5
15:00 a 17:00 hrs.	• Trámites realizados	6
	• Cartas entregadas	4
	• Cartas impresas	1
	• Cartas equivocadas	-
	• Cartas no están	-
	• Llamadas recibidas	5
	• Llamadas hechas	-
	• Faxes recibidos	4
	• Faxes confirmados	-

TABLA 3

Período de tiempo	Actividad	Cantidad
7:20 a 9:30	• Dictaminar	5
	• Tabulación	5
	• Contacto médico	2
	• Llamadas recibidas	7
	• Llamadas hechas	4
9:30 a 11:30	• Dictaminar	6
	• Tabulación	6
	• Contacto médico	2
	• Llamadas recibidas	6
	• Llamadas hechas	4
11:30 a 13:30	• Dictaminar	7
	• Tabulación	7
	• Contacto médico	3
	• Llamadas recibidas	7
	• Llamadas hechas	6
13:30 a 15:00	• Dictaminar	5
	• Tabulación	5
	• Contacto médico	2
	• Llamadas recibidas	7
	• Llamadas hechas	4

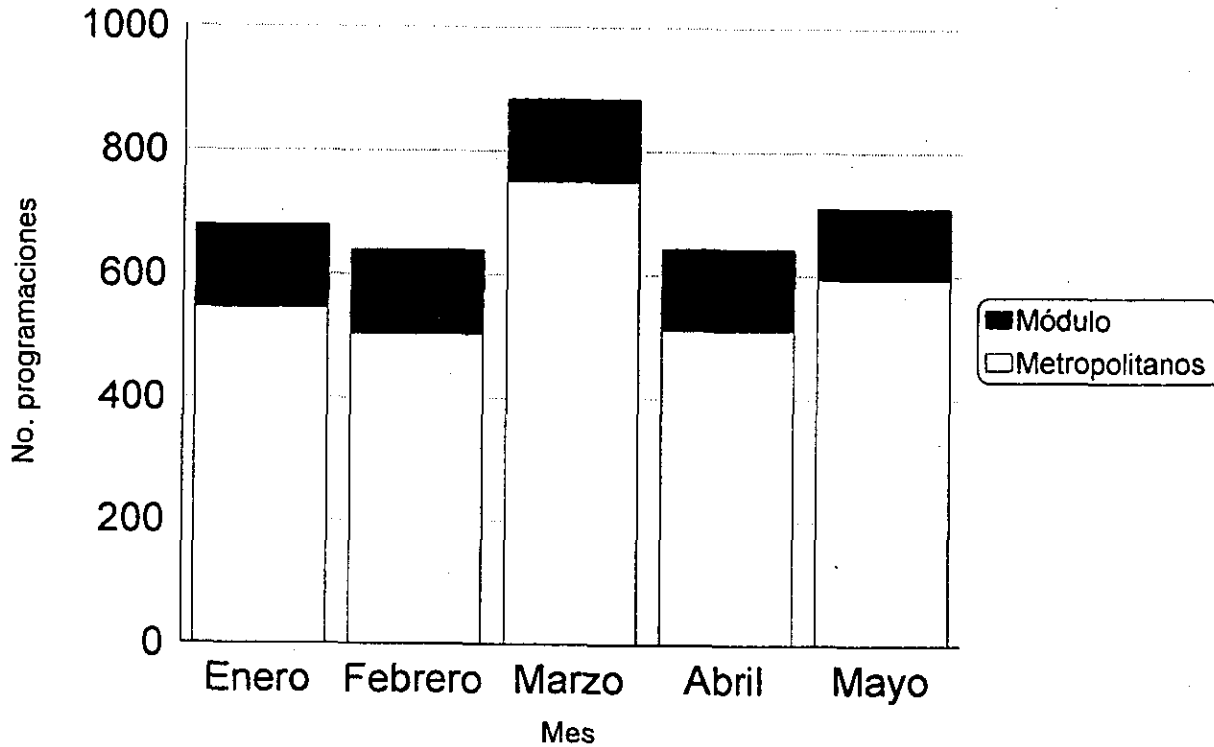
En la fig. 4 se muestra el volumen de cirugías programadas mensuales durante 1996, esto con la finalidad de conocer el nivel de trabajo que tienen cada una de las funciones. Es importante notar que el 90% de las programaciones se realizan en la oficina matriz (en la Barra de Programación) y el 10% en el Módulo del hospital.

Tomando en cuenta las cargas de trabajo y el tiempo promedio que se utiliza en cada una de las actividades, podemos conocer la capacidad de trabajo de cada uno de los actores, es así como en la fig. 5 se presenta la capacidad en tiempo de la Barra de Programación, en la fig. 6 la capacidad de la Apertura de Expedientes, y como ambas funciones se encuentran muy ligadas por el intercambio de funciones, en la fig. 7 se presenta el diagrama de capacidad para la Barra completa, con sus dos funciones. Y finalmente en la fig. 8 se presenta el diagrama del dictamen médico.

Con la finalidad de conocer cuánto tiempo se llevaba realizar el proceso administrativo de las cirugías programadas, se siguieron algunos documentos desde el momento en que se recibió la documentación en la Barra de Programación hasta el momento en que la Carta Respuesta estaba disponible para ser recogida, teniendo como resultado que el proceso completo se tarda 3.75 días, es decir, que la carta se puede entregar en 4 días. En la fig. 9 se presenta un diagrama con el promedio de horas en que los documentos pasaron por las diferentes etapas del proceso.

Fig. 4

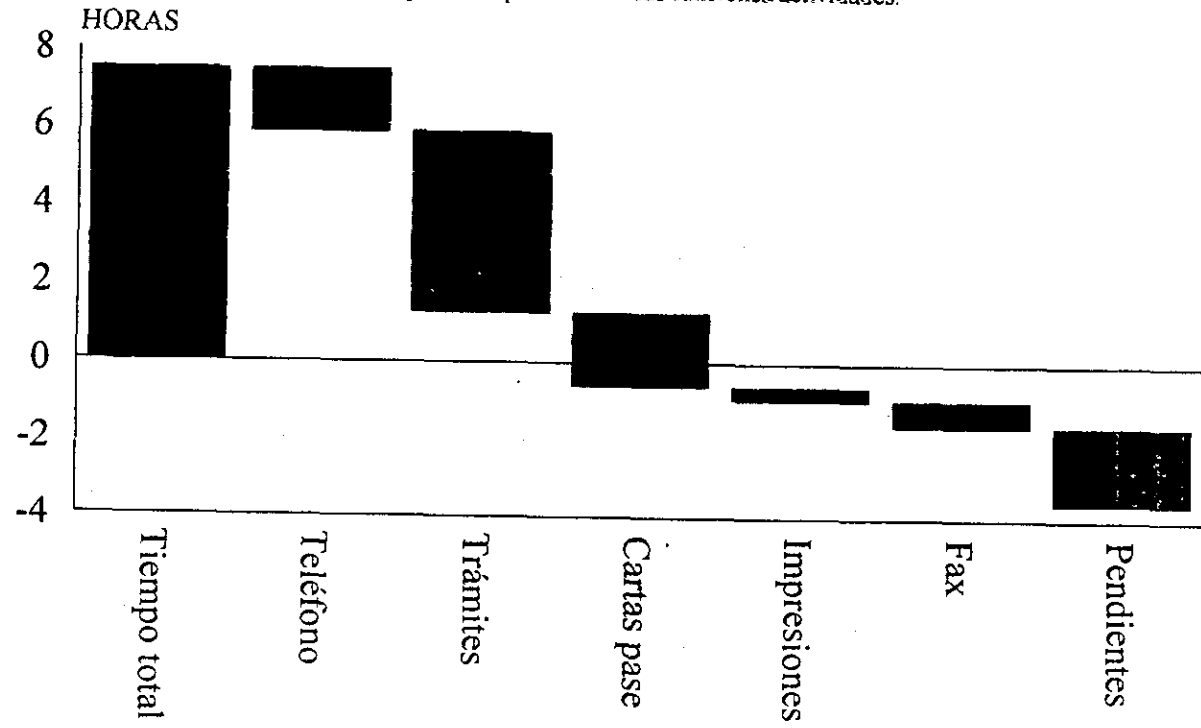
Del total de trámites de *Programación de Cirugías* el 90% son metropolitanas y el 10% son foráneas. Los tramites en módulo representan el 10% del total.



NOTA: El porcentaje de programaciones se obtuvo de la lista proporcionada por el área. (sistema ARME)

FIG. 5

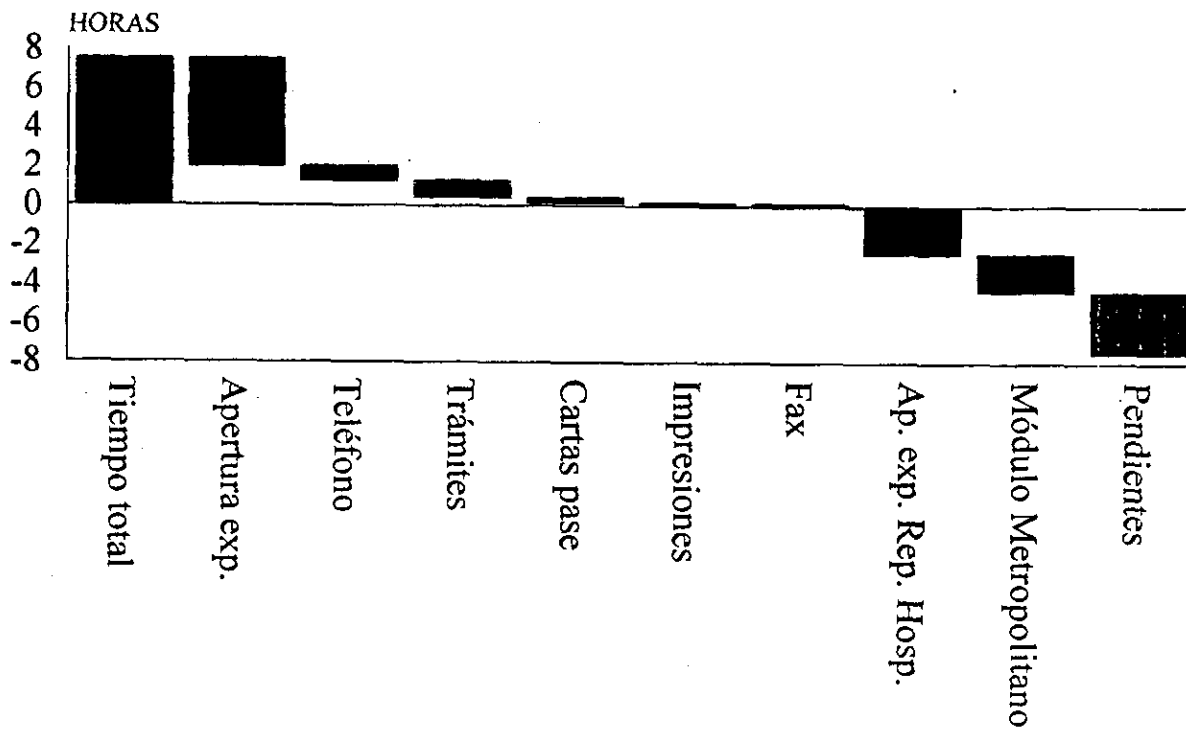
En la Barra de Programación la persona encargada de atender a los clientes, asignar número de folio y entregar las Cartas Pase, denota la falta de 3 horas y media para completar todas sus funciones/actividades.



Fuente: Barra de Programación.
Observaciones directas, análisis Calidad.

FIG. 6

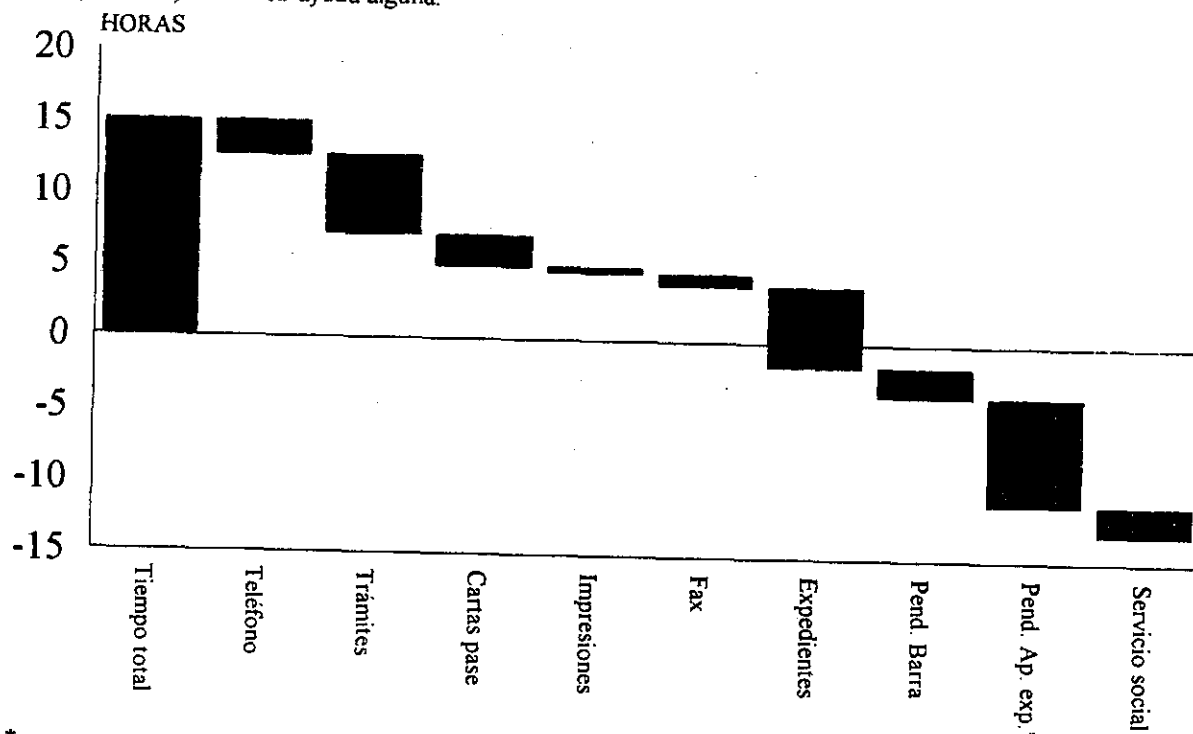
En la Barra de Programación la persona encargada de abrir los expedientes, denota la falta de 7 horas y media para complet todas sus funciones/actividades.



Fuente: Barra de Programación
Observaciones directas, análisis Calidad.

FIG. 7

En la Barra de Programación en general debido a la excesiva carga de trabajo, es notoria la falta de tiempo para realizar las funciones (13 horas) sin recibir ayuda alguna.

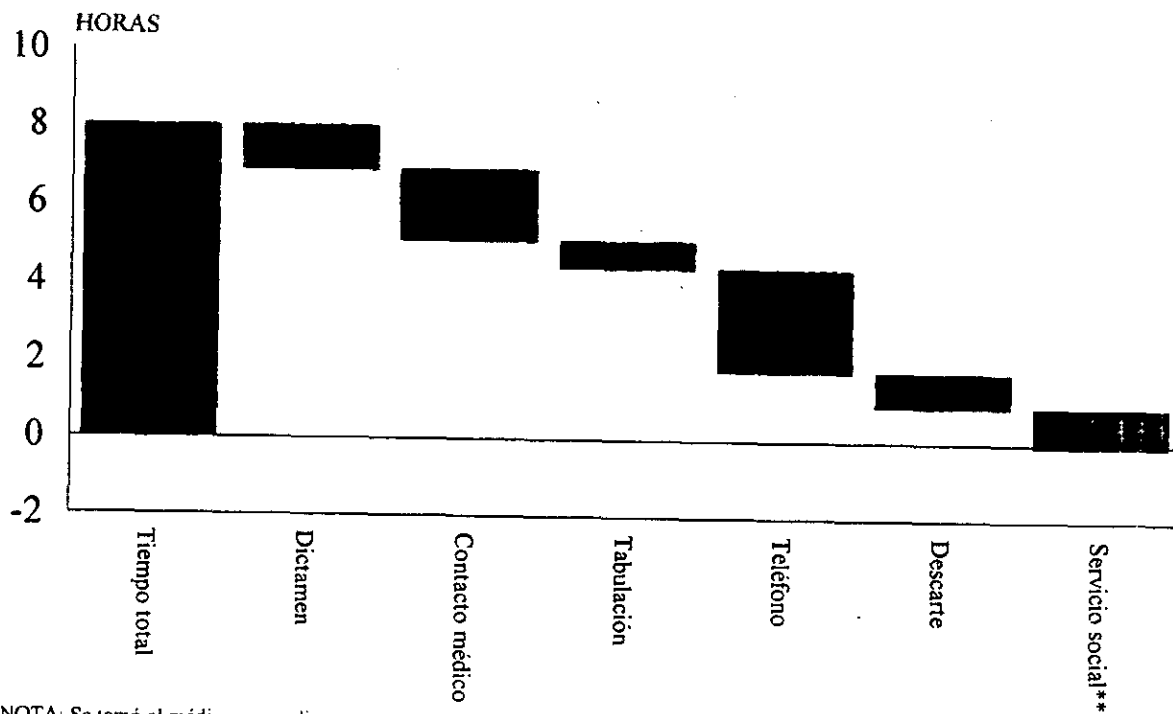


* Los pendientes de Ap. de exp. incluyen la apertura de expedientes de los recursos que lo apoyan y los que faltan por abrir.

Fuente: Barra de Programación.
Observaciones directas, análisis Calidad.

FIG. 8

En el proceso de dictamen a los médicos dictaminadores les faltan 4 min. para concluir sus funciones.



NOTA: Se tomó al médico promedio.

Fuente: Médicos dictaminadores.

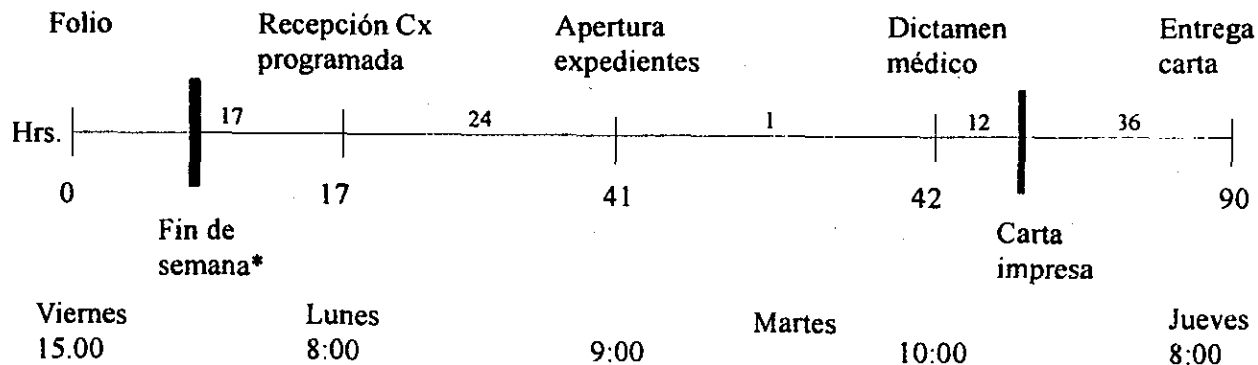
Observaciones directas, análisis Calidad.

** Fuente: Médicos dictaminadores, estimación.

Fig. 9

Durante las mediciones, se rastrearón 8 documentos desde el momento en que ingresaron en la Barra hasta el momento en que se entregó la Carta pase.

El tiempo promedio total del proceso fue de 3.75 días.



Los tiempos que se muestran son promedio del tiempo obtenido por los 8 documentos.

La actividad denominada Recepción Cx programada indica solamente el movimiento que los expedientes hacen físicamente de la Barra a los Médicos dictaminadores, sin implicar con ello algún cambio en éstos.

* En este fin de semana se trabajó en apertura de expedientes.

1.4 Problemas a atacar del proceso.

Servicio

- Se puede observar que existe una sobrecarga de trabajo en la barra.
- El puesto de barra asignado a dar servicio no cumple su función debido principalmente por el servicio telefónico y fax.
- En Barra y en Dictamen se tienen que realizar actividades administrativas (descarte, archivar, etc.). Actividades que son apoyadas por servicio social.
- En Barra el servicio es estacionario, es decir existe un periodo de tiempo "pico" de atención, mientras que en dictamen y apertura de expedientes el volumen es homogéneo.
- Se pudo observar que la principal restricción está en Barra en la parte de Apertura de Expedientes, ya que son más los casos que se reciben que los que se pueden procesar.
- Tanto en la Barra de Programación como en Apertura de Expedientes las personas encargadas tienen que atender varias actividades/casos a la vez (teléfono, computadora, cliente).

Apertura de Expediente.

- La actividad de apertura de expediente se realiza dentro del promedio (el promedio que existe en todos los procesos de Salud es de 15 min. por expediente).
- Existe una restricción en la función de Apertura de Expediente cuya función principal es la introducción de datos de AZUL y SIDA⁵ en ARME (abrir expedientes), atribuida ésta a las actividades adicionales que realiza.
- La función de apertura de expediente se "repite" por los médicos dictaminadores, ya que ellos consultan AZUL pese a que ya está abierto el expediente.
- Debido al notorio cuello de botella en la función de expedientes (atribuida por diversas

⁵ SIDA : Sistema de Daños. Sistema donde se obtiene y busca la cobranza de las pólizas.

actividades), muchas veces los médicos tienen que esperar para dictaminar hasta que el expediente haya sido abierto.

- Para poder procesar todos los casos en Apertura de Expedientes la persona encargada además de trabajar tiempo extra recibe la ayuda de otros recursos (Módulo Hospital Metropolitano y Apertura de Expedientes de Reporte en Hospital).
- La persona encargada de Apertura de Expedientes tiene que cubrir la Barra de Programación de 15:00 a 17:00 hrs. para dar servicio al cliente.
- La persona que se encarga de abrir los expedientes trabaja a presión constante por las llamadas de los clientes y médicos dictaminadores para pedir con anticipación las cartas respuesta.

Dictamen.

- Se considera que la capacidad de dictamen por día es de 48 casos.
- No se realiza contacto debido a la premura; en julio sólo el 44% de los casos hubo contacto (fuente Sistema ARME/esperant).
- El número de médicos se adecua al volumen de casos (sin considerar el nuevo protocolo).
- En Dictamen la razón por la cual existen horarios diferentes es para brindar servicio 12 hrs. al día. De esta manera se logra proporcionar servicio a los clientes por la tarde. Por otra parte no existe el equipo necesario para que trabajen todos los médicos (2 computadoras para 4 médicos).

Carta Respuesta.

- En el 70% de los casos de rechazo no se recogen las cartas respuesta.
- La calidad de la carta presenta desviaciones; no hay un control de calidad de la misma a la salida (firma digitalizada).

