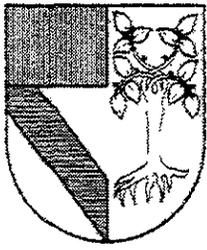


308917



UNIVERSIDAD PANAMERICANA

55

2ej.

ESCUELA DE INGENIERIA

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**MEJORA EN LA CALIDAD DEL
SERVICIO DEL PROCESO DE REPORTE
EN HOSPITAL DE UNA ASEGURADORA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
INGENIERO MECANICO ELECTRICISTA
AREA: INGENIERIA INDUSTRIAL
POR ESENTAN:
RICARDO VILLASIS RIVERA Y RICARDO GONZALEZ ROMERO**

DIRECTOR DE TESIS: FIS. FRANCISCO ORTIZ ARANGO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

265204

1998



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.

DEDICATORIAS DE RICARDO GONZALEZ ROMERO

A Dios.

“Por que siempre me ha dado mas de lo que merezco”.

A mis padres.

“Por su apoyo, cariño, amor, y paciencia toda la vida”.

A mis hermanos.

“Por su amor y comprensión todo momento”.

A Ivonne.

“Por su amor y comprensión en todo momento”.

A mis amigos.

“Por los buenos momentos que hemos vivido”.

DEDICATORIAS DE RICARDO VILLASIS RIVERA

A Dios.

“Por su eterno amor y compañía”.

A la Virgen María.

“Por su amor y comprensión”.

A mis padres.

“Por su amor, amistad, cariño, en todos los momentos de mi vida”.

A mi hermana.

“Por su apoyo y amor”.

A Cristina.

“Por que su amor y alegría siempre están conmigo”.

A mis amigos

“Por todo lo que me han dado y compartido”.

INDICE

Introducción.	1
Capítulo 1.- Situación Actual.	4
1.1.- Fotografía del Proceso Actual.	5
1.1.1.- Ingreso al Hospital.	5
1.1.2.- Reporte de Ingreso.	6
1.1.3.- Aviso de Ingreso.	7
1.1.4.- Recopilación de Informe Médico.	8
1.1.5.- Visita al Asegurado.	9
1.1.6.- Apertura de Expedientes.	9
1.1.7.- Dictamen.	10
1.1.8.- Entrega del Dictamen.	10
1.2.- Conocimiento del Cliente.	11
1.2.1.- Resultados del Conocimiento del Cliente.	12
1.3.- Conocimiento del Proceso.	13
1.3.1.- Entrevista a los actores del Proceso.	13
1.3.1.1.- Observaciones Médicos Dictaminadores.	14
1.3.1.2.- Observaciones Centro de Operaciones.	16
1.3.1.3.- Observaciones Médicos de Apoyo.	16
1.3.1.4.- Observaciones Asesores de Servicio.	18
1.3.2.- Mediciones y Observaciones del Proceso.	19
1.3.2.1.- Mediciones en Hospitales.	19
1.3.2.2.- Observaciones en Hospitales.	24

1.3.2.3.- Mediciones con Médicos de Apoyo.	28
1.3.2.4.- Observaciones con Médicos Dictaminadores.	34
1.3.2.5.- Medición del Tiempo del Proceso.	35
1.3.2.6.- Observación del Tiempo del Proceso.	42
Capítulo 2.- Metodología: “Mejora Continua de Procesos”	46
2.1.- Pasos de la Metodología.	47
2.1.1.- Visión del Proyecto a Mejorar.	47
2.1.2.- Misión del Proyecto a Mejorar.	48
2.1.3.- Delimitar Fronteras del Proyecto.	49
2.1.4.- Beneficios del Proyecto.	50
2.1.6.- Propuesta de Mejora.	50
2.1.7.- Desarrollo de la Propuesta y de Procesos Ideales.	51
Capítulo 3.- Aplicación de la Metodología y Propuesta.	54
3.1.- Visión Estratégica.	55
3.2.- Misión.	55
3.3.- Alcances.	56
3.4.- Beneficios.	56
3.5.- Situación Propuesta.	57
3.5.1.- Oportunidad.	59
3.5.1.1.- Cirugía Programada por Médico Tratante.	59
3.5.1.2.- Aviso de Ingreso.	62
3.5.1.3.- Recopilación de Información.	65

El presente trabajo de investigación, se elaboró para mejorar la calidad en el servicio en el proceso de “Reporte en Hospitales” que se utiliza en el área de salud de una aseguradora mexicana. El cual tiene un gran impacto en la percepción del servicio que reciben los asegurados.

Este proceso está diseñado para entregarle un dictamen (Reporte), al cliente sobre la procedencia o rechazo del pago del “Seguro de Gastos Médicos” que contrató con la aseguradora. Lo cual implica que este resultado deberá entregarse con: Oportunidad, amabilidad, y sobre todo cuidando los puntos de contacto entre el cliente y la aseguradora.

De manera general el proceso de “Reporte en Hospitales” funciona de la siguiente manera:

1. El proceso comienza cuando un asegurado ingresa al hospital y necesita que la compañía de seguros pague algún servicio hospitalario. Y éste se presenta en alguno de los hospitales que están en convenio con la aseguradora.
2. El hospital le informa a la compañía de seguros, que uno de sus clientes ha ingresado al mismo.
3. La aseguradora revisa las condiciones de la póliza del asegurado, y envía a un Médico de Apoyo al hospital, para que éste recopile expediente médico del asegurado en un informe.
4. Una vez que se tiene el informe médico este se envía a la aseguradora.
5. En la aseguradora un médico dictaminador, determina un dictamen para el pago de los servicios médicos.
6. Una vez que se tiene el dictamen un representante de la aseguradora, le entrega este reporte al asegurado personalmente.

Este proceso no es muy complejo, sin embargo actualmente los asegurados no están satisfechos con la calidad en el servicio que reciben por parte de la compañía de seguros, y esto se debe principalmente a los errores y al diseño del proceso de “Reporte en Hospitales”. Por lo tanto en

esta tesis se propone un rediseño del proceso para mejorar la calidad en el servicio a los asegurados.

En el primer capítulo se presenta un análisis de la situación actual del proceso de “Reporte en Hospitales”, y los antecedentes de la problemática, en este capítulo también se muestra el conocimiento del cliente y del proceso actual.

En el segundo capítulo se presenta la metodología que se utilizó para resolver el problema, esta metodología se conoce como “Mejora Continua de Procesos”.

El tercer capítulo describe la aplicación de la metodología al proceso de “Reporte en Hospitales”, donde se proponen una serie de cambios en las operaciones que integran al mismo, con el fin de mejorar la calidad en el servicio que recibe el cliente. Además se muestran la visión, misión, alcances y beneficios del proyecto.

Por último se describen las conclusiones que resultan después de realizar esta obra.

En este capítulo se muestra una fotografía del proceso de “Reporte en Hospitales” en el cual podemos notar el funcionamiento del mismo hoy en día y las funciones de las personas que intervienen en él. Se introducen los conceptos de conocimiento del proceso y conocimiento del cliente, el primero consta de tres etapas que son entrevistas, conclusiones y mediciones. Y el segundo se refiere a conocer el grado de satisfacción actual del asegurado, que se obtuvo por medio de entrevistas telefónicas. Asimismo se detectan áreas de oportunidad clarificando el análisis de la problemática actual.

El objetivo de este capítulo es identificar el momento por el cual está pasando el proceso de Reporte en Hospital, respondiendo a preguntas como: ¿En dónde estamos situados hoy día?, ¿Cuáles son nuestras ventajas y desventajas?, ¿Cuáles son las áreas de oportunidad?

1.1.- FOTOGRAFIA DEL PROCESO ACTUAL

1.1.1.- INGRESO AL HOSPITAL

El proceso de Reporte en Hospitales comienza cuando un asegurado desafortunadamente acude a un hospital que tiene convenio con la aseguradora, para ser tratado médicamente. Los clientes pueden ingresar de dos maneras: En calidad de urgencia, o bien cuando un médico que no está relacionado con la aseguradora le pide al cliente que acuda al hospital para ser tratado.