- Las seis cartas que se imprimen por caso son utilizadas por:
 - 1.- Asegurado Constancia
 - 2.- Hospital Forma de cobro/ saber si procede
 - 3.- Médicos Cobro de honorarios
 - 4.- Caja de médicos Cobro ayudantía
 - 5.- Archivo Constancia
 - 6.- Centro regional En caso de que ingresen más gastos
- Aunque las cargas de trabajo están mal distribuidas, las cartas salen en 4 días hábiles, debido a tiempos extraordinarios.

General.

- No existe un control exacto de la operación expresado esto por la incongruencia en las mediciones del área y de las obtenidas por el sistema.
- No se controla el flujo natural del proceso, es decir, no se tiene un seguimiento proactivo.
- El sistema ARME/esperant está en posibilidad de proporcionar estadísticas de la operación interna, sin embargo no se explota debido a errores del mismo.

Módulos.

- En las encuestas que se realizaron para conocer las expectativas y necesidades de los clientes (cuyos resultados se presentarán más adelante) se observó que la distribución de las personas que realizan los trámites de las cirugías programadas se distribuyeron de la siguiente manera⁶

⁶ Fuente : encuesta de BSC. diciembre de 1995. resultados expresados en porcentajes, análisis Calidad.

El trámite se realizó en/con :	Respuestas de asegurados	Respuestas de agentes
Oficina matriz	64	98
Agente	14	0
Módulo	10	2
Consultorio	12	0

- Expectativas del asegurado (en dónde desea realizar los trámites)
- El asegurado espera realizar su programación en el lugar que le queda más cerca
- El motivo por el que el asegurado tramita en el módulo es porque el médico se lo informa
- El asegurado no conoce la existencia del trámite de Programación de Cirugías, evidenciado esto en las encuestas, en donde el motivo principal del trámite fue porque el médico y/o el agente le informó
- El número de Programaciones de Cirugías que se han realizado en lo que va del año, es en promedio de 129 mensuales⁷.
- Para estar en posibilidad de poder realizar el trámite de Programación de Cirugías, ya sea en el módulo o en otro sitio es necesario considerar el nuevo procedimiento y con base en ello contar con toda la infraestructura (ARME, dictamen, etc.) con el fin de no triangular la información, lo que ocasiona retrasos. De otro modo es necesario contar con un mecanismo/herramienta de comunicación eficiente y oportuno.

⁷ Fuente : sistema ARME/espcrant. análisis Calidad.

CAPÍTULO 2. Metodología.

Como pudimos observar en el capítulo anterior el proceso actual de Cirugías Programadas tiene muchas áreas de oportunidad para la mejora; es así como se decide desarrollar la propuesta de mejoramiento para este proceso. Para desarrollar este proyecto es necesario seguir una metodología que colabore al buen desarrollo de éste, cabe mencionar que la metodología utilizada es el resultado de la adecuación a las necesidades de la compañía de seguros de las técnicas y métodos de mejora de procesos existentes.

La metodología que se utiliza para la mejora de procesos de esta compañía de seguros es el resultado de los conocimientos y experiencia de los expertos en mejora de la compañía y proveedores externos, y de las metodologías conocidas para mejorar procesos.

Esta metodología está dividida en las siguientes partes :

2.1 Conocimiento del proceso.

El objetivo de esta parte de la metodología es conocer e identificar cada uno de los pasos que se realizan dentro del proceso de servicio y/u operativo, las herramientas que se utilizan y sus principales actividades o funciones.

La utilidad de esta etapa de la metodología es poder ver plasmado en papel el proceso actual; poder identificar a los actores principales del proceso, sus cuellos de botella y los reprocesos existentes, para así establecer hipótesis de los posibles problemas; determinar las mediciones que sirven para comprobar dichas hipótesis y detectar las oportunidades.

La metodología que se sigue para conocer el proceso es :

2.1.1 Diagrama del proceso.

La finalidad de este punto es diagramar el proceso. Para diagramar un proceso es necesario que se cubran los siguientes aspectos :

1. Entrevistas con los responsables del proceso. - Estas entrevistas son necesarias en primer lugar para conocer quiénes son las personas responsables del proceso, y así con los conocimientos que ellos tienen poder darnos una idea muy general del proceso, pudiendo así formar el diagrama de flujo nivel 1. El número de entrevistas puede variar esto debido al tiempo que tardan en comprar la idea de mejora y el número de dudas que existen para construir el diagrama de flujo.

Las entrevistas con los responsables son importantes pues ellos son los que nos van a permitir el contacto con los operarios del proceso, además si los operarios o actores sienten que sus jefes apoyan la idea de mejora y colaboran con ella, éstos se sentirán más seguros y confiados para colaborar y aportar la información y conocimientos que tienen.

2. Entrevistas con operativos del proceso. - Como se mencionó anteriormente es de vital importancia la colaboración de los actores pues son ellos los que más pueden aportar al proyecto de mejora. ya que ellos tienen la información y el "conocimiento profundo" del proceso. El "conocimiento profundo" es toda aquella información que se tiene y que permite conocer algo en esta ocasión un proceso, de manera más real, ya que se puede tener un conocimiento del proceso como se debería de desarrollar (teoría, diagramas de flujo propuestos) y en realidad se hacen las cosas de manera diferente. El objetivo de las entrevistas es conocer con mayor detalle y profundidad el proceso. Con ayuda del diagrama de flujo nivel 1 y el detalle proporcionado por los actores, podremos corregir el conocimiento que tenemos del proceso y detallarlo más, obteniendo finalmente los diagramas de flujo nivel 2 y 3.

3. Medidores o resultado de reportes actuales.- Una vez que se conoce el proceso de manera detallada es importante saber de qué manera se controla; qué tipo de medidores se tienen y cómo se miden. En este punto es fundamental conocer el por qué, para qué y el cómo se obtienen los reportes pues nos proporcionan las condiciones en que se encuentra el proceso.
4. Mediciones.- Como se mencionó en el punto pasado, no sólo es importante conocer cómo es el proceso; qué actividades se realizan y cómo se hacen; también es importante saber cuáles son las cargas de trabajo; tiempos de realización de cada actividad y volúmenes de trabajo. Y así tener el panorama completo. Estas mediciones están basadas en el análisis del proceso (diagramas), en la identificación de los puntos de control, para poder así generar gráficas e identificar qué otras mediciones se tienen que realizar.

Como se mencionó en el capítulo 1 las mediciones que se realizan en ocasiones no representan una muestra estadística, esto debido a varios factores :

- 1) Solamente se busca tener una cierta tendencia en los datos. *Tendencia es la disposición de un conjunto de datos para agruparse alrededor de ciertos datos.*⁸
 - 2) Del tiempo y de los recursos disponibles para realizar las mediciones.
5. Identificar problemas administrativos y de servicio.- Este punto es para identificar los reprocesos existentes y sus causas. Este punto es un complemento de los anteriores, pues se busca encontrar los casos que se consideran especiales, es decir aquellos que no son parte del proceso cotidiano, pero que alguna(s) ocasión(es) se han presentado y se tuvieron que resolver de alguna manera.

⁸ Kennedy, John : Neville, Adam : Estadística para Ciencias e Ingeniería.

2.1.2 Herramientas y/o sistemas de apoyo.

Este aspecto de la metodología busca principalmente identificar cuáles son los sistemas que se utilizan para realizar de manera más óptima y ágil las actividades, detectando cuáles son sus fuerzas y debilidades y cuáles son los datos e información que se necesitan en las actividades. El resultado de este análisis se representa principalmente en el diagrama de flujo de información entre las principales estaciones de trabajo, como se pudo observar en el capítulo 1.

2.1.3 Identificar y definir las medidas de desempeño de Calidad.

Para poder evaluar cuál es el desempeño del proceso es necesario poder cuantificar los resultados, para esto se definen las medidas de desempeño de calidad o QPM's (*Quality Performance Measures*).

El establecer estas medidas del desempeño es con la finalidad de medir la operación y así obtener información acerca de las necesidades o expectativas del cliente y al seguimiento de los compromisos adquiridos, tomando decisiones orientadas a la satisfacción del cliente. Además de que permiten encontrar las principales fallas del proceso y como consecuencia las áreas de oportunidad

Así mismo hay que determinar sus unidades de medición. Estas medidas de desempeño nos permitirán comparar los resultados de las mejoras y ver los beneficios logrados o en su caso las cosas que no se deben hacer pues perjudican al proceso.

El tiempo destinado para el conocimiento es variable, dependiendo del número de mediciones a realizar, el método para realizarlas y el número de recursos con los que se cuenta.

Esta metodología para conocer el proceso nos ayuda a detectar puntos de control, a comprobar hipótesis con las mediciones. Nos permite resolver dudas y así poder conocer detalladamente las

funciones que intervienen en el proceso. Por la manera en que se desarrolla se pueden identificar las áreas de oportunidad, la relación entre los actores del proceso y así detectar actividades prioritarias.

Aunque esta metodología ofrece muchas ventajas, también tiene algunas desventajas tales como la carencia de software que facilite el diseño y desarrollo de diagramas de flujo dentro de la compañía; las mediciones son costosas ya que si se requiere hacer una buena medición es necesario disponer de varios recursos. Y finalmente como en cualquier medición de observación directa, al momento de ir a observar el proceso las personas involucradas puede que no realicen su trabajo como normalmente lo hacen y por lo tanto no se estaría reflejando la realidad.

2.2 Conocimiento del cliente.

El objetivo de esta sección es identificar el nivel actual de satisfacción de los clientes y compararlo con las expectativas de los mismos. El cliente es aquella persona que hace uso de los productos o servicios que producimos. En esta compañía aseguradora los clientes son los asegurados, los accionistas, los colaboradores (agentes y empleados) y la industria aseguradora. En el caso particular del proceso de Cirugías Programadas se considerarán principalmente a los asegurados y colaboradores, ya que al crear un proceso más rentable se busca satisfacer a los accionistas y al mercado asegurador.

Esta parte de la metodología va a servir para tener un conocimiento profundo de los clientes (sus expectativas), identificar las áreas de oportunidad al inicio del proyecto y con ello evaluar el resultado final. Nos permite adquirir la confiabilidad para la toma de decisiones orientadas al cliente; se logra el acercamiento con los clientes mejorando el servicio a través de la comunicación. Es una forma de evaluar a la empresa para definir la situación en la que se encuentra en cuanto a los servicios prestados y la percepción de los clientes.

La aplicación es para poder elaborar un diagnóstico enfocado a las expectativas, satisfacción y quejas del cliente

Para conocer al cliente es necesario seguir la siguiente metodología.

2.2.1 Conocer las expectativas.

Para conocer cuales son las expectativas de los clientes es necesario :

1. Definir la guía de expectativas - La guía de expectativas es de vital importancia pues nos ayuda a definir los temas o puntos que queremos tratar con el cliente, para esto hay que considerar cuáles son los puntos de contacto del cliente con el proceso y de estos puntos seleccionar aquellos que puedan ser cuestionables y los puntos de interés del área cliente.

Una vez que se conocen los puntos a tratar hay que redactar las guías. En este punto se tiene que decidir qué tipo de guía se quiere, si de preguntas abiertas o cerradas. Una guía de preguntas cerradas es aquella en donde no se permite que la persona encuestada ahonde con sus comentarios la respuesta dada. En la guía de preguntas abiertas, el encuestado tiene esta libertad y posibilidad. En este caso se decidió que fuera una guía de preguntas abiertas, como se mostrará posteriormente, por considerarse que al ser expectativas se le debe dar oportunidad a los clientes de expresar todas sus ideas y necesidades.

2. Recopilación de las expectativas.- Para recopilar las expectativas hay que seleccionar cuál será el método de recopilación (entrevistas personales, telefónicas, grupos de enfoque, etc.). Para este proyecto de mejora se consideraron entrevistas personales por considerarse que daban mayor presencia de la compañía, además de aprovechar que algunos clientes van a las oficinas o módulos para programar sus cirugías.

Existen diversos métodos de recopilación que son :

- Entrevistas personales.
- Entrevistas telefónicas.
- Encuestas.

Estos métodos se detallarán posteriormente.

Un punto que se debe de tomar en cuenta es que la base de las encuestas sea una muestra confiable o hasta que la información sea consistente y muestre una tendencia y se deben de indicar uno o dos factores prioritarios en orden de importancia para los asegurados. Una muestra confiable, es aquella muestra en la que el nivel de confianza es aceptable para poder tener precisión en la información recabada.⁹

2. Quantificar los resultados y prioridades de expectativas.- La finalidad de este punto es poder definir cómo ve el cliente el proceso y el servicio, esto tomando como base los resultados cuánticos de las entrevistas, así como poder conocer cuáles son las áreas en las que al realizar una mejora pueden tener más impacto en los clientes, tratando de alcanzar sus expectativas y si es posible sobrepasarlas.

2.2.2 Análisis del nivel de satisfacción.

El nivel de satisfacción es importante pues nos muestra en qué puntos podemos mejorar y así dar un mejor servicio, estos puntos de mejora no significa que estén funcionando mal, pero el resultado puede o no dejar satisfechos a los clientes. Para conocer el nivel de satisfacción de los clientes hay que realizar las siguientes actividades :

⁹ Yamane, Taro : Estadística :

1. Encuestas de satisfacción.- Estas encuestas son realizadas por despachos externos especializados en hacer estudios de mercado. Las encuestas de satisfacción son realizadas cada 6 meses y así monitorear constantemente la opinión de nuestros clientes. En casos especiales como proyectos de mejora, estas encuestas se pueden realizar de manera independiente a las anteriores

Estas encuestas de satisfacción tocan todos los temas relacionados con el cliente, pero para orientar esta satisfacción se analizan principalmente las preguntas relacionadas con las expectativas que resultan más importantes. Se analizan las tendencias con base en los resultados y en el caso de que no concuerden las expectativas con la guía de satisfacción, se tiene que definir nuevamente la guía de satisfacción y aplicar las encuestas de nuevo.

2. Análisis de quejas - Este punto es de vital importancia para la compañía, ya que las quejas representan los puntos en donde existen grandes áreas de oportunidad, al igual que las expectativas, es por eso que hay que identificar las principales quejas, clasificarlas y relacionarlas con las expectativas, buscando con esto detectar aquellos puntos del proceso que representan un foco rojo, es decir, puntos que son de vital importancia para el cliente y en ellos es donde hay mayor cantidad de quejas.

El tiempo destinado al conocimiento del cliente es variable y depende de los siguientes factores :

1. Tamaño de la muestra.
2. Número de personas realizando las entrevistas.
3. Tipo de entrevistas.

Así mismo el tiempo para el análisis, clasificación y elaboración de propuestas respecto a las expectativas, de las quejas y encuestas de satisfacción es variable, dependiendo de la cantidad y disponibilidad de los reportes.

Una desventaja que existe para conocer a los clientes con esta metodología es que los clientes por falta de tiempo, de disponibilidad y otros factores, no contestan las encuestas. Además este método de las encuestas es costoso, ya que una encuesta con un despacho externo cuesta aproximadamente \$66.00 y es difícil tratar que las personas otorguen un poco de tiempo para contestar la encuesta, si se hacen personales, o localizarlas si se hacen telefónicas.

Algunas ventajas de esta metodología son : que es un mecanismo de comunicación con el cliente, con base en eso podemos mejorar el servicio. Es un método flexible que ayuda a la toma de decisiones enfocadas hacia el cliente, colaborando a que la empresa sea más competitiva detectando las áreas de oportunidad señaladas por el cliente mismo.

Algo que se debe anotar es que el procedimiento de recopilación de información se debe realizar periódicamente pues las expectativas de los clientes son cambiantes. Las encuestas y entrevistas, aspectos fundamentales de la metodología, deben hacerse y aplicarse correctamente para garantizar la confiabilidad de los resultados; es por eso que si no se tienen los conocimientos necesarios hay que contactar algún despacho externo.

2.3 Conocimiento de la competencia.

Para cualquier empresa es necesario conocer a su competencia, la forma en que trabajan, servicios que ofrecen y demás. Es por eso que el objetivo de esta parte es establecer una metodología que garantice el conocimiento de mejores prácticas, desarrolle planes a corto y largo plazo, conozca las tendencias del mercado y fije objetivos de desempeño en relación con las prácticas más modernas.

Este es un proceso que nos ayuda para aprender de otros. Es una herramienta viable que proporciona información útil para mejorar prácticamente cualquier actividad de negocios. Nos permite encontrar e implementar las mejores prácticas, permitiendo una mejor orientación de los cambios.

El "Benchmarking" es el proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas con el propósito de realizar mejoras organizacionales.¹⁰

En otras palabras el "benchmarking" es una herramienta que permite encontrar y obtener información de una manera sistemática de otras organizaciones que son reconocidas y renombradas en el medio por la eficiencia y rentabilidad de sus procesos, productos y servicios.

Las principales cosas que se pueden someter a "benchmarking" son :

- Productos y servicios : productos terminados, características del producto y el servicio.
- Proceso de trabajo : forma en la que un producto o servicio se produce o recibe apoyo.
- Funciones de apoyo : trabajo indirecto, no asociado directamente al giro del negocio (finanzas, recursos humanos, contabilidad).
- Desempeño organizacional : resultados de indicadores de medición.

2.3.1 Metodología del Benchmarking.

La metodología para realizar un "benchmarking" es :

1. Determinar a qué se le va a hacer "benchmarking". - En este punto de la metodología se tiene que identificar al cliente, esto es, identificar a las personas que solicitan la información y quienes la usarán. El saber quién es el cliente es importante porque él es quien determina las necesidades específicas de información, basadas en sus necesidades, además el cliente es el que establece el límite de tiempo para concluir la investigación de "benchmarking", no sólo las fechas de terminación, sino también las fechas claves de entrega o los controles provisionales del proyecto, además de definir el nivel de flexibilidad. Un tercer punto para determinar quién

¹⁰ Spendolini, Michael. *Benchmarking*

es el cliente es para saber quién proporcionará los fondos o el apoyo para la actividad del "benchmarking".

Como se mencionó anteriormente el cliente debe especificar y delimitar el tema que se va a comparar. Este debe realizarse antes de iniciar el proceso con la finalidad de evitar esfuerzos perdidos y recopilar información inútil. La clave de este punto es ser lo más específico que se pueda. Los beneficios de este punto se mostrarán al momento de realizar la planeación del "benchmarking".

Con los conocimientos obtenidos se puede elaborar un diagnóstico; en éste se resumen y plantean todas las necesidades del cliente. Esta actividad debe ser la guía para la primer etapa del desarrollo del "benchmarking".

Dentro del diagnóstico se deben detallar :

- 1) Clientes para información de "benchmarking" : alta administración (gerente designado), equipo de "benchmarking", colaboradores.
- 2) Tipo de "benchmarking" a realizar : interno, competitivo, funcional (genérico).
- 3) Tipo de información : productos/servicios, procesos de trabajo, funciones de apoyo, desempeño organizacional, estrategia.
- 4) Usos de la información : planificación estratégica, pronósticos, nuevas ideas, comparaciones, fijación de metas.
- 5) Cantidad de información.
- 6) Calidad de la información : nivel de validación/confiabilidad.
- 7) Expectativas de informes : formato, frecuencia, mantenimiento.
- 8) Alcances del "benchmarking" : único, periódico, continuo.

Y finalmente hacer la planeación del proceso en el tiempo determinado por el cliente.

2. Identificar a los socios del "benchmarking" - El socio de "benchmarking" es cualquier persona u organización que proporciona información relacionada con la investigación de "benchmarking". Para seleccionar quiénes serán nuestros socios del "benchmarking", es necesario saber primero qué tipo de "benchmarking" se va a realizar. Existen 3 tipos de "benchmarking"

- a) **Interno** : en este tipo de "benchmarking" se busca tener información de cómo se realizan las cosas dentro de la misma compañía pero en diferentes departamentos. El objetivo es identificar los estándares de desarrollo interno de una organización. Este tipo de "benchmarking" tiene la ventaja de la facilidad de recopilar datos y producen buenos resultados en compañías que están diversificadas. Y como desventajas el que puede ser un enfoque limitado y si existen barreras entre departamentos, generar prejuicios internos.
- b) **Competitivos** : el objetivo es tratar de identificar información específica acerca de los productos, procesos y resultados de sus competidores directos. Aquí es importante notar que las prácticas de la competencia puede que no sean las mejores prácticas, pero estas son las que afectan mas directamente en el mercado y en el desempeño de la compañía. Algunas ventajas de este tipo de "benchmarking" es que la información que se obtiene es concerniente a los resultados del negocio, las prácticas o tecnologías son comparables, se puede intercambiar información con la competencia. Y algunas desventajas son la dificultad para la recopilación de datos, los problemas de ética para obtener información veraz o de respeto a los acuerdos de intercambio de información y las actitudes antagónicas para confiar en los resultados obtenidos.
- c) **Funcional** : el objetivo es identificar las mejores prácticas de cualquier tipo de organización que se haya ganado el reconocimiento en el área en que se esté realizando el "benchmarking". En éste no importa el giro de la empresa o si es competidora o no. En este tipo se tiene un alto potencial para descubrir prácticas innovadoras, tecnologías o prácticas fácilmente transferibles, se pueden desarrollar redes profesionales de información, tener

acceso a bases de datos pertinentes y alcanzar resultados estimulantes. Aunque también puede haber dificultad para transferir prácticas a un medio diferente o que exista información que no se pueda transferir y consume mucho tiempo el desarrollarlo.

En este punto se tiene que investigar y analizar a los posibles socios considerando el tipo de "benchmarking" en todas las fuentes confiables de información. Para encontrar a los socios se tiene que realizar una investigación básica de las fuentes de información, y se comparan las notas de las organizaciones identificadas, a medida que van emergiendo las compañías. Las fuentes en donde podemos buscar a los socios son muy variadas y hay que tomar en cuenta que mientras más fuentes se consulten y mayor sea la concordancia entre ellas, mayor será la probabilidad de que las compañías identificadas tengan los mejores desempeños en los puntos que se están investigando.

Las fuentes más confiables para conocer a los socios del "benchmarking" son :

- a) Menciones y premios especiales.
- b) Atención de los medios de comunicación.
- c) Asociaciones profesionales.
- d) Informes independientes e información.
- e) Comentarios profesionales.
- f) Asesores especializados.
- g) Fuentes gubernamentales.

Una vez realizada la investigación se desarrolla una matriz incluyendo todas las empresas obtenidas; se hace un análisis de dicha matriz y finalmente se seleccionan las empresas mencionadas con mayor frecuencia.

3. Recopilación y análisis de la información.- Antes de recopilar la información es necesario elaborar un diagnóstico interno, es decir, conocer y entender los procesos, productos y servicios propios antes de tratar de entender y conocer los de otra organización, esto para poder darnos cuenta del alcance de nuestras oportunidades de mejora, para evitar pasar por alto algunas oportunidades internas de "benchmarking" y para poder responder de manera certera a cualquier cuestionamiento sobre nuestro proceso.