En el primer caso, los familiares del paciente, se dirigen al área de admisión en el hospital para firmar el contrato de ingreso al mismo, y en el segundo caso, el paciente puede realizar el trámite. Después de haber negociado con el hospital el paciente tiene derecho de subir a piso (tomar una habitación).

1.1.2.- REPORTE DE INGRESO

Este consiste en una llamada telefónica por parte del hospital a la empresa aseguradora donde se da aviso del ingreso de uno de sus asegurados, que en el mayor de los casos se realiza de manera inoportuna, debido a que esta actividad no se le da la prioridad para hablar de inmediato.

La llamada telefónica, la atiende un operador encargado de la cabina, el cual captura en sistema de la aseguradora los datos generales del asegurado, los cuales son enviados al centro de operaciones para que puedan realizar sus funciones.

- Fecha y hora de ingreso.
- Nombre del asegurado.
- Tipo de plan.
- Numero de habitación
- Hospital.

Una vez que se confirman los datos, el sistema arroja un folio consecutivo, el cual servirá como clave para realizar cualquier consulta sobre el nuevo expediente.

Esta solamente es una de las funciones de cabina, algunas otras son:

- Asesorías.- Este punto se refiere a la explicación que se da del proceso, de un caso particular o alguna otra cuestión: a los asegurados, agentes u hospitales.
- Codificar llamadas -. Existe una variedad de tipos de llamadas telefónicas para arreglar o consultar diversos asuntos, éstas se han clasificado o identificado con un código que tiene que ser capturado por la persona que esté en cabina.
- Dar de alta *folder* .- Cada ingreso al hospital se considera un caso nuevo el cual se le tiene que asignar un folio. Este número de folio se le comunica al hospital y a su vez se anota en un *folder* en blanco para que posteriormente toda la información recibida con respecto al caso se integre al *folder*.

1.1.3.- AVISO DE INGRESO

Una vez que el Centro de Operaciones recibe los datos generales del ingreso, debe informar el mismo, a dos actores principales del proceso:

- Al asesor que trabaja en el hospital donde se encuentra el asegurado.
- Médicos de apoyo que tienen asignado el mismo hospital.

Debemos notar que la operación está centralizada en Centro de Operaciones quien es el intermediario entre los diferentes actores del proceso, su labor es de coordinación entre los mismos. Centro de Operaciones recibe y manda información clave para la operación del proceso. Los problemas que surjan en la operación tienen que ser comunicados a Centro de Operaciones para que éste a su vez los canalice o comunique a la persona correspondiente.

Esta figura en el proceso es clave ya que es el cerebro del mismo. Todos los actores del proceso tienen alguna relación con el Centro de Operaciones. Las funciones básicas del Centro de Operaciones son:

- Aviso de ingreso.- Centro de Operaciones tiene como función primordial el informar al Médico de Apoyo y al Asesor sobre los ingresos vía radio localizador.
- Solicitud de cuestionarios y recibos .- Cuando hace falta información como los cuestionarios o los recibos de pago, Centro de Operaciones es el encargado de contactar a los Centros Regionales para solicitar y recibir esta información .
- Validar informes médicos con dictamen.- Cuando llegan los informes médicos vía fax por parte del médico de apoyo , las personas encargadas de Centro de Operaciones. revisan el informe y le preguntan a los médicos dictaminadores si la información básica está completa.
- Aviso al médico de apoyo sobre información adicional.- Si la información que se recibió no es suficiente para dictaminar, los médicos dictaminadores darán aviso a Centro de Operaciones. indicando qué falta y posteriormente se realizará la solicitud vía telefónica o radio localizador.