Una vez realizado este diagnóstico, es necesario seleccionar el método de recopilación; existen algunos métodos, éstos son :

- 1) Entrevistas telefónicas : este tipo de entrevistas son fáciles de planificar y realizar; permiten contactar a un gran número de recursos, se pueden realizar en cualquier momento y son baratas relativamente. Aunque tienen desventajas como consumir mucho tiempo siendo esto menos probable que la gente esté dispuesta a gastarlo, puede haber interrupciones y es difícil que devuelvan las llamadas.¹¹
- 2) Encuestas : permiten recopilar información de un universo extenso; son fáciles de estructurar, con facilidad se puede transferir la información para el análisis y son relativamente baratas. Las encuestas también son impersonales; se tiene una baja tasa de respuesta, no permiten hacer preguntas de seguimiento; es cuestionable la validez de alguna información; se tiene poca posibilidad de respuestas detalladas y deben ser muy breves.¹²
- 3) Entrevistas personales : este método de recopilación permite establecer relaciones personales y profesionales, y es probable que produzcan una buena cantidad de información, éstas permiten una mayor dedicación de los recursos para la recopilación. Pero también son costosas, consumen una gran cantidad de tiempo y se pueden presentar dificultades para la

¹¹ *idem*

¹² *idem*.

programación de las citas para las entrevistas.¹³

- 4) Publicaciones/ medios de comunicación : son de fácil acceso y recopilación; existe una gran variedad de recursos para recopilar la información. Con este tipo de método se cuenta con la asistencia de la fuente de datos ya que son de acceso público. Es un método de recopilación poco costoso y se puede obtener gran cantidad de información producida por muchos tipos de industrias. Hay muchas referencias obscuras por lo que se tiene necesidad de validar las fuentes y las estadísticas. Podrá consumir mucho tiempo y es necesario traducir el material extranjero.¹⁴
- 5) Investigación en archivos : en este método la recopilación es fácil y relativamente costosa. Como desventaja los datos pueden estar deficientemente organizados o faltar algunos de ellos; se podría gastar mucho tiempo y con frecuencia es limitado al análisis interno.¹⁵

Una vez seleccionado el método de recopilación es necesario desarrollar el protocolo de "benchmarking", esto es, tomar algunas consideraciones para el momento de recopilar la información. Algunas de estas recomendaciones son :

- Planificar de manera realista, es decir, calcular con precisión el tiempo de recopilación.
- Preparar un resumen del proyecto incluyendo un bosquejo de las necesidades de información, las razones para conseguirla, una descripción general del proyecto, algunos de los socios del "benchmarking" y una descripción específica de la información requerida.
- Tratar de entrar con una persona de alto nivel jerárquico en la empresa socio, para que ésa proporcione la entrada y los conduzca a las personas que tiene la información requerida.
- Apegarse al bosquejo diseñado y así evitar las molestias de los socios por buscar información no planeada.

13 idem.

14 idem.

15 idem.

- Los recursos que participen en las visitas deben estar entre 1 y 2, pues entre ambas personas pueden recolectar todos los comentarios e información informal. Además como se busca recolectar la información en el ambiente natural de trabajo, el tener más recursos implicará que ésta se realizará en otro lugar como una sala de juntas.

Finalmente hay que recolectar la información analizarla y clasificarla de acuerdo al socio y tratando de armar una matriz.

El utilizar el "benchmarking" como una herramienta para conocer a la competencia nos permite obtener información concerniente a los resultados del negocio, conocer prácticas o tecnologías comparables, ayuda con gran posibilidad descubrir prácticas innovadoras, y para obtener resultados estimulantes. Aunque también tiene dificultades como la de localizar a las personas indicadas en la competencia para el estudio, para encontrar al mejor competidor y la posibilidad de que la competencia no proporcione la información necesaria y requerida o esta no sea veraz.

CAPÍTULO 3. Implementación de la metodología.

3.1 Expectativas y necesidades de los clientes.

Es importante saber cuáles son las expectativas de los clientes, así como su nivel de satisfacción ya que esto nos va a indicar hacia donde debemos orientar nuestro proceso y qué características debe tener para que los asegurados no sólo estén satisfechos con el servicio que se les brinda, sino que a la vez reciban un valor agregado que los convierta en clientes leales al proceso (cirugías programadas).

Los clientes son los agentes (fuerza productora) y los asegurados que programan su cirugía ya sea en el módulo del hospital o en la barra de programación de la casa matriz.

No es lo mismo el nivel de satisfacción que las expectativas de los clientes. El primero nos indica qué tan satisfechos están con el proceso actual y las expectativas nos proporcionan las características que dan al proceso un valor agregado que ayudarán a tener clientes leales. Es por eso que el nivel de satisfacción de los clientes se obtuvo a través de las encuestas de satisfacción realizadas por un despacho externo y el análisis de las quejas recibidas. Las expectativas se conocieron por medio de entrevistas que se realizaron a agentes y asegurados en el momento de realizar los trámites.

3.1.1 Expectativas de los clientes.

Para garantizar el conocimiento profundo del cliente, sobre el trámite de Cirugías Programadas, se realizó un trabajo de campo con Asegurados y Fuerza Productora (agentes) para los trámites realizados en la barra correspondiente del edificio CERA de la Oficina Matriz de la compañía, así como su estancia en el Hospital Angeles, el cual tiene convenio con la compañía. En total se realizaron 46 entrevistas (26 asegurados y 20 agentes).

Durante las entrevistas no se utilizó una guía estructurada de preguntas, sino una guía de temas a través de la cual se pudieran identificar las principales expectativas en cuanto al servicio. Estos temas fueron:

- Expectativas del servicio telefónico (CISM).
- Expectativas durante la entrega de documentación.
- Expectativas de la carta pase.
- Expectativas en la admisión al hospital.
- Expectativas durante la estadia en el hospital.
- Expectativas al egreso del hospital.

La guía de entrevista se muestra en el anexo 2.

Es importante aclarar que el total de las entrevistas realizadas no constituye una muestra estadística, pero refleja consistencia y tendencia en los resultados obtenidos, por lo que sustentar decisiones con base en las mismas es confiable.

A continuación se presentan los resultados cuánticos obtenidos de las entrevistas, es decir, la tabulación de las entrevistas y los resultados agrupados en los temas mencionados anteriormente; en primera instancia se señalan las principales expectativas comentadas por los entrevistados (aquellas con mayor frecuencia) y al final se incluye un cuadro de conclusiones generales.

3.1.1.1 Tabulación de las entrevistas.

La tabulación está conformada por 4 columnas; en la primera se encuentran las preguntas de las entrevistas y las respuestas que los clientes dieron; en la segunda se contabilizaron las respuestas dadas por los asegurados; en la tercera las respuestas que dieron los agentes de la fuerza productora y en la cuarta el global de las dos columnas anteriores. Las respuestas de cada

pregunta se encuentran ordenadas de mayor a menor según la frecuencia en que fueron mencionadas. En el anexo 3 se presenta la tabulación de las entrevistas.

3.1.1.2 Resultados agrupados de las entrevistas.

Los resultados como se mencionó anteriormente se agruparon con respecto a los temas generales de la guía de expectativas, mencionándose los principales resultados de las entrevistas en primera instancia para posteriormente hacer las conclusiones generales de las expectativas de los clientes respecto al proceso de cirugías programadas.

Los resultados son los siguientes:

Tema I Expectativas del servicio telefónico (CISM)

a) Expectativas de la llamada al sistema telefónico.

- Que el trato sea amable y cordial por parte de las personas que atienden.
- Que contesten al 1er. ó 2do. timbrados del teléfono y la espera sea máximo de 2 minutos.
- El servicio que actualmente se brinda es adecuado.
- Se proporcione la información completa acerca del tema que se está consultando.

b) Expectativas de otros servicios proporcionados por el CISM.

- Los servicios que actualmente se dan son los adecuados.

Tema II Expectativas durante la entrega de documentación

a) Expectativas sobre la solicitud de información del trámite.

- Se proporcione un folleto donde se explique detalladamente todo el proceso de Cirugías Programadas desde la solicitud de información hasta la salida del hospital.

b) Expectativas de los medios para el aviso de Cirugías Programadas.

- Se pueda hacer el aviso por medio de fax.
- Se pueda avisar por teléfono.
- Se pueda dar aviso en la oficina de servicio correspondiente.

Tema III Expectativas de la entrega de la carta pase

a) Entrega de la carta pase.

- El agente venga a recogerla a la barra de programación.
- Que se entregue la carta en el hospital.
- Que se envíe por fax la carta al hospital.
- Que la carta pase esté disponible en la fecha promesa (a tiempo).
- Que se pueda recoger en la barra de programación.

b) Número de días para entregar la carta pase.

- Se entregue la carta pase en 3 días hábiles.
- Se pueda recoger la carta o enviar la carta en 5 días hábiles.

c) Información que contiene la carta pase.

- La información que actualmente contiene la carta es la adecuada y necesaria.
- Que se incluyan en la carta algunos teléfonos para hacer aclaraciones.
- Que se expliquen los conceptos en la parte de atrás de la carta.

d) Presentación de la carta pase.

- La presentación actual es adecuada.
- Que la carta sea más vistosa.
- Que sea fácil de leer y con letra más legible.

Tema IV Expectativas en la admisión en el hospital

a) Admisión en el hospital.

- No burocratización, atiendan rápidamente (5 a 20 minutos).
- Que el trato sea amable (que los traten como personas).
- Que no haya problemas con la entrega de la carta pase.

b) Apoyo de la aseguradora en la admisión.

- Que haya un asesor siempre (representante de la aseguradora).

Tema V Expectativas durante la estadia

a) Qué espera del servicio en su estadia.

- El servicio que actualmente se proporciona es adecuado.
- Que el médico les explique qué es lo que cubre el seguro.
- Que la aseguradora se encuentre al pendiente de todo.

b) Contacto de la compañía aseguradora durante la estadia.

- Visita de un médico de la aseguradora.
- Llamada por teléfono preguntando si todo está bien.
- Visita del agente.
- Visita de un representante de la aseguradora que no sea el médico, ni el agente.

Tema VI Expectativas al egreso del hospital

a) Apoyo de la compañía aseguradora al egreso.

- Que la aseguradora arregle el pago (que no se moleste al cliente).
- Que el agente apoye en el trámite.

- Que atiendan inmediatamente (10 a 20 minutos).

3.1.1.3 Encuestas telefónicas.

Como se mencionó anteriormente los clientes pueden programar su cirugía en la oficina matriz y en el módulo en el hospital de la aseguradora, es por eso que se realizó también una pequeña encuesta telefónica a los clientes que programan su cirugía en el módulo, para conocer cuales son los motivos que tienen para hacerlo en ese lugar.

La encuesta telefónica se realizó a nueve personas (escogidas aleatoriamente) que programaron su cirugía en el módulo del hospital, para conocer el por qué programaron su cirugía y por qué en el módulo. Estas personas hicieron el trámite de mayo a julio del presente año.

Los resultados de las encuestas telefónicas se presentan en la tabla 4.

TABLA 4

PREGUNTA	RESPUESTA	FREC.
¿Por qué realizó el trámite de Cirugía Programada en el módulo?	Mí Dr. me dijo que podía tramitarlo en el hospital.	4
	No lo sé, yo no hice el trámite.	4
	Se me hace más fácil.	1
¿Por qué programó?	El Dr. Me informó.	3
	Porque mi agente me informó.	2
	En la Universidad me dieron folletos.	1
	Me informaron en el CISM.	1
¿En dónde prefiere realizar su trámite?	Lo que esté más cercano.	5
	En donde sea más rápido.	1
	En el módulo.	1
¿Cuántos días considera oportunos para la entrega de la carta?	5 si no es urgente.	3
	3 días.	2
	En el mismo momento.	1
¿Desea algún servicio extra además de los prestados?	No, todo está bien.	4
	No se me ocurre nada.	2
	Solamente que paguen.	1

3.1.1.4 Conclusiones de las expectativas.

Durante las entrevistas surgieron algunos comentarios sobre el servicio de Cirugías Programadas, en donde principalmente los entrevistados pedían que los trámites se pudieran realizar en otras oficinas tales como los Centros Regionales y las Oficinas de Servicio.

Los asegurados entrevistados esperan también que su agente de seguro les apoye principalmente brindándoles asesoría e información completa y actual, y les ayude al momento de realizar los trámites.

En general los entrevistados manifestaron estar satisfechos con el actual proceso de Cirugías Programadas.

Al analizar las principales expectativas de cada tema, se puede concluir que lo que los Asegurados y la Fuerza Productora esperan del proceso de Programación de Cirugías es:

- El CISM sea un servicio que atienda con rapidez (contesten a la llamada al 1er. ó 2do. tono) y sea capaz de proporcionar cualquier tipo de información, que sea completa y veraz (que todas las personas que atienden proporcionen la misma información).
- Se les proporcione un folleto o carta explicando detalladamente, en forma clara y sencilla (con terminología común) todos los pasos que tienen que seguir.
- Que la Programación de Cirugías se pueda realizar por medio de fax o por teléfono, y que se puedan hacer los trámites en las Oficinas de Servicio y en los Centros Regionales.
- La información de la carta pase es la necesaria, tiene buena presentación, y debe ser entregada el día de la fecha promesa (el periodo de entrega que sea de 3 a 5 días hábiles). Se entregue en el hospital, se envíe por fax o que el agente la recoja.
- El proceso de admisión y de egreso del hospital sean rápidos, es decir, que atiendan inmediatamente (tiempo que se tarde 5 a 20 min.), que el trato sea amable y la aseguradora

apoye en todos los trámites (si es posible que la aseguradora los haga).

- En la estadia, el médico o el agente visite al asegurado para ver si todo está bien, o cuando menos le haga una llamada telefónica.
- La mayoría de la gente programa porque su doctor la orienta al respecto, indicándole que en el hospital existe un módulo, o haciéndole él mismo el trámite.
- Se le comentó a la gente encuestada que la programación también la podían realizar en la compañía (lo cual no sabían) y se le preguntó en dónde preferirían realizar el trámite conociendo las dos opciones. y la mayoría de la gente respondió que donde le quedara más cerca.
- Existe una carencia de información por parte de los asegurados con respecto de los trámites y dónde pueden realizarlos.

3.1.2 Encuestas de satisfacción.

Es importante conocer el nivel de satisfacción con el proceso porque nos permite encontrar las áreas de oportunidad y mejora que tienen impacto en los clientes, ya que en primera instancia son las expectativas que los clientes tienen con el proceso actual. Para lograr esto, se analizaron las encuestas de satisfacción hechas por un despacho externo y el análisis de las quejas recibidas en el módulo de atención a clientes.

3.1.2.1 Encuestas.

Se revisaron los resultados de las encuestas efectuadas a Fuerza Productora y Asegurados durante los meses de abril y diciembre de 1995, por Business Strategic Consultants. Se eligieron preguntas que nos ayudaron a corroborar la información obtenida con la guía de expectativas con el objetivo de conocer el grado de satisfacción de la Fuerza Productora y Asegurados respecto a los siguientes puntos de contacto:

- CISM.
- Lugar donde se realizó el trámite.
- Carta pase.
- Admisión en el hospital.
- Estadía en el hospital.
- Egreso del hospital.

La muestra que se encuestó es estadísticamente confiable representada por 120 agentes y 203 asegurados.

Los resultados obtenidos por las encuestas se presentan en la tabla 5.

De acuerdo a la investigación realizada por BSC, los factores de mayor relevancia desde el punto de vista de satisfacción e importancia de nuestros clientes son (tabla 6).

Como los agentes (fuerza productora) son una parte muy importante para la empresa, ya que son los que tienen el contacto con el cliente (son la cara de la empresa), es necesario saber cuáles son los puntos que ellos ven como deficientes en nuestro proceso, es por eso que se entrevistaron a dos agentes que su nivel de satisfacción es muy bajo. Las observaciones que nos hicieron se muestran a continuación:

- Consideran que hace falta personal, por el exceso de trabajo acumulado.
- Desean que se simplifique el procedimiento y que se les dé solución rápidamente.
- Solicitan que la asesoría para el trámite sea veraz y en caso de no poder dar respuesta se canalice con la persona adecuada.

TABLA 5

Criterios de evaluación: 6=muy bueno, 5=bueno, 4=regular, 3,2,1=mal

PREGUNTA	RESPUESTA	ASEGURADOS			EZA. PRODUCTORA		
		% Obtenido por mes		% de	% Obtenido por mes		% de
		Abril 95	dic. 95		abril 95	dic. 95	
1.- Llamó al CISM para solicitar información.	Sí	43	48	+5	53	48	-5
		57	52	-5	47	52	+5
2.- El tiempo para la atención vía telefónica fue.	Adecuado	95	94	-1	95	97	+2
		5	6	+1	5	3	-2
3.- La actitud de la persona que lo atendió por tel. fue:	Adecuado	26	27	+1	22	27	+5
		4	3	-1	1	3	+2
4.- Le brindaron la info. deseada telefónicamente	Sí	95	91	-4	100	97	-3
		5	9	+4	-	3	+3
5.- Lugar donde realizó el trámite de su Cirugía	En la oficina matriz	84	64	-20	96	98	+2
	A través del agente	2	14	+12	-	-	-
	Módulo del hospital	4	10	+6	1	21	+20
	En el consultorio médico	10	12	+2	-	-	-
	Vía telefónica	-	-	-	2	-	-2
	Vía fax	-	-	-	1	-	-1
6.- Para programar su cirugía realizó más de 2 visitas	Sí	17	15	-2	13	12	-1
		83	85	+2	87	88	+1
7.- El tiempo que tardaron en atenderlo fue.	Menos de 5 min.	-	37	+37	-	38	+38
	6 - 15 min.	-	55	+55	-	54	+54
	16 - 30 min.	-	6	+6	-	7	+7
	más de 30 min.	-	2	+2	-	1	+1
8.- El tiempo que tardó para ser atendido fue.	Adecuado	96	97	+1	92	95	+3
		4	3	-1	8	5	-3

9.- Grado de satisfacción con la atención y servicio recibido por el área	6						
	5		promedio	promedio		promedio	promedio
	4	4.84	5.56		4.67	5.52	
	3	bueno	muy		bueno	muy	
	2		bucna			bucna	
	1						
10.- Entrega de la Carta Pase en la fecha prometida.	Si	98	91	-7	98	96	-2
	No	2	8	+6	2	3	+1
	No recibió la carta	-	1	+1	-	-	-
	No sabe	-	-	-	-	1	+1
11.- La Carta Pase presentó algún error.	Si	7	3	-4	4	3	-1
	No	93	97	+4	96	97	+1
12.- Qué tan satisfecho quedó con la Carta Pase.	6						
	5		promedio			promedio	
	4		5.67			5.6	
	3		muy			muy	
	2		bucna			bucna	
	1						
13.- Tuvo algún problema al presentar la Carta Pase al Ingreso al hospital.	Si	2	2	-	4	1	-3
	No	98	97	+1	95	98	+3
	No sabe	-	1	+1	1	1	-
14.- Tuvo algún problema con el pago de algún servicio. al salir de, hospital.	Si	6	5	+1	9	5	-4
	No	94	95	+1	90	93	+3
	No sabe	-	-	-	1	2	+1
15.- Qué tan satisfecho quedó con la atención recibida En el hospital al ingreso y salida.	6						
	5		promedio			promedio	
	4		5.61			5.32	
	3		muy			bucna	
	2		bucna				
	1						

TABLA 6

Aspecto	Asegurados			Fuerza Productora		
	Importancia	Satisfacción	Se cataloga como:	Importancia	Satisfacción	Se cataloga como:
La asesoría en el CISM	5.8	5.4	alto	5.9	5.5	alto
Oportunidad en la entrega de la Carta Pase	5.8	5.7	alto	5.8	5.6	alto
El servicio en la barra de atención/módulo	5.7	5.6	alto	5.7	5.5	alto
El servicio del hospital al ingresar y salir de GNP	5.8	5.6	alto	5.7	5.3	alto

Existe una pésima atención telefónica, porque nunca se reportan a las llamadas cuando se deja recado, les dejan esperando mucho tiempo cuando el teléfono o extensión está:

- Ocupado, que la información que porporcionen sea completa.
- No avisan inmediatamente cuando hace falta información para realizar el trámite.
- Lo ideal para ellos es que el tramite se realizara en 2 días.
- Que se les dé folio desde que se solicita la información.
- Existe mala comunicación entre los diversos procesos de pago a proveedores y reembolso.
- No encuentran ventaja del proceso de cirugías programadas al de reporte hospitalario.
- No hay un criterio bien definido para dictaminar los casos y decidir si se va a pagar o no.

3.1.2.1.1 Conclusiones de las encuestas de satisfacción.

Observando los resultados anteriores se puede concluir que el nivel de satisfacción general y en promedio, tanto de la Fuerza Productora como de los Asegurados es alto, lo cual nos indica que los clientes están satisfechos con el servicio brindado en el proceso de Programación de Cirugía.

Al analizar la información obtenida, aún y cuando el grado de satisfacción es alto, es importante resaltar que se detectaron áreas de oportunidad, siendo las principales:

- Difusión de la información sobre el trámite.
- Cumplimiento y disminución de la fecha promesa de entrega de la Carta Pase.
- Actitud y servicio del personal de contacto con el cliente. (Hospital /la compañía aseguradora)
- Mejoramiento de la comunicación entre la compañía aseguradora y los hospitales (módulos).

Después de haber analizado las principales expectativas del cliente y con base en ellas haber

revisado la guía de satisfacción, se puede suponer que es adecuada , ya que evalúa los mismos puntos, pudiéndose agregar algunas preguntas relacionadas con la información proporcionada con los pasos del trámite (folleto o carta).

3.1.2.2 Análisis de quejas.

Realizamos un análisis de las quejas recibidas en el Módulo de Información y Atención a Asegurados y en la Gerencia de Dictamen Médico, con el fin de detectar los motivos por los cuales nuestros clientes se inconforman y de esta manera tomar las medidas necesarias para mejorar el servicio.

Para realizar este análisis se tomó en cuenta el período comprendido de Marzo a Junio de 1996, analizándose 66 quejas.

Los resultados de las quejas recibidas se encuentran en la tabla 7.

TABLA 7

	Motivo	Frecuencia*
TABULADORES Y HONORARIOS 12	Inconformidad con la tabulación de Honorarios Médicos	6
	No salió el cheque del Dr.	2
	Inconforme con honorarios médicos mal tabulados	1
	No se ha tabulado la operación	1
	Recibe tarde sus pagos, se necesita cambiar tipo de recibo	1
	Inconforme por cobrar honorarios médicos por reembolso	1
RECHAZOS 21	Inconformidad por el rechazo de la Cirugía Programada	7
	Rechazo debido al status de la póliza	6
	Rechazo de la carta de C.P. por preexistencia	3
	Rechazo por no tener estudio bien fundamentado	1
	Se autorizó una programación sin pasar al asegurado a consulta	1
	Se autorizó una programación sin consultarlo con el cliente	1
	CANCELACIÓN DEL SERVICIO debido a que se realizó otra operación	1
	Inconformidad por el límite de suma asegurada	1
ACTITUD DEL PERSONAL 4	Información errónea por parte de la Dra. de C.P.	2
	Inconformidad con la actitud del servicio del médico de C.P.	1
	Inconformidad por el servicio del Médico de Apoyo	1
DEDUCIBLE Y COASEGURO (PROGRAMACION Y REPORTE)	Inconformidad por el cobro de deducible y coaseguro	10
CALIDAD EN EL DICTAMEN 13	No se tramitó a tiempo una carta	7
	El médico en convenio no entrega el informe médico	2
	Inconformidad porque no se pudo contactar al médico tratante	2
	No se tenía la información completa	1
	Médicamente no se ha cumplido con la información	1
CALIDAD EN EL DICTAMEN 3	Es la tercera vez que la carta está mal	1
	No está claro en la carta lo que está cubierto	1
	Faltó información de tabular en la carta	1
OTRAS 3	El médico en convenio no es bueno	1
	Mal servicio del médico en convenio	1
	Inconforme con la cantidad que se pagan las fisioterapias	1

*El número de inconformidades está representado por volumen.

3.1.2.2.1 Conclusiones de las quejas.

Como podemos observar en el cuadro, los motivos de inconformidad más frecuentes son: la tabulación de honorarios, rechazo de la Cirugía Programada -por el status de su póliza y por preexistencia- información errónea por parte de la Dra. de Cirugías Programadas, inconformidad por el cobro de deducible y coaseguro, falta de oportunidad en el trámite de la carta, y en general en calidad del dictamen no vemos una gran tendencia de inconformidades. (todas estas identificadas con letra cursiva en el cuadro).

Encontrando como más sobresalientes las inconformidades por la aplicación de deducible y coaseguro, los rechazos, la oportunidad en el dictamen y los honorarios médicos.

Es importante resaltar que en el Area de Operación encontramos mayor número de inconformidades en cuanto a la actitud del personal por información errónea de parte de los doctores así como en la oportunidad del dictamen porque no se tramitó a tiempo la carta.

Algunos comentarios de nuestros asegurados son:

- El médico de convenio no es bueno, por lo que nos pide que si acude al suyo, no le cobremos deducible.
- Que en el hospital se aplique deducible pero que en el reembolso no lo hagan.
- Que te indiquen en la carta el total a pagar de deducible.

3.1.3 Conclusiones generales de expectativas y necesidades de los clientes.

Una vez analizados los puntos referentes a las expectativas y necesidades de los clientes, podemos obtener algunas conclusiones que nos permitan identificar los puntos de mejora en el proceso actual. Esto nos ayudará en el futuro a saber qué puntos son los más importantes para nuestros

clientes y tener mayor atención en ellos.

Las conclusiones generales de las expectativas de los clientes son:

- El cliente solicita / requiere de información sobre cada uno de los pasos que debe de seguir en el trámite de su programación de cirugía. (folletos)
- Se mencionó que se espera que el trámite sea muy ágil y sencillo junto con una atención amable.
- Se espera que la entrega de la carta sea entre 3 y 5 días hábiles con mucha calidad (sin errores, mencionando que la presentación y el contenido actual de la carta es el adecuado).
- El agente requiere hacer sus trámites en las Oficinas de Servicio, el Asegurado busca mayores facilidades / comodidad en el trámite (Oficinas de Servicio, Módulo, etc.)
- El cliente (Asegurado y Agente) espera hacer sólo una visita para entregar documentación, lo que implica solicitarle la información desde el inicio completo.
- El cliente desea que la aseguradora esté presente en su trámite (visita, llamada etc.) a través de un médico o un representante.
- El asegurado no diferencia la figura del Médico de la aseguradora y el de Convenio, suponiendo que ambos pertenecen a la compañía aseguradora.
- El asegurado solicita un mejor trato en la admisión y egreso del hospital, esto a través de una admisión sin dificultades (20 min. o tipo hotel). En el egreso espera no tener ninguna dificultad en la caja, esto aunado con servicios adicionales (pagar paquete de admisión, cama extra, estacionamiento)
- Se observa en los resultados, la necesidad de analizar los tabuladores de los médicos (honorarios).

La percepción del cliente respecto al trámite de P.C. es muy bueno, representado esto por el tipo de respuesta en las Guías de Expectativas y las Calificaciones de las Encuestas de Satisfacción.

Se considera que existen varios puntos en los cuales se puede dar valor agregado a nuestros clientes.

3.2 Conocimiento de la competencia.

Como parte del esfuerzo que se está llevando a cabo dentro del departamento de salud para mejorar el servicio que recibe el asegurado, se llevó a cabo un estudio de los principales hospitales con los que el proceso de Cirugías Programadas tiene contacto, con la finalidad de detectar aquellas compañías de seguros que se desempeñan mejor que la compañía, así como las problemáticas existentes con el hospital. Es así como se puede considerar al área de Salud en su proceso de cirugías programadas el cliente del "benchmarking".

El objetivo es identificar cuáles son aquellas compañías de seguros, que tienen contacto con hospitales, que proporcionan el mejor servicio al asegurado y en qué se caracteriza el mismo. Como se mencionó anteriormente en la metodología, para realizar un "benchmarking" se deben buscar las mejores fuentes para conseguir la información. En este caso el "benchmarking" que se realizó es del tipo competitivo, pero por el tiempo que se tenía para la realización de éste, en lugar de tratar de tener contacto con las demás compañías aseguradoras, se trató de utilizar un contacto común entre ellas, y que a la vez es un cliente, los hospitales. Los hospitales indirectamente conocen cómo trabajan, por la interacción que existe con las aseguradoras.

3.2.1 Temas del "benchmarking".

Los temas que se consideraron tratar con los hospitales en el "benchmarking", para poder establecer diferencias, entre el servicio proporcionado al asegurado y al hospital, por parte de las diferentes compañías de seguros con la finalidad de identificar las mejores prácticas se mostrarán a continuación.

Cabe aclarar que esta guía no es una entrevista, sino una enumeración de los temas que se

consideran de interés, cuyas respuestas son abiertas y se encaminan/manejan según se dé la temática de la misma; esto quiere decir que el orden es indistinto, siempre y cuando se establezcan claramente el objetivo para el cual fue diseñada.

Los temas que se consideraron son

- Servicio

- a) Cuáles son las principales diferencias que existen al proporcionar el servicio y cuáles, según el hospital, son los clientes más satisfechos (cuál es el criterio que utiliza)

- Generales

- a) Tramita casos con algunas otras compañías de seguros que no/si cuentan con módulos en sus instalaciones

- b) Como es la forma en que se intercambia la información del servicio prestado por parte del hospital con la compañía de seguros

- Admisión

- a) Intercambio de información hospital-compañía de seguros sobre los casos (contenido, políticas, etc.)

- b) Apoyos/facilidades que proporcionan las otras compañías (sistemas, políticas, etc.) y cual de éstos les parece mejor

- c) Cual de los procedimientos de entrada les parece mejor considerando tanto al paciente como al hospital, a que se atribuye esta ventaja (tipo de documentación solicitada, forma de realizar el trámite, etc.) orientando esta pregunta al servicio

- d) Diferencias entre las políticas generales de admisión y cuáles son los lineamientos principales de cada una

- Salida

- a) Diferencias entre los trámites generales de salida (políticas, oportunidad, etc.) buscando

qué aspectos considera son prioritarios para el asegurado y cuáles para el hospital

b) Cual es el tipo y la información que se solicita para la salida

c) Diferencias entre lo que se paga y lo que no, así como la oportunidad en la entrega de los estados de cuenta

- **Administración**

a) Cuáles son los aspectos importantes que se deben de cuidar en una relación hospital-compañía de seguros y cómo debiera de darse éste

- **Proceso en especial**

a) Cuál de las compañías de seguros, a su consideración realiza mejor, el proceso de urgencias (dar opciones de médicos, forma de pago etc.)

Dado lo anterior se estudiaron cinco hospitales, a saber: México, Angeles, Metropolitano, Español y Médica Sur; en los cuales se buscó detectar que hacen mejor las otras compañías de seguros y qué aspectos de servicio identifica el hospital como importantes.

La metodología utilizada para la realización del estudio fue a través de la aplicación de entrevistas personales con las áreas de admisión de los hospitales, esto porque se busca conocer cuál es el proceso que vive el asegurado y su carta pase; cabe hacer notar que el alcance del estudio se refirió a la experiencia que tiene el hospital a partir de que se entrega la carta pase con las diferentes compañías de seguros, en virtud de que los procesos internos no se conocían.

3.2.2 Resultados del "benchmarking".

Los resultados de las entrevistas se presenta a continuación:

Hospital Angeles del Pedregal

El hecho de que el asegurado llegue sin su carta pase porque el médico tratante tramitó el caso complica las cosas para el hospital.

- La carta presenta una ventaja para el hospital, ya que el asegurado "conoce" qué le cubre su seguro y el hospital tiene la seguridad del pago.
- Las compañías que manejan cartas con mayor frecuencia son Monterrey, Inbursa y Comercial-América, y con menor Tepeyac y Atlas.
- Los datos que son importantes para el hospital dentro de la carta es la suma asegurada y el médico tratante, ya que con estos datos conocen la cantidad límite que cubre la aseguradora y conocen al médico responsable.
- Existen ocasiones en las que el asegurado llega sin carta explicando que el médico era el que entregaría la información, lo cual complica el proceso para el hospital, ya que desconoce el caso (Tx) "Sería bueno hacerle llegar una copia al asegurado".
- Algunos médicos (12 de este hospital) solo tramitan Programaciones de Cirugías para la compañía aseguradora.
- Tener mayor flexibilidad en la especificación de los requerimientos, dadas las revaloraciones de los casos que presentan complicaciones.
- Las cartas de las otras compañías especifican con letra los montos a pagar por el asegurado

Sólo algunas compañías de seguros manejan las cartas pase y especifican los montos con letra; Tepeyac en lugar de carta maneja número de referencia.

Metropolitano

Este hospital considera que las cartas pase de la aseguradora son las que tienen mejor presentación y contenido

- El contenido y la presentación de la carta pase de la aseguradora es superior a la de la competencia.
- Los médicos del hospital no programan para ninguna compañía.
- Las compañías que manejan carta pase son Monterrey, Comercial - América y muy esporádicamente Tepeyac.

Proponen que se revise el pago de gastos personales

Hospital de México

Las mejores cartas en cuanto a contenido son las de Monterrey por su flexibilidad y la calidad de la compañía aseguradora ha disminuido

- Las compañías que manejen cartas son : Monterrey y Comercial-América.
- La carta representa una ventaja para el hospital y para el asegurado.
- Es frecuente que la compañía aseguradora cometa errores en el momento de especificar el pago de deducible y coaseguro.
- Las cartas con mejor contenido son las de Monterrey, ya que en el diagnóstico indican padecimiento y posibles complicaciones, mientras que la aseguradora si cambia el padecimiento no se renueva (cambia) la carta, sin embargo, pagamos el primer tratamiento.
- En la suma asegurada para padecimientos somos los más bajos, (v.gr. cesaria 7,660 y el hospital cobra 12,000). Sin embargo por Reporte en Hospital pagamos el total (Comercial-América su tope es de 50,000 y el de Monterrey es de más...).
- Monterrey y Comercial-América tienen una cobertura para bebés con problemas al nacer.
- Tepeyac proporciona un beneficio de 1,300 para gastos del bebé, lo que representa un 55% aproximadamente del total de gastos que eroga el bebé.

- En el contenido de las cartas existe confusión con las observaciones, ya que se cobra deducible y coaseguro, pero además se especifica el cobro de un porcentaje extra, del cual se desconoce motivo y explicación.
- Tepeyac tiene un módulo para programar.
- Comercial-América si logra que el médico se adapte el tabulador, no cobra ni deducible ni coaseguro.

Para este hospital existen compañías de seguros que tienen coberturas y servicios diferentes a los de la aseguradora, denotándose Monterrey, Comercial-America y Tepeyac

Médica Sur

Este hospital pone especial atención a la calidad de las cartas comentando que las de la compañía aseguradora son las que más errores presentan.

- Existen errores en el contenido de las cartas, algo que en las otras compañías no sucede v.gr para un mismo caso las cartas son diferentes una de otra, las cartas presentan diferencias en información.
- Evitar poner notas, que todo quede especificado.
- Mejorar la comunicación interna de la aseguradora, para proporcionar asesorías.

Este hospital, si en la intervención quirúrgica cambia el padecimiento/tratamiento al especificado

en la carta pase, hace pagar al asegurado y lo envía a reembolso.

Hospital Español

El principal comentario del hospital se refiere a que en el área de observaciones de la carta pase

no son claras las indicaciones o se contradicen con la información anterior.

- Existen pocos casos que llegan con carta
- La carta brinda tranquilidad al asegurado y al hospital le ayuda a saber que está pagada la póliza así como le asegura qué va a proceder.
- La compañía aseguradora y otras 2 aseguradoras utilizan la carta para admisión, otras utilizan la hoja de autorización que llena el Dr. para ingresar al hospital.
- Las otras aseguradoras tienen un médico fijo para el hospital con un horario determinado.
- Un problema son los cambios de autorizaciones (v.gr. pago de deducible, coaseguro, etc.) porque les origina conflicto con el paciente y en su sistema de corte (la aseguradora avise al paciente cuando se presente cambio y le avisen que se les reembolsará).
- Monterrey entrega una circular en donde se describe claramente el procedimiento.
- Tepeyac tiene una persona que visita a sus asegurados (anfitrión).
- La compañía aseguradora es la única que tiene módulo en este hospital.
- Los médicos del hospital envían a los pacientes al módulo a tramitar su programación.

3.2.3 Conclusiones de conocimiento de la competencia.

- Se notó que las mayores diferencias entre compañías de seguros estuvieron en el hospital de México, para tratamientos de maternidad, siendo las principales los referentes a coberturas y servicios para el bebé.
- Al parecer las cartas de la aseguradora son las que cuentan con mejor presentación, sin embargo, son las que tienen menor calidad.
- Las cartas pase son una ventaja para el hospital y para el asegurado.
- Monterrey es la compañía que muestra una mayor flexibilidad en las cartas pase, cubriendo las posibles variantes del tratamiento y/o de la intervención quirúrgica.

CAPÍTULO 4. Propuesta.

Una vez definidas cuáles son las necesidades de los clientes, sus expectativas de conocer cómo es el funcionamiento de competencia en el ramo y cuáles son las áreas de mejora dentro del proceso actual, es necesario conjuntar toda esta información y desarrollar propuestas de un mejor proceso. Claro está es necesario también tomar en cuenta cuál es la percepción que tiene la dirección de este proceso y cuál es la visión que tienen, con la finalidad de que la propuesta vaya de acuerdo a los planes que la dirección tiene del negocio.

4.1 Visión de Cirugías Programadas.

Es así como la dirección del área de Salud de la compañía aseguradora tiene como visión del proceso de Cirugías Programadas. "Cirugías Programadas es un proceso en donde el servicio al asegurado y el dictamen médico son de mayor calidad que cualquier otro proceso de pago directo, trayendo con esto un control de costos, contando con un procedimiento que asegure la entrega de la carta respuesta en tres días hábiles a partir de que el asegurado entrega la información necesaria"¹⁸.

En la visión se menciona que el proceso de Cirugías Programadas es parte de los procesos de pago directo, como se mencionó en la introducción. Los procesos de pago directo son aquellos en donde la compañía realiza el pago correspondiente a las reclamaciones realizadas por los asegurados, sin que éstos tengan que desembolsar cantidad alguna de dinero, con excepción de aquellos gastos que no sean cubiertos por las condiciones de la póliza contratada. Se menciona también una carta respuesta, esta carta respuesta es la misma carta que se mencionaba en el capítulo 1 como "carta pase", esta es la carta que se le entrega a los asegurados en donde se les informa cuáles son los gastos que el seguro va a pagar y qué gastos ellos son los que tienen que pagar, y para que al momento de su ingreso al hospital, no tengan que dejar algún depósito y el hospital sepa qué es lo que tiene que pagar el paciente.

¹⁸ Planeación Estratégica de Salud de 1996.

Las metas que se proponen lograr con este proceso de acuerdo a la visión explicada anteriormente son :

1. Que el proceso de Cirugías Programadas sea un proceso lineal.
2. Entregar la carta respuesta a tiempo, con calidad y cuantificar la información necesaria desde un inicio.
3. Garantizar que el procedimiento aplicado sea el autorizado.
4. Clarificar con el asegurado y los agentes lo que puede esperar del proceso.
5. Garantizar que los lugares donde se realicen los trámites sean autosuficientes.
6. Contar con el tiempo suficiente para dictaminar y contactar al médico tratante.
7. Cirugías Programadas debe proporcionar un valor "real" al cliente.

4.2 Escenarios preliminares.

Para definir el nuevo procedimiento de Cirugías Programadas se diseñaron 3 escenarios diferentes, cada uno tratando de lograr un objetivo particular. Estos tres escenarios se presentaron a la dirección y junto con ésta, tomando en cuenta la visión presentada se elaboró la propuesta.

Los escenarios desarrollados son :

4.2.1 Escenario 1 (optimización, proceso en línea y eficaz).

El objetivo del escenario 1 es mostrar una mejora que impacte sólo a las actividades que se realicen actualmente, buscando básicamente eliminar las restricciones existentes.

Como se menciona en el objetivo, este escenario lo que propone es una eficientización de las funciones y actividades que se realizan actualmente. Esto mediante la reducción o eliminación de los tiempos muertos entre cada una de las funciones y de los reprocesos en cada una de ellas.

Las ventajas que presenta este escenario son :

- Se tiene más informado al asegurado.
- Se retoman elementos del proceso de Reporte Hospitalario.
- Se crea un área de contacto con médicos especializados.
- Se hace una revisión de la carta respuesta antes de su entrega.
- Se logra más presencia con el asegurado al momento de su estancia en el hospital al momento de verificar la información del expediente médico.

Las desventajas que tiene son :

- Es necesario un esfuerzo para informar de la existencia del proceso de Cirugías Programadas a la fuerza productora y a los clientes.
- Es necesario acceder en dos ocasiones a los sistemas AZUL y SIDA durante el proceso (en el contacto médico y en el dictamen).
- Es necesario el aviso del hospital a Cabina del ingreso.
- El proceso subsecuente a un rechazo en hospital, por desviaciones.

Los factores a garantizar para el buen desarrollo de este escenario son :

- El hospital tiene la disposición para dar aviso oportuno a la compañía aseguradora y entregar al asegurado la carta de información.
- Se cuenta con un proceso en línea que permite la llegada oportuna de los casos a dictamen médico.
- Se encuentra con la oportunidad suficiente para realizar el contacto médico (realizar más de un intento).
- El hospital conoce qué hacer en caso de rechazo en sus instalaciones.
- Contar con canales de comunicación muy eficientes.

El diagrama de flujo general del proceso (fig. 10) y el esquema de funciones de este escenario se presentan a continuación (fig. 11).

Fig. 10

Escenario 1: (optimización)

Objetivo: Contar con un proceso en línea y eficaz.

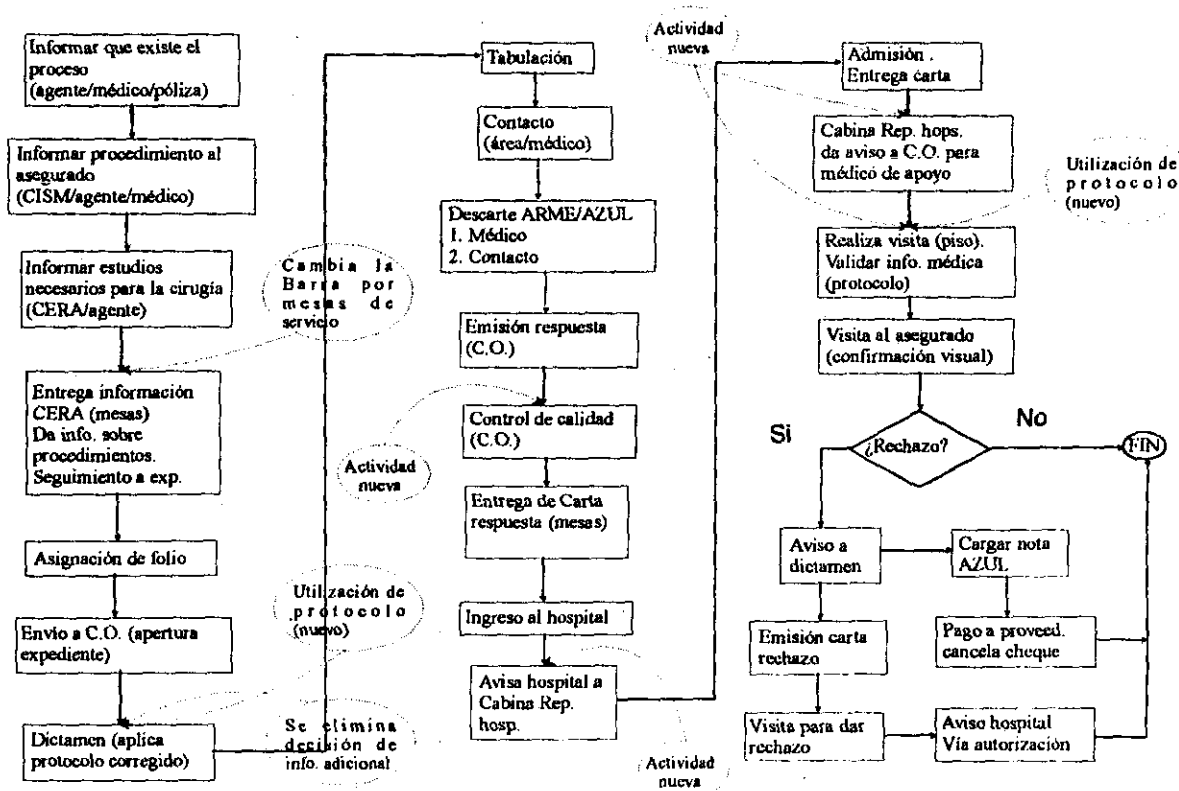
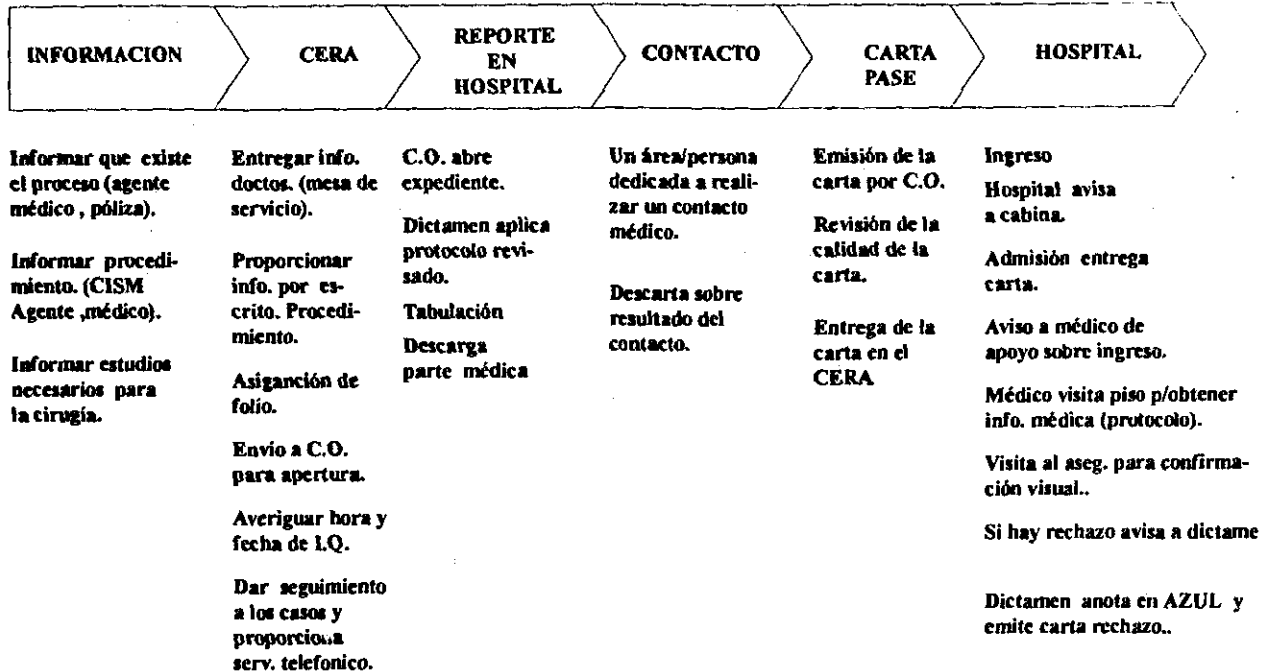


Fig. 11

Escenario I

Objetivo: Mostrar una mejora que impacte sólo a las actividades que se realicen actualmente , buscando básicamente eliminar las restricciones existentes.