- Autorización de días adicionales.- Existe la posibilidad de que un paciente tenga que permanecer en el hospital más días de los autorizados en el dictamen por la compañía aseguradora. Centro de Operaciones es el encargado de autorizar esta estancia si es que no sobrepasan los tres días, en caso contrario se tendrá que solicitar información adicional para que los Médicos Dictaminadores autoricen mas días.
- Enviar dictámenes.- Una vez que se han dictaminado los casos Centro de Operaciones es el encargado de enviarlos vía fax al asesor de servicio.
- Corregir dictámenes .- En ocasiones los dictámenes que se mandan están mal elaborados o simplemente no pasaron bien. Centro de Operaciones tiene como tarea el corregirlos y volverlos a mandar.
- Tabulación .- Antes de mandar un dictamen éste tiene que contener las cantidades que cubrirá la Compañía aseguradora y por qué conceptos.

1.1.4.- RECOPIACION DE INFORME MEDICO

El médico de apoyo recibe un aviso de ingreso por parte de Centro de Operaciones vía radio localizador. Su misión es recopilar la información que está plasmada en el expediente del paciente (en un informe médico). Para esto requiere de realizar una visita al hospital y revisar el expediente. No requiere de ver físicamente al paciente, sólo el expediente.

Existe un grupo de médicos de apoyo a los cuales a cada uno se le asignan varios hospitales para que se encarguen de los ingresos en los mismos. No existe un lugar físico en donde estén los médicos, se encuentran constantemente en movimiento de un hospital a otro y de habitación en habitación.

Las tareas principales del médico de apoyo son:

- Recopilación de información. (Informe médico).
- Mandar información a Centro de Operaciones.

1.1.5.-VISITA AL ASEGURADO

El objeto de esta operación es brindarle atención personalizada al cliente, hacerlo sentir que la empresa está preocupada por el/ella notificándole la manera en que su seguro va aplicar si es que ese fuera el caso. Las funciones principales del asesor de servicio son:

- Una vez recibido el aviso de ingreso el asesor realizará una visita a la habitación del paciente dándole la bienvenida e informándole el proceso que se sigue desde ese momento.
- Si no se ha plasmado la información necesaria en el expediente el asesor es el encargado de comentarle esto al paciente para que a su vez se lo comunique a su médico tratante.
- Se establece una comunicación constante con Centro de Operaciones para arreglar todos los asuntos conflictivos que se presenten. La comunicación con centro de operaciones es vía telefónica.
- Brinda asesoría en el módulo.
- Entrega dictámenes en los cuales se especifica la decisión de la empresa aseguradora sobre el pago directo de su reclamación.

En la mayoría de los casos los asesores no solamente tienen que atender un hospital, por lo que se complica la operación.

1.1.6.- APERTURA DE EXPEDIENTES

Después de que se ha dado el aviso de ingreso al asesor y médico de apoyo, Centro de Operaciones pasa vía sistema el caso al siguiente status que es apertura de expedientes.

El concepto de apertura de expedientes consiste en revisar todas las condiciones administrativas en las que se encuentre la póliza: Cobranzas, endosos, reclamaciones anteriores, períodos al descubierto, y plan.

No se puede comenzar a dictaminar un caso si no se ha abierto el expediente previamente. Algo importante que se tiene que revisar es si el médico está en convenio o no, dependiendo de esto se aplicará el cobro al paciente del deducible y/o coaseguro.

1.1.7.- DICTAMEN

Cuando se ha recibido el informe médico y se ha abierto el expediente el caso está listo para ser dictaminado.

Esta función la realizan los médicos dictaminadores y consiste en analizar el informe médico para tomar la decisión de procede o no procede al pago del seguro. Para poder elaborar un buen dictamen, los médicos tienen que dictaminar a través de un protocolo. En ocasiones la información con la que se cuenta en el informe médico no es suficiente y es necesario hacer solicitar información adicional.

La hoja de protocolo junto con las notas del médico dictaminador se anexan a un *folder* el cual contiene el expediente completo de un caso. La información que principalmente contiene el *folder* es:

- Informe médico
- Protocolo de dictamen
- Información adicional

1.1.8.- ENTREGA DEL DICTAMEN

El asesor entrega a cada uno de los pacientes el dictamen que envió el Centro de Operaciones, vía fax, el cual especifica la decisión tomada por parte de la empresa aseguradora sobre si procede o no, el pago de los gastos médicos. En este dictamen se especifican las cantidades y el

concepto por el cual se vayan a pagar. En caso de que no haya procedido el pago se tendrá que dar una explicación. Y es aquí donde termina el proceso de reporte en hospitales.