4.2.2 Escenario 2 (Cirugías Programadas para médicos en convenio).

El objetivo de este escenario es tener un proceso de Cirugías Programadas en pago directo enfocado exclusivamente a dar el servicio a médicos que se encuentren en convenio con la compañía. Y en el caso de que se presente un caso con un médico fuera de convenio, únicamente procederá el pago directo del hospital, teniendo el asegurado que pagar los honorarios médicos y tramitarlos por reembolso.

En este escenario toma gran importancia el concepto de médico en convenio. Un médico en convenio es aquel médico que firma un contrato de convenio con la compañía en el cual éste se acopla a los tabuladores de honorarios, claro está a cambio de volumen de pacientes. Como se mencionó en el capítulo 1 al momento de realizar el dictamen médico se realiza una actividad que es el contacto, esta actividad se realiza principalmente para negociar con los médicos que no están en convenio y ver la posibilidad que se acoplen a los tabuladores de honorarios que la compañía ofrece y así evitar que el asegurado pague la diferencia en los honorarios de éste. En este escenario se busca eliminar la actividad de contacto para simplificar las funciones de los médicos dictaminadores y que se centren en su actividad principal, el dictamen médico.

Las ventajas que ofrece este escenario son :

- Se tiene informado al asegurado.
- Se retoman elementos de Reporte Hospitalario.
- No se cuenta con el área de contacto médico, ya que se realizan trámites con médicos en convenio.
- Se fortalece la relación con los médicos de la red (médicos en convenio), garantizándoles volumen.
- Se revisa la carta respuesta antes de su entrega.
- Visita del médico de apoyo al expediente para confirmar los procedimientos realizados.
- Se incentiva a los asegurados a usar la red de médicos.

- Probidad de los médicos en convenio.

Este escenario tiene algunas desventajas, tales como :

- Se tiene que informar a los clientes de la existencia de las Cirugías Programadas sólo para los médicos de la red.
- El aviso del hospital a cabina.
- El proceso subsecuente al rechazo en el hospital.
- Enviar a reembolso aquellos casos en los que el médico no sea de convenio.
- No poder eliminar por completo los trámites de médicos sin convenio.

Los factores a garantizar en este escenario son :

- Los médicos en convenio conozcan los beneficios de hacer sus cirugías por medio de la programación.
- El hospital tenga la disposición para dar aviso oportuno a la compañía y entregar al asegurado la carta de información.
- Se cuenta con un proceso en línea que permite la llegada oportuna de los casos al dictamen médico.
- Canales de comunicación muy eficientes.
- Garantizar que el aviso al médico sea de servicio solamente.
- Contar con información confiable de los médicos de la red.
- Un incremento real del volumen de pacientes a los doctores en convenio.

El diagrama de flujo general (fig. 12) y el diagrama de funciones (fig. 13) para este escenario se presentan a continuación.

Fig. 12

Escenario 2: (no procede pago honorarios, si hospital)

Objetivo: Cirugías Programadas para médicos en convenio

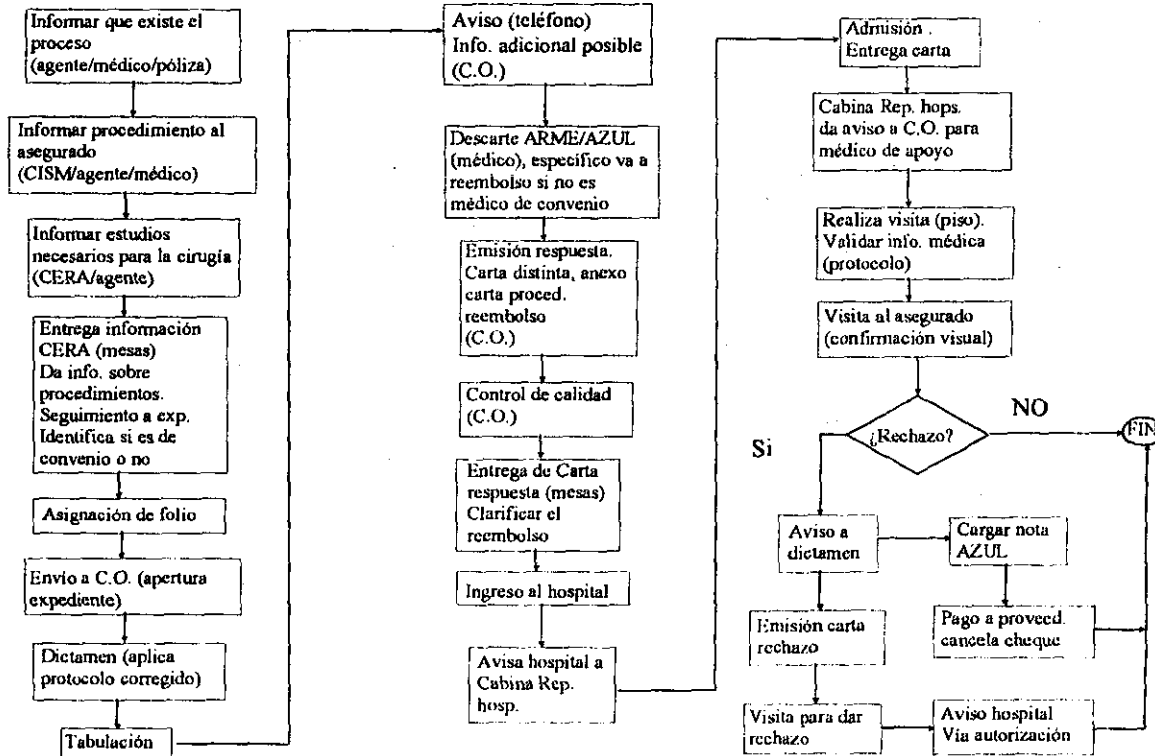
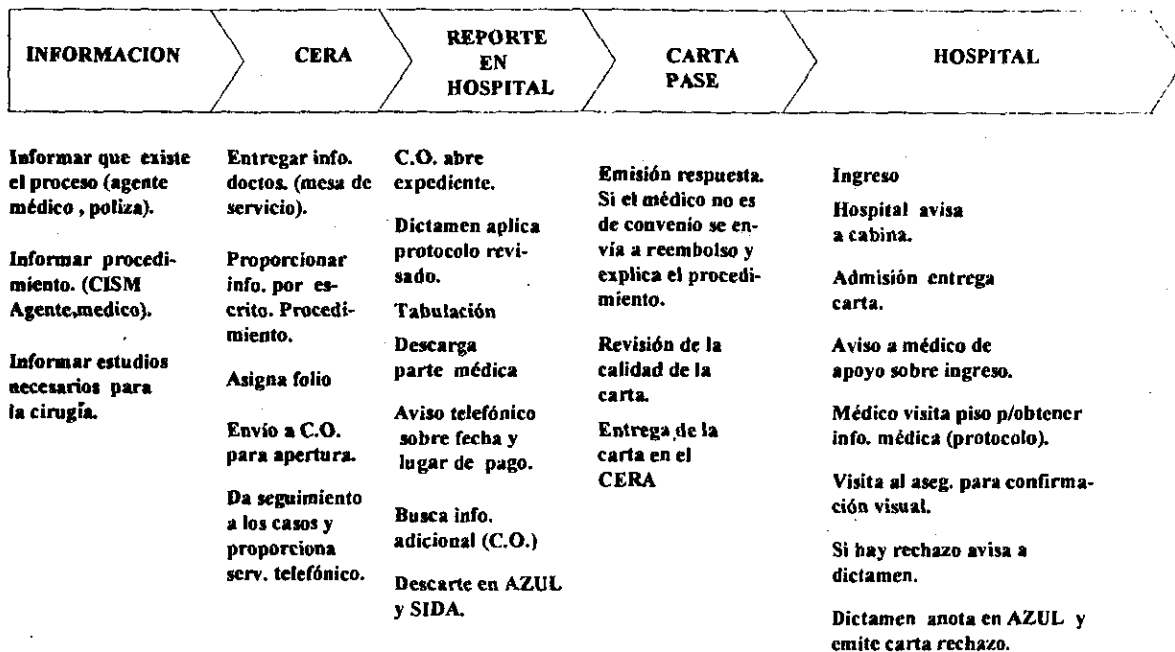


Fig. 13

Escenario II.

Objetivo: Tener un proceso de pago directo PxCx enfocado exclusivamente a dar el servicio a médicos en convenio. Únicamente procede el pago del hospital con médicos fuera de convenio.



4.2.3 Escenario 3 (Cirugías Programadas sólo de corta estancia, para todos los médicos).

El objetivo de este escenario es fundamentar las Cirugías Programadas en que sólo se podrá realizar el trámite si el tratamiento o estudio es de corta estancia.

Se considera un tratamiento de corta estancia a aquellos padecimientos en los que el paciente tiene una estancia menor a 24 horas en el hospital. En este escenario lo que se busca es que se programen todas aquellas cirugías ambulatorias o de corta estancia, ya que éstas actualmente el seguro no las cubre por pago directo, sino por reembolso. Este punto es importante porque se está dando una nueva opción a los asegurados, ya que se les va a pagar tratamientos que antes tenían ellos que pagar y solicitar el reembolso.

El pagar los tratamientos de corta estancia, representa también un ahorro de gastos para la compañía, pues actualmente, las cirugías que son susceptibles de realizarse en corta estancia, no se hacen y el paciente prefiere quedarse 24 horas en el hospital para que el seguro les pague, aumentando así el costo de estancia en el hospital.

Las ventajas que representa este escenario son :

- Fomentar la corta estancia.
- Existe un alto volumen de procedimientos de corta estancia.
- Reúne algunos elementos del proceso de Reporte hospitalario.
- Creación de un área de contacto con médicos especializados.
- Revisión de la carta antes de su entrega.
- Visita del médico al expediente médico para revisar y confirmar la información.
- Disminución de costos.
- Tratamientos de este tipo facilitan el dictamen.

Algunas desventajas de este escenario son :

- Contar con el apoyo de los médicos.
- Contar con la fecha y hora exacta de la intervención quirúrgica de manera anticipada.
- Procedimiento de rechazo en el hospital.
- Cambio radical al proceso.

Algunos factores de éxito de este escenario son :

- Contar con las fechas y horas de las cirugías antes del ingreso.
- Que el médico de apoyo cuente con las habilidades, conocimientos y libertad para rechazar.
- El hospital debe seguir los procedimientos.
- El hospital tiene la disposición para dar aviso oportuno a la compañía y entregar al asegurado la carta de información.
- Se cuenta con un proceso en línea que permite la llegada oportuna a dictamen.
- Canales de información muy eficientes.
- Se tiene la logística que permite darle el seguimiento necesario a los casos.

Los diagramas de flujo (fig. 14) y de funciones (fig. 15) de este escenario se presentan en las siguientes páginas.

Fig. 14

Escenario 3: (sencillez de revisión y de dictamen)

Objetivo: Programación de cirugías de corta estancia para todos los médicos.

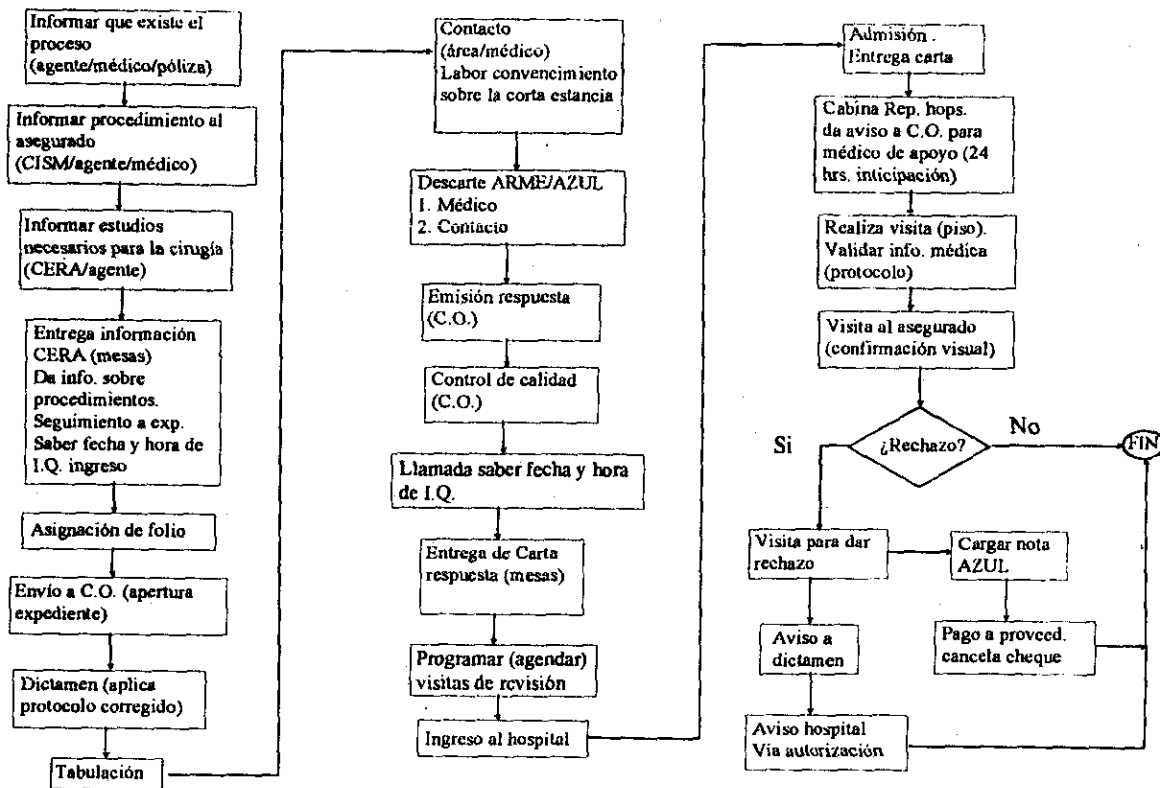
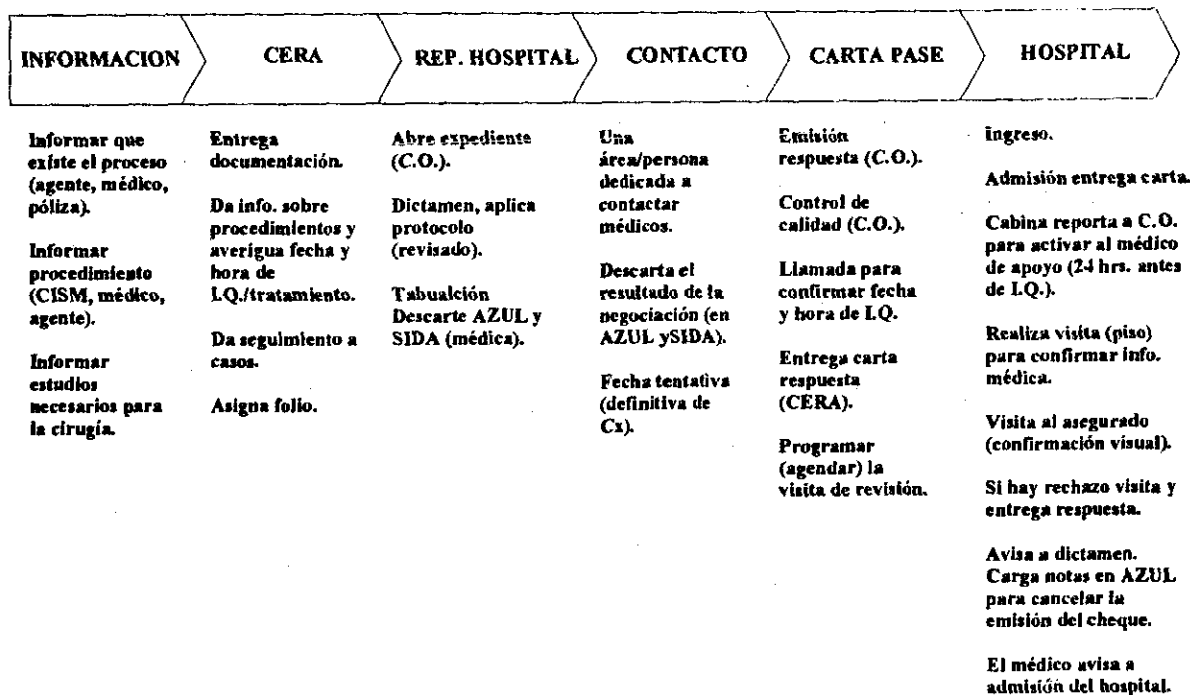


Fig. 15**Escenario III.**

Objetivo: Esta Programación de Cirugías se fundamenta en que sólo se podrá realizar el trámite si el tratamiento o estudio es de corta estancia.



4.2.4 Comparación entre los escenarios.

Como se puede notar cada uno de los escenarios tiene ventajas y desventajas, por lo que es necesario hacer comparaciones entre ellos para poder decidir cuál es el que conviene más a la empresa. A continuación se presenta la tabla 8 con la comparación entre los 3 escenarios :

TABLA 8

Diferencias		
Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
<ul style="list-style-type: none"> • Es una optimización del proceso existente, en el que se innova los procesos de apertura de expedientes (obtenidos del proceso de Reporte en hospital). • Es necesario reforzar los puestos/funciones de barra con el fin de eliminar la mayor restricción. 	<ul style="list-style-type: none"> • La principal aportación radica en que sólo se enfoca a médicos en convenio. • Se diferencia porque no existe la función de contacto, como negociación, sino de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • La propuesta radica en enfocar el proceso de Cirugías Programadas sólo a aquellos padecimientos y tratamientos que sean de corta estancia. • Se diferencia ya que es necesario el conocer la fecha y hora de la cirugía de manera muy confiable. • El procedimiento dentro del hospital debe ser muy ágil, por lo que se elimina el aviso del hospital a cabina. • El procedimiento cambia si es un rechazo que se da dentro del hospital.

4.3 Propuesta final.

Una vez diseñados los escenarios probables para la mejora, se presentaron a la dirección del área de Salud para su elección. De la junta mencionada resultó una nueva propuesta, ésta fue diseñada con las ventajas que presentaban los diferentes escenarios.

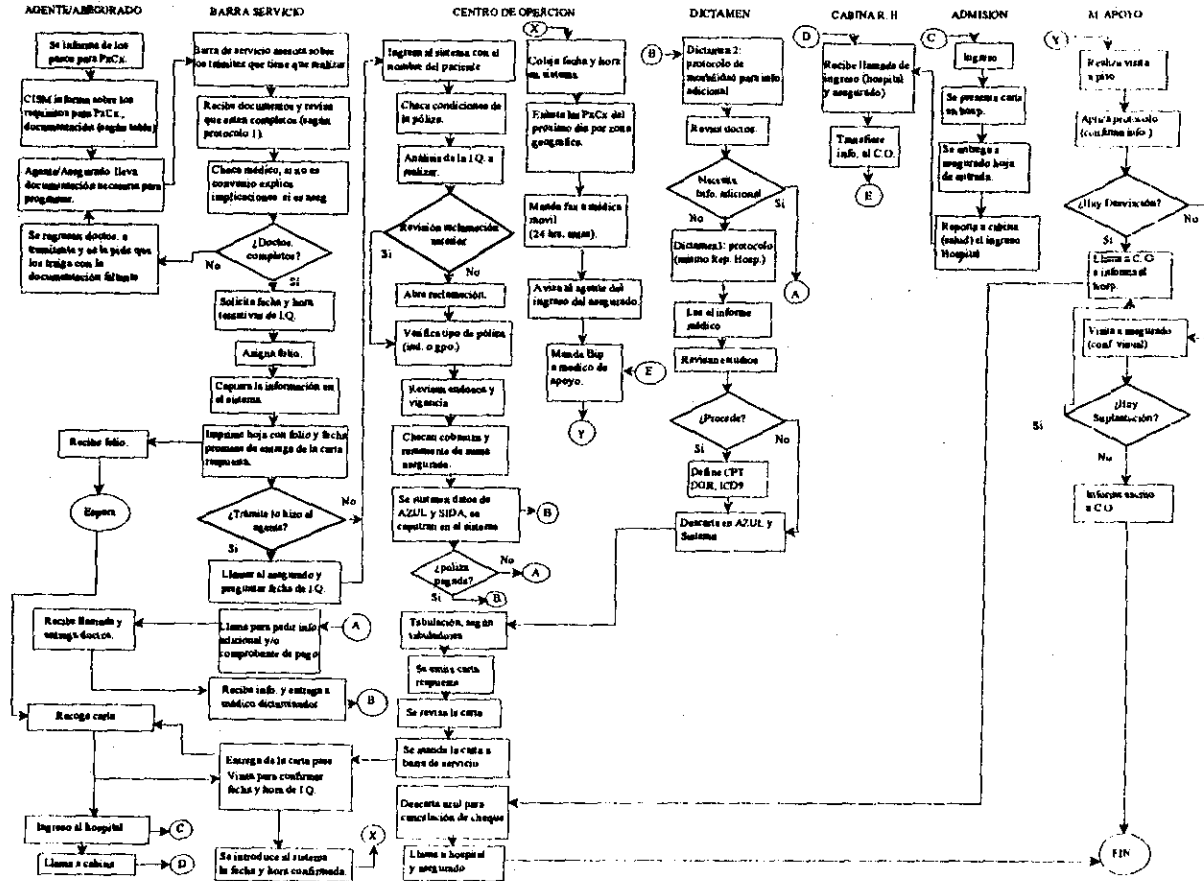
A continuación se muestra en primer lugar cuál es la propuesta del nuevo proceso y en segundo lugar un estudio de los beneficios que se tendría con la propuesta de mejora del proceso de Cirugías Programadas.

El análisis de costos surge como una necesidad de buscar un beneficio tangible al usuario de este proceso, que provoque como consecuencia un incremento en el número de reclamaciones que ingresen por este esquema. Ahora bien, se considera que el proceso de Cirugías Programadas es más benéfico para la compañía que cualquier otro esquema de pago directo, dado el tiempo que se tiene para analizar la información y para llegar a una mejor calidad en el dictamen médico.

Como se mencionó en primer lugar se va a presentar cómo sería el proceso detallado, así como los principales actores del mismo y sus funciones principales para que de esta forma se pueda evaluar la estructura operativa, cabe señalar que esta estructura propuesta es independiente a la del proceso de Reporte en Hospital, más no excluyente. Este último punto recordando lo ya citado en los escenarios preliminares, en la que se busca aprovechar algunos elementos que se utilizan en el proceso de Reporte Hospitalario.

En la fig. 16 se presenta el diagrama de flujo detallado (nivel 3) de la propuesta para el proceso. En esta propuesta es necesario mencionar que se tienen nuevas funciones y nuevos actores, entre los que se encuentran las mesas de servicio, el centro de operaciones (C. O.), el agendador, la cabina de Reporte Hospitalario (cabina R. H.), y el médico de apoyo.

Fig. 16



4.3.1 Funciones principales.

Como se mencionó anteriormente el proceso de Cirugías Programadas, al realizarse esta nueva propuesta, tiene algunas nuevas funciones; a continuación se presentan las actividades que desempeña cada uno de los actores que participan en la propuesta.

Para determinar el personal que se necesita para desempeñar las actividades de manera eficiente y así evitar retrasos en el proceso y tiempos extra del personal se tomaron 37 Cirugías Programadas en promedio por día.

Las funciones que se tomaron para la propuesta son :

Mesas de Servicio.-

Objetivo: dar asesoría y ser el dueño de cada una de las Programaciones que se tramitan, así como dar seguimiento a las mismas. Es la cara de la aseguradora. El servicio que se proporciona es de 12 hrs. diarias incluso sábados y domingos (darán servicio a los foráneos).

1.- Atención a personas.
2.- Recepción de documentación.
3.- Aplicación de protocolo.
4.- Introducción de datos en ARME.
5.- Asignar folio.
6.- Llamadas telefónicas recibidas para dar seguimiento a los casos.
7.- Llamadas telefónicas hechas para dar seguimiento a los casos.
8.- Llamadas para solicitar más información.
9.- Armar folder de expediente.

Tiempo por operación

25 min por caso.

Tiempo total necesario para acabar actividades

925 min. = 15.5 hrs.

Personas requeridas

2.

CISM.- (Centro de Información de Servicios Médicos)

1.- Recibir llamadas para información general.

Centro de Operación.-

Objetivo: el Centro de Operación está a cargo de toda la actividad interna y control de la misma.

- | |
|---|
| 1.- Apertura de expediente. |
| 2.- Imprime cartas. |
| 3.- Revisa cartas. |
| 4.- Tabulación. |
| 5.- Llamada a médico de apoyo. |
| 6.- Descarte (rechazo por desviación). AZUL/SIDA. |

Tiempo por operación	25 min.
Tiempo total para terminar actividades	925 min. = 15.5 hrs.
Personas requeridas	2.

Dictamen.-

Objetivo: hacer el análisis de la información para tomar la decisión del pago.

- | |
|------------------------------------|
| 1.- Dictamen (1). |
| 2.- Dictamen (2). |
| 3.- Tabula. |
| 4.- Define CPT, DGR, ICD9. |
| 5.- Descarte (dictamen) AZUL/SIDA. |

Tiempo por operación	40 min.
Tiempo total para terminar las actividades	1480 min. = 24.7 hrs.
Médicos requeridos	3.

Cabina de Reporte en Hospital.-

1.- Recibe llamadas de ingreso (hospital y asegurado).
--

Se requieren 3 hrs. al día para cumplir con esta operación.

Agendador.-

Objetivo: confirmar las fechas y horas de las I.Q. para planear las rutas de los Médicos de Apoyo y dar aviso a los Médicos de los ingresos.

1.- Manda Skytel a M. Apoyo.

2.- Avisa al agente por correo.

3.- Hace llamada a Hospital y Asegurado por rechazo.
--

4.- Búsqueda y confirmación de la fecha y hora de I. Q.

5.- Coordinar a los Médicos de Apoyo.

Para cubrir esta operación se requieren 8hr. diarias.

Personas requeridas

1.

Médico de Apoyo.-

Objetivo: cerrar el círculo y aumentar el porcentaje de rechazos.

1.- Visita a piso (confirmación visual)

2.- Aplica protocolo

3.- Realiza visita a asegurado

4.- Llamada a C.O.

5.- Informe escrito

6.- En caso de rechazo en hospital avisa al C.O. y al hospital en caso de corta estancia.

Tiempo por operación	1.2hrs.
Tiempo total para terminar las actividades	2664 min. = 44.4 hrs.
Médicos requeridos	6.

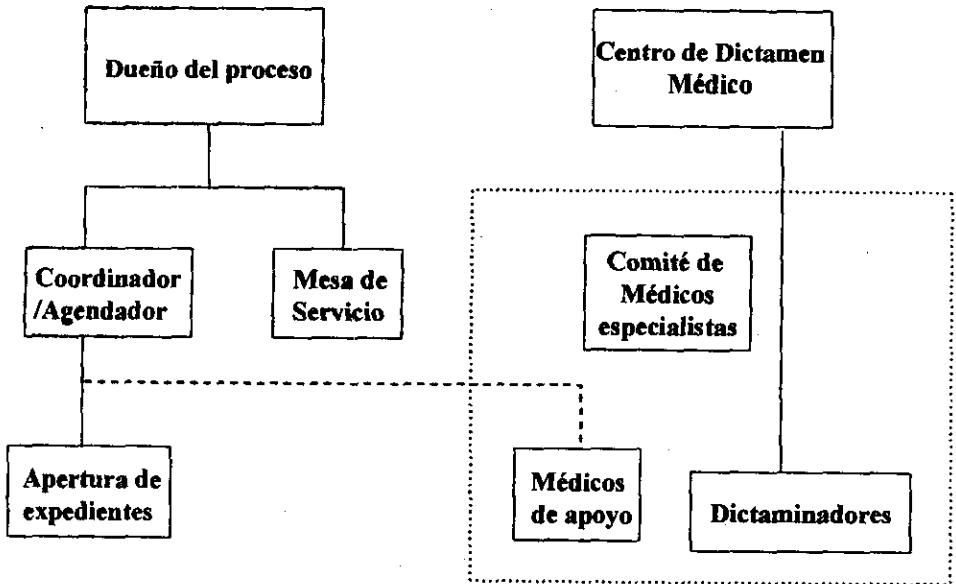
A continuación se presenta un cuadro con el resumen de la estructura funcional del nuevo proceso.

Función	Tiempo requerido	Personas requeridas
Mesas de Servicio	25 min./caso	2
CISM	-	-*
Centro de Operación	25 min./caso	2
Dictamen	40 min./caso	3
Cabina de R. H.	3 hrs./día	-*
Agendador	8 hrs./día	1
Médico de apoyo	1.2 hrs./día	6

*No se requiere de personal pues se utilizan los recursos del proceso de Reporte Hospitalario.

En la fig. 17 se presenta un diagrama con el organigrama resultante de la estructura que opera el nuevo proceso de Cirugías Programadas.

Fig. 17



4.3.2 Aspectos de la implementación.

Al diseñarse un nuevo proceso es necesario tener en cuenta cuáles son los puntos importantes y fundamentales para que al momento de echar a andar el proceso, éste actúe de manera eficiente y los tiempos que se tengan estimados para su operación y puesta en marcha se cumplan. Es por eso que a continuación se presentan algunas implicaciones que se debe tomar en cuenta al momento de implantar la propuesta.

- Debido a que se retoman varios elementos de Reporte en Hospital (v.gr. apertura de expediente, dictamen) no se considera oportuna la implantación en este momento hasta que el proceso que se acaba de implantar el Reporte demuestre estabilidad.
- Se considera importante tomar en cuenta la experiencia que se genere en cuanto a logística y traslado de los médicos de apoyo de Reporte en hospital para el de Cirugías Programadas.
- Se recomienda evaluar la factibilidad de modificar el sistema ARME, dado el nuevo proceso.
- Analizar las implicaciones de implantar y unir dos procesos con funciones específicas (v.gr. agendador, mesas de servicio).
- No se considera que dentro de la estructura, se definan nuevos niveles de supervisión a los ya existentes en Reporte en hospital.
- Se requiere solicitar el apoyo de los hospitales, para garantizar que éstos llamen a cabina e identifiquen claramente a los asegurados de cirugías programadas.
- Desarrollar programas de capacitación enfocados a puestos específicos de acuerdo al perfil definido.

- Se consideran funciones clave para el buen desempeño del proceso a : agendador, apertura de expedientes, dictamen y médicos de apoyo.
- Para la parte de servicio se requiere un espacio físico distinto, además de que el enlace con operación debe ser muy eficiente.

4.3.3 Estudio de costos.

Como se mencionó anteriormente, se realizó un estudio para analizar la factibilidad de darle a los asegurados un beneficio real, con la finalidad de captar mayor cantidad de reclamaciones por este proceso.

El análisis económico parte del principio de que el único beneficio tangible para el asegurado en el proceso de Cirugías Programadas está representado por la eliminación del pago de deducible y coaseguro (en los casos que así se especifique), además de que puede servir como elemento para incrementar el volumen de este esquema.

Este estudio se encuentra sustentado en el escenario seleccionado, que se refiere a incrementar el uso de los médicos de la red y a promover las cirugías de corta estancia. Dado esto se pretende mediante un análisis de los ingresos posibles por conceptos como : ahorro en hospitalización e incremento en la calidad del dictamen, poder llegar a estimar si es factible la eliminación del deducible y el coaseguro.

Para hacer este estudio se buscó obtener cuál es el costo promedio de cirugías que fueron practicadas y cuya duración fue de 24 horas o menos; la información se obtuvo de un reporte de las pólizas que representan el 40% de la cartera de Salud de la compañía.

Después se recurrió a las áreas técnicas para conocer cuál ha sido el ingreso estimado por los conceptos de deducible y coaseguro, el cual no se obtuvo, sin embargo, se consiguió el ingreso

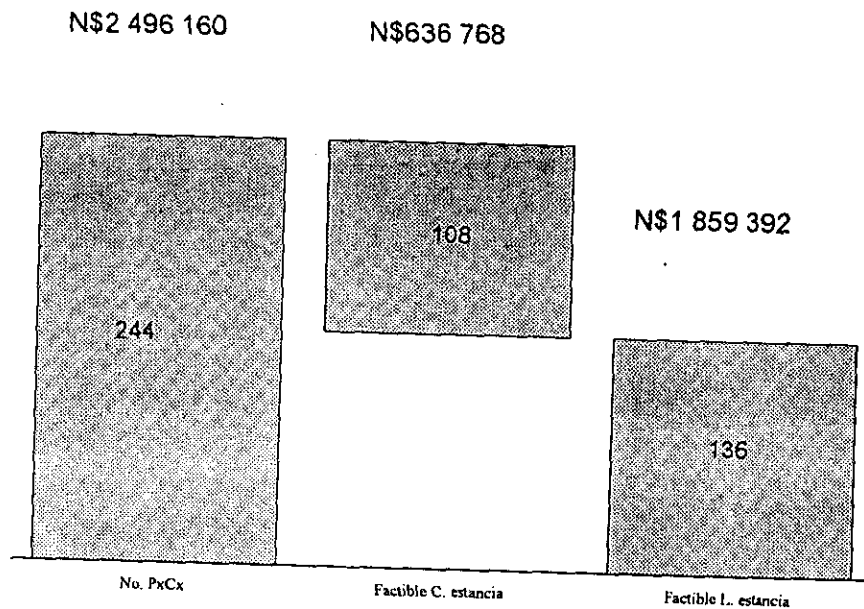
real hasta julio. Se analizaron los avances de todas las cirugías programadas que se realizaron en un mes (julio 96) y se observó qué porcentaje de ellas son susceptibles de realizarse como corta estancia.

Y finalmente se calculó el volumen de Cirugías Programadas que se hacen por mes para poder obtener los ahorros/ingresos estimados.

A continuación se presentan los resultados del estudio económico, de la fig. 18 a la 27.

Fig. 18 Costo Promedio de las cirugías de corta y larga estancia.

Se tomó como base de cálculo la información de las pólizas para calcular el monto promedio por tipo de cirugía.

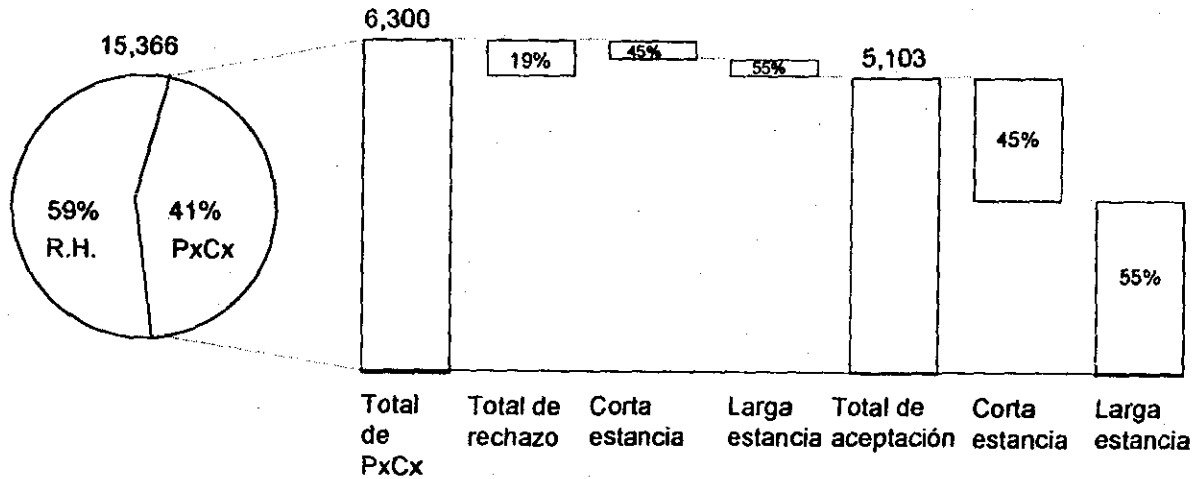


- El costo promedio de cirugías de corta estancia es de N\$5 896
- El costo promedio de cirugías de larga estancia es de N\$13 672

Fuente: Reporte de facturas (15/05/96-30/07/96), análisis calidad

Fig. 19 Monto total pagado por la aseguradora en Cirugías Programadas

Actualmente el 41% de los trámites de pago directo son de Cirugías Programadas de los cuales el 45% se realiza de corta estancia.



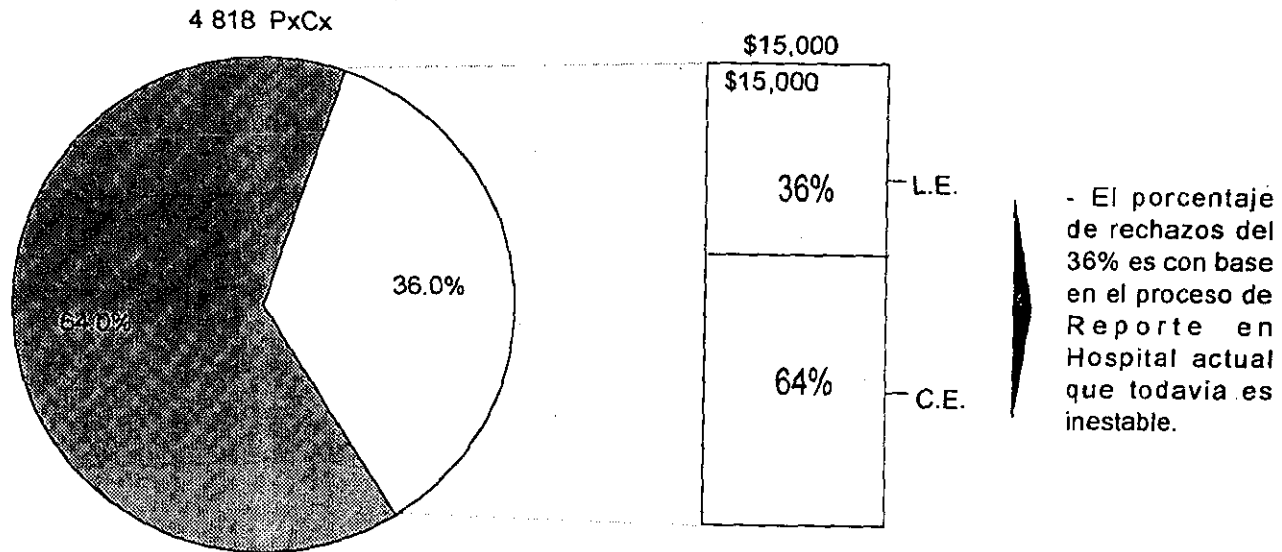
- El monto total egresado a junio de 1996 es de \$52 millones de pesos. - El monto total por rechazo es de \$12 millones de pesos

Fuente: ARME, Reporte de facturas, análisis calidad
 Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio

Fig. 20 Porcentaje de Rechazos implantando las mejoras al proceso.

Siguiendo el protocolo de Dictamen que se sigue en Reporte en Hospital existe un número de rechazos que representa el 36% : aplicado a Cirugías Programadas se traduce en un ahorro de \$6 000 000

Cifras en miles de pesos

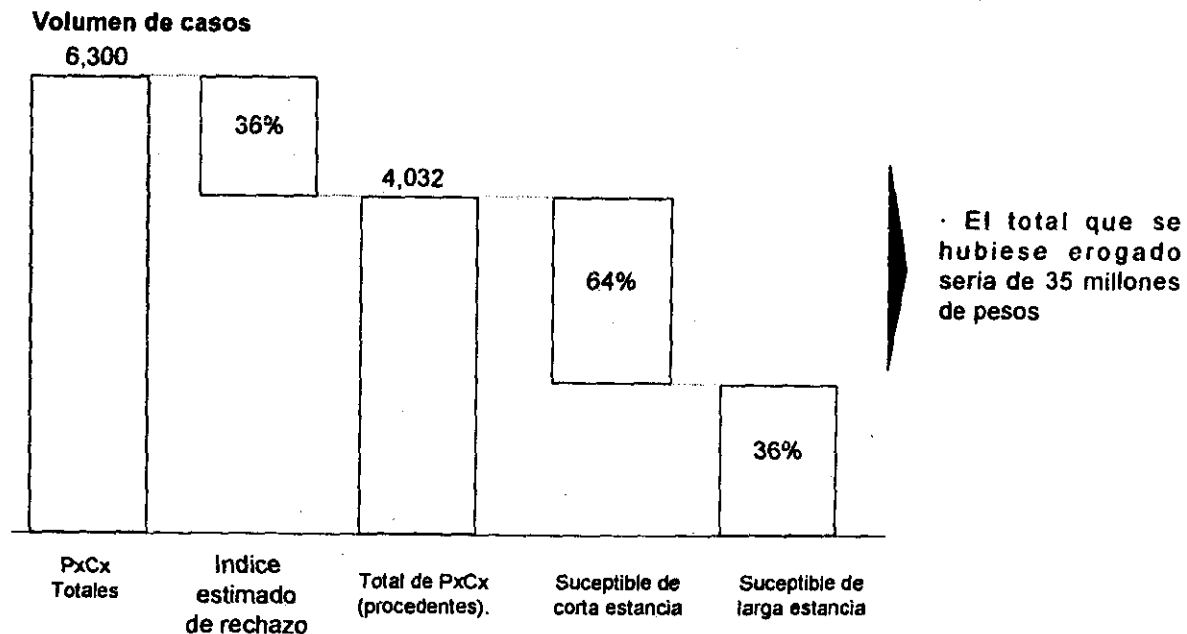


Fuente: Informe de Reporte en Hospital al 30 de agosto de 1996, Análisis Calidad

Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio. El 36% de rechazos se deben a las siguientes causas: falta info. médica, padecimiento no cubierto, padecimiento con periodo de espera, omisión de información, padecimiento preexistente, no se encuentra dado de alta en póliza, agotó suma asegurada, póliza emitida.

Fig. 21 Monto total que hubiera pagado la aseguradora con un correcto direccionamiento y un porcentaje de rechazo del 36% (tomado del proceso de Reporte en Hospital).

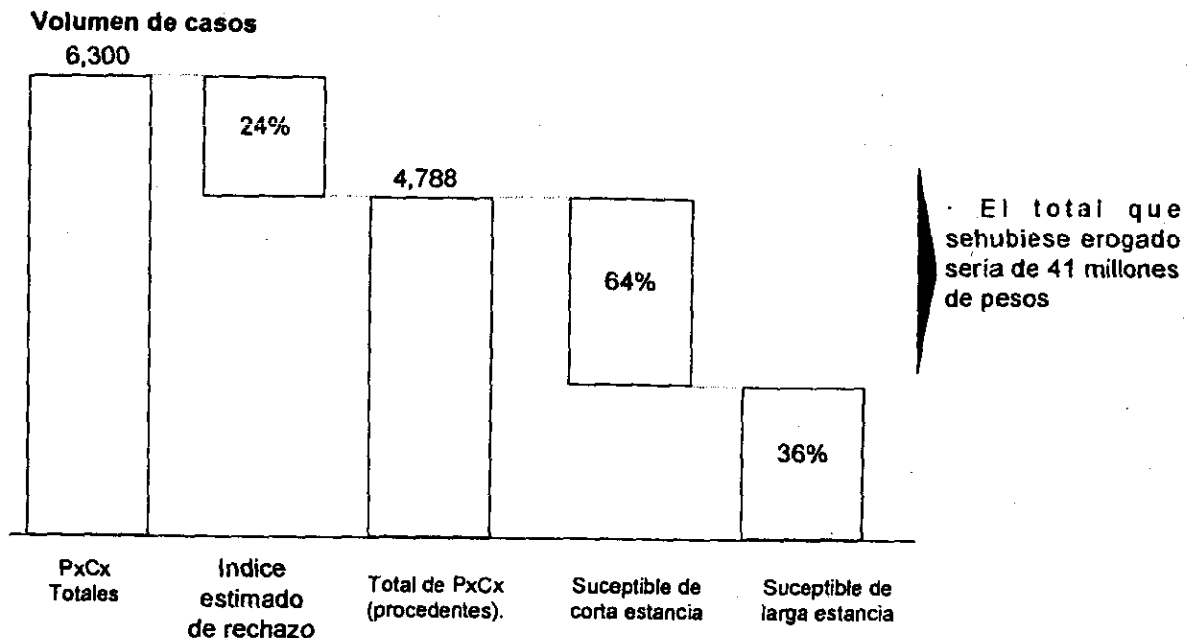
Del total de Cirugías Programadas que se tramitaron, el 64% son susceptibles de realizarse en corta estancia lo que representa un monto de \$15 millones de pesos



Fuente: Área médica ARME, análisis calidad
 Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio

Fig. 22 Monto total que hubiera pagado la aseguradora con un direccionamiento correcto y un porcentaje de rechazos del 24%.

Del total de Cirugías Programadas que se tramitaron, el 64% son susceptibles de realizarse en corta estancia lo que representa un monto de \$18 millones de pesos



Fuente: Área médica ARME, análisis calidad

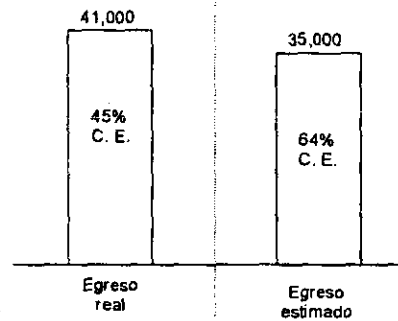
Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio

Fig. 23 Ahorro que se hubiera tenido aplicando el direccionamiento correcto y mejorando el porcentaje de rechazos.

Comparando el proceso actual contra el escenario propuesto, tomando en cuenta la variable de cortas estancias, se puede notar un beneficio dado el ahorro que representa

36% de rechazo.

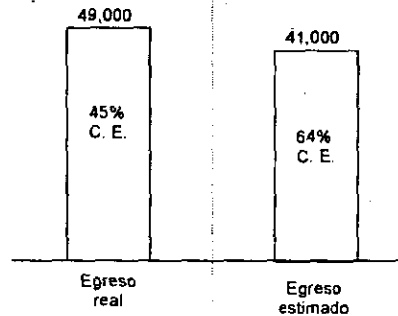
Cifras en miles de pesos



El escenario propuesto representa un ahorro de \$6 millones de pesos

24% de rechazo.

Cifras en miles de pesos

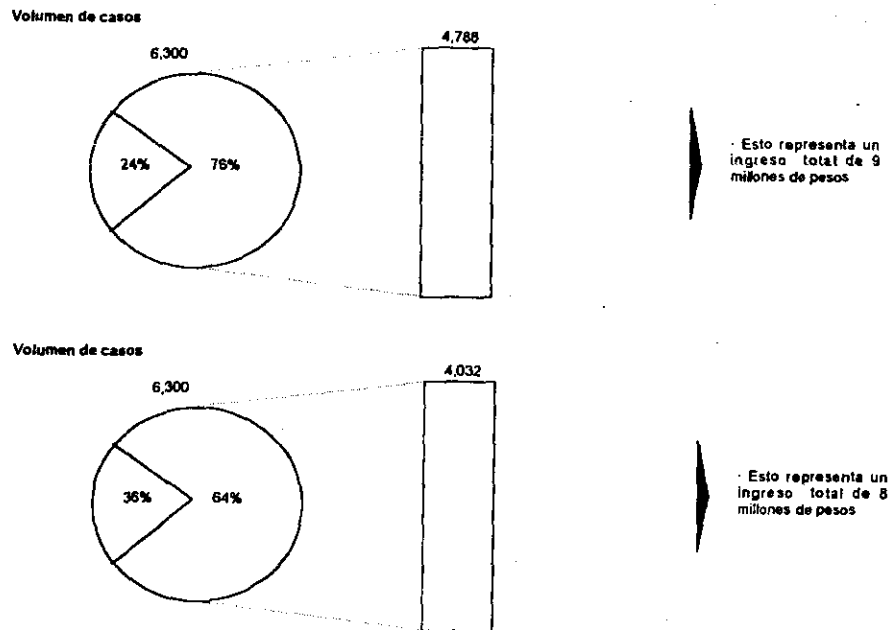


El escenario propuesto representa un ahorro de \$8 millones de pesos

Fuente: Análisis calidad

Fig. 24 Monto que ingresa a la aseguradora por concepto de deducible y coaseguro (escenario pesimista).

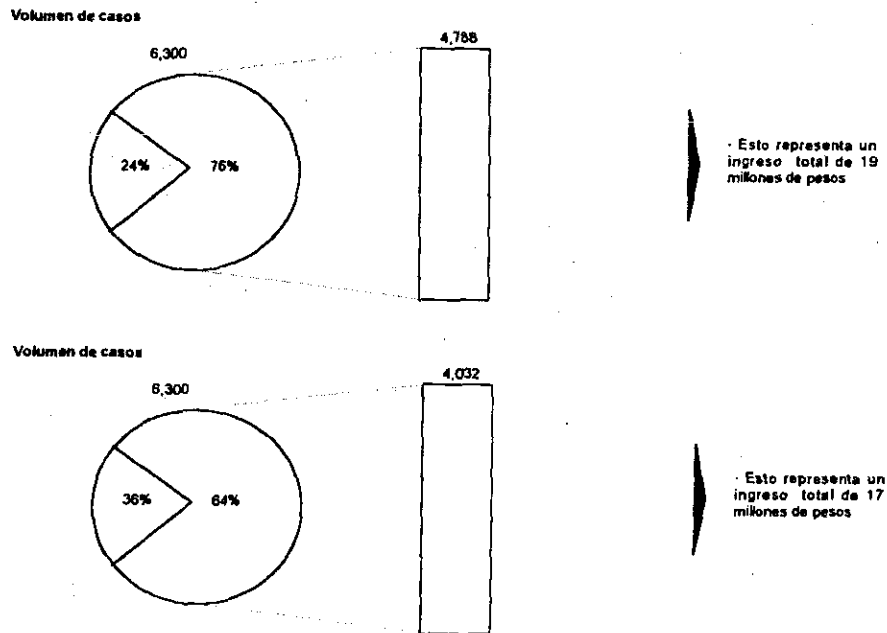
El monto que ingresa por concepto de deducible en un escenario pesimista es de 3 SMGM* por trámite realizado



* So tomó la base de \$ 670 pesos mensuales lo que representa un total de \$ 2,000 pesos
 Fuente: Estimaciones del área técnica salud, análisis calidad
 Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio

Fig. 25 Monto que ingresaría a la aseguradora por concepto de deducible y coaseguro (escenario optimista).

El monto que ingresa por concepto de deducible en un escenario optimista es de 6 SMGM* por trámite realizado



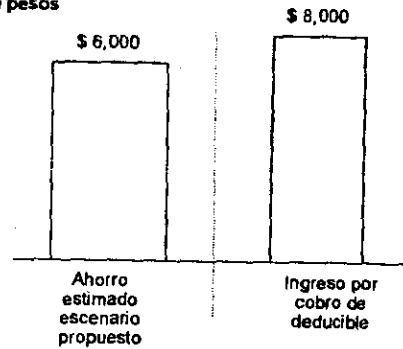
* So tomó la base de \$ 670 pesos mensuales lo que representa un total de \$ 4,000 pesos

Fuente: Estimaciones del área técnica salud, análisis calidad

Nota: La información se proyectó para obtener el periodo de enero a junio

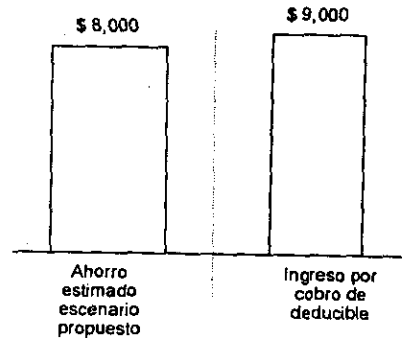
Fig. 26 Comparación entre el ahorro propuesto y el ingreso actual (escenario pesimista).
 Si se compara el ahorro que representa el escenario propuesto contra el ingreso estimado por deducible (3 SMGM).

36% de rechazo.
 Cifras en miles de pesos



Con la implantación del escenario el beneficio obtenido es \$2 millones de pesos inferior al ingreso por deducible.

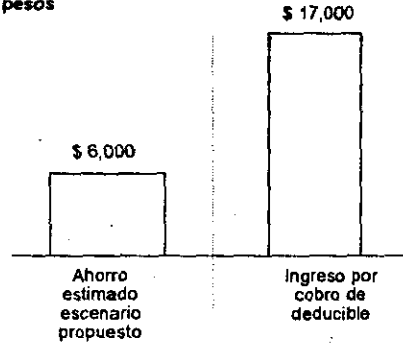
24% de rechazo.
 Cifras en miles de pesos



Con la implantación del escenario el beneficio obtenido es \$1 millón de pesos inferior al ingreso por deducible.

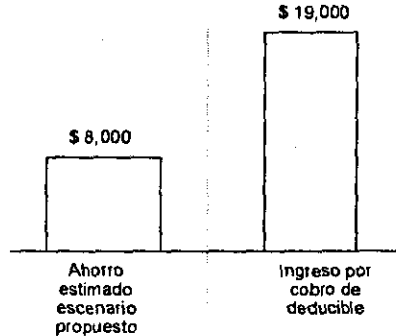
Fig. 27 Comparación entre el ahorro propuesto y el ingreso actual (escenario optimista).
 Si se compara el ahorro que representa el escenario propuesto contra el ingreso estimado por deducible (6 SMGM).

36% de rechazo.
 Cifras en miles de pesos



Con la implantación del escenario el beneficio obtenido es \$11 millones de pesos inferior al ingreso por deducible.

24% de rechazo.
 Cifras en miles de pesos



Con la implantación del escenario el beneficio obtenido es \$11 millón de pesos inferior al ingreso por deducible.

CONCLUSIONES.

Al ir aplicando la metodología desarrollada en el capítulo 2 de este estudio e ir adquiriendo mayor conocimiento del proceso de Cirugías Programadas, se pudo notar que el proceso tenía muchas áreas de oportunidad para mejorarlo, pero para dar orientación a las propuestas de mejora fue necesario considerar aquellas características de calidad que son importantes para los clientes externos principalmente, es decir, los asegurados y los agentes, su nivel de satisfacción y sus expectativas. Y al encontrarse en un mercado muy competido, también fue necesario conocer la percepción que se tiene de la competencia en el medio y su forma de trabajar en los momentos en los que el asegurado más lo necesita, esto es, en el hospital y al momento de decidir si el procedimiento quirúrgico a programar procede o no (dictamen médico).

Como se pudo observar en el capítulo 1 los problemas o áreas de oportunidad que tenía el proceso se agruparon en 6 grandes temas: servicio, apertura de expedientes, dictamen, carta respuesta, módulos y generales.

En todas estas áreas de mejora se pudo notar que existen cuellos de botella a lo largo del proceso sobretodo en las funciones de Barra, Servicio a los Asegurados y Apertura de Expedientes, y de éstas el cuello de botella más grande del proceso es la actividad de Apertura de Expedientes, ya que son más los casos que se reciben a los que se pueden procesar, y por tener que desempeñar algunas actividades administrativas que le disminuyen el tiempo para poder procesarlos (atender el teléfono, recibir faxes, recibir a los asegurados), por lo que la persona responsable de esta actividad tiene que laborar tiempos extra constantemente.

La actividad de Dictamen Médico a pesar de poder procesar todos los casos que ingresan en un día, su capacidad está subutilizada por el cuello de Apertura de Expedientes y tienen que trabajar con presión en ocasiones, ya que al momento de que los expedientes pasan de la actividad de apertura, el tiempo que resta para dar respuesta a los clientes es muy poco, por lo que no tienen la

oportunidad suficiente de desempeñar adecuadamente algunas de sus actividades como es el contacto médico.

A pesar de que existen cuellos de botella dentro del proceso, las cartas respuesta están listas para entregárselas a los asegurados en el tiempo establecido (5 días). Sin embargo la calidad de las cartas es mala en ocasiones, ya que al no haber un control de calidad sobre ellas se entregan con desviaciones en la información a los asegurados.

En cuanto a las expectativas y necesidades de los clientes se pudo observar que existe falta de información hacia los asegurados de la existencia de este proceso y de los trámites que se tienen que realizar.

Para los clientes que sí lo conocen o lo han utilizado esperan que se les solicite toda la documentación necesaria desde la primera vez para evitar dar varias vueltas y que el proceso se haga más largo y tortuoso para ellos, además que esperan que se les dé una respuesta más rápidamente, es decir, en 3 días en vez de 5.

En cuanto a los agentes desean que puedan realizar los trámites en las Oficinas de Servicio para evitar ir a hacerlos a la Oficina Matiz.

Al tener toda esta información se realizaron propuestas de mejora a la dirección del área de Salud de la compañía aseguradora para que con la visión que tenían del proceso se lograra tener un proceso de Cirugías Programadas que provocara un mayor nivel de satisfacción en los clientes, aumentara la utilización de éste y consiguiera principalmente clientes leales a la aseguradora. Por otro lado se buscó conseguir un proceso más rentable, proporcionando un mejor control de los costos aumentando la eficacia del momento de dictaminar las reclamaciones y así tener un mejor índice de siniestralidad y como consecuencia produjera mayores utilidades a los accionistas, mejores condiciones de trabajo para los colaboradores y empleados, y mayor participación y presencia de la compañía en el mercado asegurador.

Las mejoras que se diseñaron para el proceso de Cirugías Programadas en la propuesta, como se mencionó en el capítulo 3, están encaminadas a que las diversas funciones del proceso se realicen en línea, evitando así todos los tiempos muertos y esperas, con lo que se reduce el tiempo que se necesita para dictaminar los expedientes y así lograr satisfacer las expectativas de los clientes.

Para evitar que los clientes tengan que dar varias vueltas para realizar los trámites, se revisa desde el inicio que la documentación que se necesite esté completa, si no es así no se recibirán los documentos hasta que los estén.

Dentro de la propuesta se creó un nuevo personaje que es el Centro de Operación encargado de desempeñar varias actividades, entre las que se encuentra la de Apertura de Expedientes; aquí los responsables solamente desempeñarán esta actividad, las llamadas telefónicas y faxes que antes se recibían en la Barra de Programación, se recibirán aquí pero por otras personas; dentro de este Centro también se tendrá la actividad para agendar las visitas de los Médicos de Apoyo al hospital y revisar que el procedimiento quirúrgico que se programó sea en realidad el que se practicó, y así disminuir el número de reclamaciones fraudulentas. Esta última actividad se retomó del proceso de Reporte en Hospital.

Con la finalidad de mejorar el Dictamen, se introdujeron varios protocolos (los que actualmente se utilizan en el proceso de Reporte Hospitalario) con los que se espera mejorar la calidad del dictamen y así poder determinar con mayor eficacia y eficiencia qué reclamaciones se deben pagar y cuáles no.

Pero al momento de buscar un beneficio real para los asegurados que promoviera y aumentara su preferencia por este proceso. Fue entonces cuando se decidió realizar un análisis de los ingresos que tiene la aseguradora por los conceptos de deducible y coaseguro y compararlos contra los beneficios que (en teoría daría el nuevo proceso) se tendrían al implantar la propuesta del nuevo proceso. Se observó que el monto que recibe actualmente la compañía aseguradora es mayor al de la propuesta, por lo que a los asegurados que programen su cirugía en la aseguradora no se les

puede dar un beneficio que sea tangible para ellos, que es la eliminación del deducible y coaseguro. Es así como la propuesta de Cirugías Programadas no ofreció algún beneficio real a los asegurados sobre el proceso de Reporte Hospitalario. El proceso de Reporte en Hospital es preferido por los asegurados ya que en éste su ingreso al hospital es inmediato y así se tienen que evitar los trámites antes de su ingreso.

Como se pudo observar en el capítulo dos, para los asegurados el conocer si su reclamación procedió antes de realizar algún gasto hospitalario (antes de su ingreso al hospital), no es un beneficio real y tangible que el proceso de Cirugías Programadas pueda darles, como para utilizarlo en lugar del proceso de Reporte en Hospital.

Cabe mencionar que en el estudio para ver si se podía otorgar el beneficio de la eliminación del deducible y coaseguro para los asegurados, solamente se tomaron en cuenta los ingresos por el correcto direccionamiento y la correcta duración de la estancia en el hospital por parte de los pacientes (clasificación de corta y larga estancia), ya que el ingreso por el aumento del nivel de rechazos, fue considerado por la dirección de Salud como algo que se debe de dar en el proceso actual, es decir, la correcta y eficiente dictaminación de las reclamaciones.

Así mismo como la estrategia para la propuesta de Cirugías Programadas, desarrollada por la dirección del área de Salud, plantea la implantación sobre el nuevo proceso de Reporte en Hospital y así retomar algunos elementos, funciones y actores de éste, como se mencionó anteriormente. La etapa de implantación de la propuesta se detendrá indefinidamente hasta que se termine la implementación del proceso de Reporte Hospitalario y se establezca (periodo de prueba), para poder conocer cuáles son los beneficios que otorga y el comportamiento de todos los elementos en común y de todo el proceso en general.

En conclusión la propuesta del proceso de Cirugías Programadas no se implantará hasta que existan las condiciones y beneficios que permitan su adecuada realización.

BIBLIOGRAFÍA.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO; Introducción al Estudio del Trabajo; LIMUSA, Noriega Editores; Tercera Edición (Revisada); México D.F., 1994; 451 págs.

SPENDOLINI, Michael J.; Benchmarking; Grupo Editorial Norma; Primera Reimpresión; Colombia, 1994; 248 págs.

WALTON, Mary; El Método Deming en la Práctica; Grupo Editorial Norma; Colombia, 1992; 260 págs.

YAMANE, Taro; Estadística; HARLA; México D.F., 1974; 573 págs.

ANEXO 1

A continuación explicaremos algunos conceptos de las mediciones que se han tomado.

Barra.-

Llamadas telefónicas.- Las mediciones que se tomaron en esta actividad fueron las siguientes:

- a) Cuántas llamadas se hicieron y cuántas se recibieron
- b)Cuál era el motivo de cada llamada. Manejamos cuatro motivos básicos que son llamada interna de trabajo, información general , información sobre fax , personal.
- c) Duración de la llamada

Tiempo en que se tarda una persona en realizar el trámite.- Esta actividad consiste en medir el tiempo que se tarda una persona en realizar todos los trámites en la barra para su Programación de Cirugías.

Tiempo para entregar la carta respuesta.- El tramitante llega a la barra con su folio y solicita su carta de respuesta . La persona encargada de atenderlo tendrá que ir a los archivos, sacar la carta (6 copias) , sellarla y posteriormente entregársela al tramitante para que la firme.

Tiempo para imprimir un folio.- Una vez que ha sido capturada la información del tramitante en el sistema , manda a imprimir el folio.

Tiempo para imprimir una carta pase .- Después de que los médicos hayan realizado el descarte, se imprimirá la carta pase para ser archivada posteriormente.

Tiempo en que se tardan en revisar los documentos.- El tramitante entrega su documentación a barra y la persona encargada de atenderlo revisa sus documentos, para cerciorarse de que exista la información suficiente para la apertura del folio.

Tiempo que se tardan en meter los datos .- Una vez que han sido revisados los documentos, se inicia con la captura de los datos.

Tiempo que se tiene que esperar una persona para ser atendida.- El tramitante al llegar a la barra tiene que esperar unos minutos para ser atendido. Se registró la hora de llegada y la hora de atención.

Tiempo que se tardan para abrir un expediente .- Se ingresa al sistema y se revisa la información. Se realiza un análisis detallado de las características de la póliza . Se actualiza la información . El objetivo es proporcionarle al doctor toda la información que le pueda ser de utilidad.

Tiempo en que tarda en llegar el expediente a dictamen.- Una persona está encargada de recoger todos los casos y llevarlos con los médicos dictaminadores . Lo que tratamos de investigar es cuánto tiempo se demora un caso en barra.

A continuación presentaremos una explicación de los conceptos de medición que intentaremos llevar a cabo durante el proceso de dictamen.

Contacto:

Número de llamadas .- Cuántas llamadas se hicieron para localizar al doctor.

Tiempo de las llamadas .- Tiempo necesario para llegar a un acuerdo con el médico acerca de sus honorarios.

Resultado de la negociación .- Acuerdo al que se haya llegado con el médico.

Casos al día.- Cuántos casos son atendidos por día.

Dictamen:

Tiempo para revisar información.- Los médicos dictaminadores tienen que revisar la información de cada caso que les pasaron de barra.

Tiempo para dictaminar.- El médico dictaminador tiene que revisar la información, hacer un análisis del caso, contactar al médico, capturar la decisión que se haya tomado.

Otras actividades.- Tiempo que se tarda el médico en abrir expedientes o mandar a imprimir los honorarios.

Las mediciones realizadas son:

MEDICIONES EN BARRA

La información que se presentará a continuación fue tomada en el transcurso del día de 10:30 a 12:30.

Llamadas telefónicas recibidas

Los objetivos de las llamadas eran los siguientes.

- a) Llamada interna de trabajo
- b) Información
- c) Información sobre fax
- d) Personal

Motivo	Duración
Información	3 min
Información	1 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Información sobre fax	2 min
Personal	1 min
Información sobre fax	1 min
Información	4 min
Llamada interna de trabajo	4 min
Información	2 min
Tiempo Total	19 min

Llamadas hechas

Motivo	Duración
Información sobre fax	2 min 30 seg
Llamada interna de trabajo	1 min 30 seg
Información	3 min
Información	5 min
Tiempo Total	12 min

La siguiente tabla muestra el tiempo que se empleó en cada uno de los cuatro aspectos.

Motivo	Duración
Información	18 min
Llamada interna de trabajo	6 min 30 seg
Información sobre fax	5 min 30 seg
Personal	1 min
Tiempo Total	31 min

A continuación se muestra el tiempo en que se tardaron en atender a una persona.

Hora de llegada	Hora de salida	Duración
10:50	11:00	10 min
11:20	11:24	4 min
11:49	11:57	8 min
12:10	12:21	11 min

Tiempo que tiene que esperar una persona para ser atendida.

Hora de llegada	Hora de atención	Duración
10:47	10:50	3 min
11:17	11:20	3 min
11:45	11:49	4 min
12:05	12:10	5 min

Tiempo en que tardan en capturar datos	Tiempo que tardan en revisar datos
3 min	1 min
4 min	30 seg
3 min	1 min
4 min	50 seg

De las 12:30 a 14:30.

Llamadas recibidas

Motivo	Duración
Llamada interna de trabajo	1 min
Información	1 min
Llamada interna de trabajo	5 min
Personal	1 min
Información	30 seg
Información	1 min
Información sobre fax	1 min
Información sobre fax	30 seg
Información	4 min
Información sobre fax	5 min
Llamada interna de trabajo	10 seg
Llamada interna de trabajo	5 min
Información	2 min
Información	3 min
Información	10 seg
Información sobre fax	30 seg
Información	30 seg
Tiempo total	31 min 20 seg

Llamadas hechas

Motivo	Duración
Información sobre fax	3 min
Información	5 min
Información	5 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Llamada interna de trabajo	3 min
Tiempo total	20 min

Tiempo en cada uno de los cuatro procesos

Motivo	Duración
Información	25 min 10 seg
Llamada interna de trabajo	15 min 10 seg
Información sobre fax	10 min
Personal	1 min
Tiempo total	51 min 20 seg

Tiempo que se tardaron en atender a una persona

Hora de llegada	Hora de salida	Duración
1:46	1:49	3 min
1:47	1:55	8 min
2:09	2:20	11 min
2:11	2:20	9 min
2:13	2:24	11 min

Tiempo en el proceso de entregar Cartas Respuesta

Tiempo para entregar	Tiempo para imprimir	Tiempo para sellar y firmar
3 min 30 seg	1 min 30 seg	1 min 10 seg
4 min	2 min	1 min 30 seg
4 min 30 seg	2 min 30 seg	1 min
3 min	3 min	1 min 15 seg
5 min	2 min	1 min 15 seg

Tiempo que espera una persona en ser atendida

Hora llegada	Hora de atención	Duración
1:49	1:54	5 min
2:09	2:15	6 min
2:13	2:19	6 min
2:22	2:27	5 min
2:23	2:30	7 min

Tiempo de captura y revisión de datos

Tiempo que tardan en capturar datos	Tiempo que tardan en revisar datos
4 min	30 seg
4 min	40 seg
3 min	1 min
3 min 30 seg	50 seg
3 min 30 seg	30 seg

MEDICIONES APERTURA DE EXPEDIENTE

Las siguientes mediciones se hicieron durante el transcurso del día de 11:00 a 1:00 p.m.

Llamadas hechas	Llamadas recibidas
2 min	2 min
1 min	2 min
3 min	1 min
2 min	5 min
Tiempo Total 8 min	5 min
	4 min
	Tiempo Total 19 min

Tiempo que tarda en abrir expediente.

Tipo de póliza	Duración
1.- Grupo	8 min
2.- Colectiva	13 min
3.- Individual	10 min
4.- Individual	9 min
5.- Colectiva	20 min
Tiempo promedio	12 min
Tiempo Total	60 min

MEDICIONES DICTAMEN

Las siguientes mediciones se tomaron en el transcurso de dos días de 11:00 am a 2:00 pm . Estas mediciones se hicieron básicamente sobre las principales labores que desempeñan los médicos dictaminadores.

- a) Sustraer información de los sistemas
- b) Revisar informe médico
- c) Recibir llamadas
- c) Tabular
- d) Contactar al médico o asegurado
- e) Descartar

Llamadas recibidas

Información de honorarios	4 min
Respuesta de la carta rechazo	1 min 30 seg
Llamada interna de trabajo	2 min
Llamada interna de trabajo	2 min
Información general	6 min
Información general	4 min
Respuesta de carta pase	3 min
Contactar médico	6 min
Información sobre honorarios	4 min
Respuesta de carta pase	2 min
Llamada interna de trabajo	2 min
Llamada interna de trabajo	5 min
Respuesta de carta pase	2 min
Información general	6 min
Información general	5 min

Llamadas hechas

Contactar médico	6 min
Contactar médico	7 min
Contactar médico	4 min
Contactar asegurado	2 min
Contactar médico	5 min
Llamada interna	2 min

Tiempo que tarda el médico para revisar la información.

INICIA REVISIÓN	TERMINA REVISIÓN	DURACIÓN
11:16	11:20	4 min
11:48	11:52	4 min
12:04	12:07	3 min
12:16	12:20	4 min
12:32	12:36	4 min
12:56	12:58	2 min
1:07	1:11	4 min
1:31	1:36	5 min
1:50	1:52	2 min

Tiempo que se tarda en negociar con el médico.

INICIO DE LLAMADA	FIN DE LLAMADA	DURACIÓN
11:20	11:24	4 min
11:52	11:58	6 min
12:20	12:27	7 min
12:40	12:44	4 min
12:58	1:04	6 min

Tiempo que se tarda en tabular.

3 min 30 seg
3 min
3 min 10 seg
4 min
3 min 20 seg
3 min
3 min 30 seg

Tiempo que se tarda en descartar.

4 min
4 min 30 seg
3 min 30 seg
4 min
4 min 10 seg
6 min
4 min

Tiempo que se tarda en revisar información de AZUL

2 min
2 min
2 min 30 seg
2 min 10 seg
1 min 30 seg

Tiempo que tarda la operación de dictamen

INICIO	FIN	DURACIÓN
11:16	11:31	15 min
11:48	12:03	15 min
12:04	12:15	11 min
12:16	12:31	15 min
12:32	12:55	22 min
12:56	1:06	10 min
1:07	1:30	23 min
1:31	1:39	8 min
1:40	1:48	8 min

De las 8:30 a 11:00.

Llamadas recibidas

Motivo	Duración
Llamada interna de trabajo	1 min
Información general	3 min
Llamada interna de trabajo	1 min
Información general	4 min 30 seg
Información general	8 min 30 seg
Información general	5 min
Información general	1 min
Llamada interna de trabajo	30 seg
Tiempo total	24 min 30 seg

Llamadas hechas

Motivo	Duración
Contactar médico	5 min
Contactar agente	1 min
Contactar médico	4 min
Contactar asegurado	2 min
Contactar médico	4 min
Contactar médico	5 min
Tiempo total	21 min

Tiempo para revisar información	Tiempo para tabular
2 min	3 min
3 min	3 min
3 min	3 min 30 seg
2 min	3 min
3 min	3 min

Tmpo que tarda en negociar con médico	Tmpo para revisar información en AZUL
5 min	2 min
4 min	3 min
4 min	3 min
5 min	2 min
Tiempo total 18 min	3 min

Tiempo que tarda la operación de dictamen

8 min	
9 min	
20 min	
10 min	
15 min	
12 min	
6 min	
8 min	
Tiempo total	88 min

Observaciones.-

- La razón por la cual existen horarios diferentes es para brindar servicio 12 hr. al día . De esta manera se logra proporcionar servicio en la tarde para nuestros clientes. Por otra parte no existe el equipo necesario para que trabajen todos los médicos .
- Debido al notorio cuello de botella en la apertura de expedientes, muchas veces los médicos tienen que esperar para dictaminar hasta que el expediente haya sido abierto.
- Se dictaminan alrededor de 40 y 45 casos diarios
- Si el caso es urgente y se atiende temprano se trata de contactar al médico máximo 2 veces. Si el caso no es urgente se intenta contactar al médico 3 veces y si no se localiza se deja mensaje.

Tiempo total de cada Actividad por día

Función	Actividad	Tiempo total (hrs)
Barra de Programación	Teléfono	2.34
	Trámites	5.46
	Carta Respuesta	2.14
	Impresiones	0.36
	Fax	0.77
Apertura de Expedientes	Expedientes	5.5
	Pend. Barra	2
	Pend. Expedientes	3.14
	Ap. exp. Reporte Hospital	2.42
	Módulo Metropolitano	1.93
Dictamen	Dictamen	1.1
	Contacto	1.8
	Tabulación	0.68
	Teléfono	2.63
	Descarte	0.86

Anexo 2

GUÍA DE EXPECTATIVAS

No. póliza _____ Nombre _____

Puntos de Contacto:

- 1.-Servicio telefónico
- 2.-El asegurado entrega documentación.
- 3.-Entrega de la Carta Pase.
- 4.-Admisión en el Hospital
- 5.-Estadía en el Hospital.
- 6.-Salida del Hospital

Guía

Servicio telefónico

1.- ¿Usted llamó antes a GNP?

Si No

2.-¿Qué esperaba de la respuesta en una llamada telefónica?

3.-¿Qué tipo de servicios le gustaría que se ofrecieran por teléfono?

Entrega documentación.

4.- ¿Qué esperaría de la solicitud de información sobre el trámite?

-Servicio.

-Oportunidad.

-Presentación (folleto, carta, platicado, etc).

5.-¿A través de qué medios le gustaría realizar el trámite para dar aviso de la programación de su cirugía?

-Por medio del módulo, del agente, del médico u otros.

-Actitud de las personas que lo atendieron

Carta Pase

6.-¿Cómo esperaría que fuera el servicio cuando se le entrega su carta pase?

-Quién le gustaría que se la entregara

6.1.-¿Cuántos días consideraría oportunos para la entrega de la carta?

6.2.-¿ Qué información le gustaría que contuviera la carta pase?

6.3¿Cómo se imagina /quisiera que fuese la forma que debería tener la carta?

Admisión al hospital

7.-¿Cómo esperaría que fuera la admisión en el hospital?

-Oportunidad

-Calidad

7.1¿Espera algún apoyo de GNP (personal o telefónico) durante su admisión?

Estadía en el hospital

8.-¿Qué esperaba de GNP durante la estadía en el hospital?

8.1.-¿Qué tipo de contacto le gustaria tener con GNP durante su estancia?

-Le gustaria que durante su estancia lo visitara una persona de GNP.

-Cuándo considera oportuna esta visita.

-Número de visitas.

-Preferiría que únicamente le llamen por teléfono.

Salida del hospital

9.-¿Durante la salida del Hospital qué tipo de apoyo esperaba por parte de GNP?

-Le gustaria que estuviera presente alguna persona de GNP.

-Servicio.

-Oportunidad

-Calidad

-Asesoría

10.-¿Desearia algún servicio extra además de los prestados?

11.-¿Qué papel debe de jugar su agente de seguros en estos trámites?

Anexo 3

Tabulación de las encuestas de expectativas de los clientes.

	Asegurado	Agente	Global
1.-Llamó antes a GNP			
Si	13	13	26
No	8	8	16
2.-Qué espera del CISM			
Amable	13	12	25
Contesten al 1 ó 2 timbrado, máx. 2 minutos	9	12	21
El servicio es adecuado	6	8	14
Información Completa	7	5	12
Información veraz	6	3	9
Buena atención	2	3	5
Agil (que las personas que atienden sepan lo que hacen)	2	3	5
Concisos	1	2	3
Información actualizada	2	1	3
Todas las personas que atienden den la misma inform.	1	2	3
Apoyo		3	3
Más personal	1	1	2
Que escuchen a la gente	1	1	2
Eficaz		1	1
Que confirmen las fechas de entrega de la carta pase		1	1
Más líneas de teléfono (conmutador)		1	1
Terminología común	1		1
Que expliquen con calma	1		1
Mismo servicio al de Pago Directo		1	1
Que solucionen cualquier problema	1		1
3.-Otros servicios CISM			
Los servicios que actualmte. se dan son los necesarios	7	8	15
Información General	3	2	5
Información sobre documentación	1	3	4
Resolver rechazos o aceptaciones	1	2	3
Informac. sobre lugares donde ir para realizar trámites	1	1	2
Que se pueda acceder la inf. automáticamente		2	2
Que se pueda programar por tel.	1	1	2
Explicar Reembolsos	1		1
Tablas de intervención quirúrgica		1	1
Apoyos en fines de semana		1	1
Inf de hosp. fuera de D.F.		1	1
Que se puedan llenar los informes médicos por tel.		1	1
Que se pueda programar por fax		1	1

	Asegurado	Agente	Global
4-Solicitud de información sobre el trámite			
Folleto (explique paso a paso el trámite)	9	13	22
Trámites no tarden mucho tiempo	4	4	8
Información completa	4	3	7
Amable	3	2	5
El servicio es eficiente	3	2	5
Carta	2	2	4
Gente más capaz y con más criterio (médicos)	2	1	3
Más personal para atender en la barra de prog.	1	2	3
Dar seguimiento a las cosas	2		2
Por teléfono	1	1	2
Conciso	2		2
Oportuno		2	2
Simplificar requisitos	2		2
Hay comunicación con la barra	2		2
No afecten los problemas de GNP-Hosp al cliente		1	1
Dar opciones de hospitales	1		1
Facilidad para encontrar a alguien que apoye		1	1
Usar terminología común	1		1
Hacer manuales (diag. de flujo más claro)	1		1
5.- Medio para aviso de Progr. de Cirugía			
Por fax	7	8	15
Por teléfono	6	8	14
En la oficina de servicio correspondiente	2	7	9
En los Centros Regionales	2	4	6
Que el agente haga todo el trámite	4	1	5
En la barra de información	2	2	4
Trámite en el hospital	2	1	3
Que el médico haga todo el trámite	2	1	3
Correo electrónico	1	2	3
En el módulo del hospital	1	2	3
Por medio de mensajero		1	1
6.-Entrega de la Carta Pase			
Que el agente la recogiera	4	5	9
Que la entreguen en el hospital	4	3	7
Que la entreguen por fax	6	1	7
Se entregue en barra de programación		6	6
Cartas a tiempo (fecha promesa)	3	3	6
Que se entregue en el domicilio del cliente	1	2	3
Que la recoja el médico	3		3
Recoger en la ofina de servicio correspondiente	1	2	3
Que la manden por correo	2		2
Sin errores		2	2
A través de la Gerencia		2	2
No existán obstáculos para la entrega	2		2
Que en la barra de progr. haya un lugar dode sentarse	1		1
Por correo electrónico		1	1
Que esté bien el servicio	1		1
Que den la información completa	1		1
Si está antes de la fecha promesa avisen para recogerla		1	1
Que cliente venga a recogerla	1		1

	Asegurado	Agente	Global
7.-No. de días para la entrega de la carta			
3 días hábiles	9	13	22
5 días hábiles	9	6	15
2 días hábiles	1	3	4
4 días hábiles	1	2	3
10 días hábiles	1		1
8.-Información en la carta pase			
La información actual es adecuada	16	20	36
Tel. para hacer aclaraciones	1	1	2
Explicar los conceptos en la parte de atrás	1	1	2
Explicar qué se debe hacer con la carta	1		1
Tipo de cuarto y qué servicios se tienen en el hosp.	1		1
Teléfonos para localizar a los doctores		1	1
9.-Presentación de la carta pase			
La presentación de la carta es adecuada	12	17	29
Con letra legible	2	1	3
Que sea más vistosa	1	1	2
Que sea fácil de leer	2		2
En un sobre	1	1	2
Con un folder más grueso y de mejor presentación	1	1	2
Distingan partes más importantes (que cubre el seguro)	1	1	2
Que sea concisa	1		1
Con carátula dirigida al asegurado		1	1
Dirigida al hospital	1		1
A máquina	1		1
10.-Admisión en el hospital			
No burocratización, atiendan inmediatamente (5 a 15 min)	13	10	23
Amable (que te traten como persona)	5	6	11
No haya problemas cuando se entrega la carta	4	4	8
Atento	2	4	6
Más gente en el módulo del hospital siempre	1	4	5
El servicio actual es adecuado	1	3	4
Personas capacitadas	2	1	3
Mejor comunicación entre GNP y el hospital	1	2	3
Que reciban con trato preferencial	1	1	2
Que no pidan depósito o tarjeta de crédito	2		2
Que el hospital pregunte si es asegurado y pida la carta	1		1
Que la autorización este 1 día antes del ingreso	1		1
Que se garantice el servicio	1		1
Entrar con la credencial y luego entregar carta		1	1
Que acepten cartas por fax		1	1

	Asegurado	Agente	Global
11.-Apoyo de GNP en admisión			
Un asesor presente	5	7	12
El apoyo que se recibe es el necesario	4	3	7
Que resuelvan dudas	3	3	6
Comunicación con algún representante siempre	5	1	6
Módulos abiertos en fin de semana	1	4	5
Que hagan los trámites ágiles	2	2	4
Por teléfono	2	1	3
Que no haya problemas con la sala de operación		1	1
No es necesario que haya alguien		1	1
Que informen al hospital qué asegurados van		1	1
Tengan listo el cuarto		1	1
12.-Estadía			
El servicio que se da actualmente es satisfactorio	9	7	16
Que explique el médico qué cubre el seguro y qué no	3	5	8
GNP al pendiente de todo	2	4	6
Mantenga GNP el convenio y lo estipulado en la carta	3	1	4
Médico al pendiente de los papeles	4		4
Que haya módulo		3	3
Capacitación a la gente del hospital	1	1	2
Un asesor	1		1
Apoyo económico	1		1
13.-Contacto de GNP durante la estadía			
Visita de un médico de GNP	4	9	13
Por teléfono (preguntando si todo está bien)	8	2	10
Visita del agente	4	4	8
Visita de GNP que no sean el médico o el agente	4	3	7
Ninguno	5		5
Carta, tarjeta		4	4
Recuerdito de GNP (chocolates, flores, etc.)	3	1	4
Que le nazca ir	1		1
14.-Apoyo GNP salida			
Que GNP arregle el pago (que no molesten al cliente)	3	6	9
Que el agente apoye	6	2	8
Que atiendan inmediatamente (10 a 20 min)	2	5	7
Trámites ágiles	2	3	5
Orientación para los proced. posteriores (tratamientos)		3	3
Que pregunten cómo estuvo el servicio	2	1	3
Que no haya problemas	2	1	3
Que el médico asesore	3		3
Ayuda del módulo		3	3
Traslado al domicilio del cliente	1		1
Que GNP pague el coaseguro	1		1
Area especial para los asegurados	1		1

	Asegurado	Agente	Global
15.-Servicios extra			
Hacer los trámites en otro lado (C.R. y O.S.)	1	2	3
Que se hagan visitas de información	1		1
Menos papeleo	1		1
Tel. con línea exterior gratuito en el CERA		1	1
Que se tenga un crédito para servicios extra en el hosp.		1	1
Más módulos		1	1
Cliente conozca los criterios del dictamen	1		1
GNP pague estancia de un familiar en casos delicados	1		1
Folletería para actualizar la información	1		1
GNP incluya el estacionamiento o haya pase o convenio	1		1
16.-Papel del agente			
Dé asesoría e información completa	12	11	23
Ayude y asesore en trámites	5	7	12
Fundamental en el servicio	2	9	11
Que haga todos los trámites	4	3	7
Debe tener contacto continuo	1	3	4

Encuestados en Hospital	Asegurado	Agente	Global
1.- Solicitud de información sobre el trámite			
Información sobre lo que cubre el seguro y lo que no	2		2
Folleto (info. trámites paso a paso, detallado)	2		2
Médico oriente en los trámites	1		1
Agente informe y ayude	1		1
2.- Medio para programar la cirugía			
El médico realice el trámite	3		3
El agente realice el trámite	1		1
En el módulo del hospital por comodidad	1		1
3.- Servicio de la entrega de carta pase			
Médico haga todo el trámite	5		5
4.- Días para entregar la carta pase			
3 días	5		5
5.- Información en la carta pase			
La información es la adecuada	2		2
Expliquen las fechas (a veces hay diferentes fechas)	1		1
Expliquen conceptos (ej: gastos personales)	1		1
Información veraz (errores en coaseguro y deducible)	1		1
6.- Presentación de la carta pase			
La presentación actual es adecuada	5		5
7.- Admisión en el hospital			
Atención rápida (10 a 20 minutos)	4		4
Acepten la carta pase sin problemas	2		2
Amable	1		1
Agente al pendiente	1		1
Medio al pendiente de todo	1		1
Módulo proporcione toda la información	1		1
Haya siempre alguien en el módulo	1		1
8.- Apoyo GNP en admisión			
El servicio actual es adecuado	3		3
Asesore el médico en convenio	1		1
Una persona siempre en el módulo	1		1
9.- Qué espera de GNP en estadia			
El apoyo es el adecuado	3		3
El médico se haga cargo de todo	1		1
Se especifique lo referente al deducible y coaseguro	1		1

	Asegurado	Agente	Global
10.- Contacto con GNP en la estadia			
Visita médico GNP	2		2
Visita representante de GNP (ver si todo está bien)	1		1
Por teléfono (ver si todo está bien)	1		1
Visita del agente	1		1
11.- Apoyo de GNP en la salida			
Rápido (10 a 20 minutos)	3		3
Sin problemas	2		2
Información sobre qué se va a pagar	2		2
Información sobre qué papeles se necesitan	2		2
GNP haga todos los trámites, a la salida tener todo listo	1		1
Asesoría del módulo (qué se tiene que hacer)	1		1
12.- Servicios extra			
GNP pague el paquete de admisión	3		3
Apoyo a familiares (estacionamiento, cama extra, etc)	1		1
13.- Papel del agente			
Asesoría y de información	3		3
Apoyo en trámites	3		3
Resuelva dudas	2		2
Esté al pendiente de todo	1		1
Contacto continuo	1		1

Comentarios:

ASEGURADOS:

- Es muy ágil y rápido el trámite
- Dar más información antes de que pasen las cosas
- Que en las tarjetas de Monterrey aparezca que está incluido médica móvil
- En el Hospital Metropolitano GNP no paga
- No hay gente en el módulo (2)
- Que Médica Móvil brinde información sobre los médicos en convenio
- Que se tome en cuenta la antigüedad para las coberturas
- den al cliente el nombre de las personas que participaron en su estancia
- Checar los tabuladores, hay operaciones muy sencillas pagadas muy caro y viceversa
- En el hosp. Angeles al programar la salida a las 11:00, programan a mucha gente y por eso se tardan hasta 4 ó 5 hrs. en poder hacer el trámite y salir.
- Cómo se puede seguir con el seguro, si se sacó en la escuela y se quiere contar con la antigüedad

AGENTES:

- Más personal en los módulos
- El agente debe conocer la tabla de honorarios médicos.
- Recoger diario recibos de honorarios médicos
- Bajen el precio de las primas
- Opina que GNP no quiere pagar
- Gente más capaz (ajustadores médicos)
- Gente en el hospital 24 hrs al día.
- Sistema de pago pésimo
- Muy poca información de prestigio
- Disminuir tiempos en reprocesos
- No ha tenido ningún problema al programar cirugías
- El agente debe saber qué problemas hay con anticipación a la fecha programada
- Que se mejore la comunicación entre GNP y los módulos, pues carecen de muchos datos
- Que sigan siendo los mejores hospitales los que estén en convenio.
- Que mejoren los planes de acuerdo al tiempo.