1.2 CONOCIMIENTO DEL CLIENTE.

El objetivo fundamental de esta fase es identificar el nivel actual de satisfacción del cliente o asegurado así como sus expectativas con respecto al servicio brindado.

En cualquier proceso debemos de conocer el punto de vista del cliente. De esta manera podemos orientar la toma de decisiones para el proyecto de mejora del proceso actual. Algunas utilidades de conocer al cliente son:

- Conocimiento profundo de los clientes.
- Identificar las oportunidades al inicio del proyecto y con ello evaluar el resultado final.
- Se adquiere confiabilidad para la toma de decisiones orientadas al clientes.
- Se logra el acercamiento con los clientes mejorando el servicio a través de la comunicación.
- 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.

Para que una empresa pueda hacer “dinero” es preciso que tenga clientes satisfechos. Se trata de una verdad elemental, pero de una enorme exigencia. Esta exigencia no ha sido llevada a sus últimas consecuencias más que en contados casos. Son muy pocas las empresas que operan de tal forma que toda su vida gire alrededor de su cliente, de servir al cliente tal como el cliente quiere ser servido.

Cuando uno se pone a reflexionar sobre sus propias experiencias como comprador de tantas cosas, sus conclusiones le conducen, con bastante frecuencia, a sentirse poco complacido con lo que le están ofreciendo a cambio de su dinero. En muchas ocasiones siente más bien que le tratan mal, que no le dan lo que esperaba y le prometían, que le arrebatan (le “ganan”) el dinero de mala manera.

Cuando de verdad ofrecemos al comprador todo aquello que él espera encontrar, es decir, cuando llegamos a descubrir el banco (segmento) en que el pez (comprador) gusta estar y cuando además cuidamos el tratamiento adecuado para que regrese, el comprador queda satisfecho. Y esta satisfacción induce a la repetición. Y la repetición satisfactoria crea la adicción. El comprador se convierte en cliente. Un cliente es un comprador adicto.

Estas ideas sirven de marco de referencia a unas definiciones sumamente importantes: El servicio es la producción de una experiencia de compra satisfactoria. Y esta se da cuando

a) Percepción – Expectativas ≥ 0

b) Se controla que el cliente regrese a comprar

En realidad el saldo positivo entre lo que el comprador “percibe” y lo que “esperaba” es la esencia misma del acto del servicio.

Existen diferentes métodos para conocer al cliente como entrevistas personales, telefónicas, buzones, grupos de trabajo, encuestas etc. El método que se utilizó en este proyecto fue el de entrevistas telefónicas. Se elaboró una guía de entrevistas que se puede ver en el anexo 1.

1.2.1.- RESULTADOS DEL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- El 80% de los clientes perciben que la actitud del asesor de servicio es buena.
- El 70% de los clientes perciben que la asesoría del personal de la aseguradora es bueno, y el 20% malo.
- El cliente desearía que el asesor de servicio le ayude con los trámites administrativos en caja.
- El 65% de los clientes piensa que la oportunidad del dictamen es mala.

- El 75% de los clientes perciben que la actitud del médico de apoyo es buena.
- El 90% de los clientes no saben lo que están comprando.

1.3.- CONOCIMIENTO DEL PROCESO

El objeto de este estudio es conocer los problemas que afectan el proceso de servicio en hospital. Para comenzar a detectar los problemas reales que existen en el proceso se realizaron entrevistas, observaciones y mediciones. Las entrevistas se aplicaron a los principales actores del proceso así como a los dueños del mismo. Para detectar las principales áreas de oportunidad se realizaron mediciones con el fin de comprobar las hipótesis planteadas a los problemas.

1.3.1.-ENTREVISTAS A LOS ACTORES DEL PROCESO

Para poder tener un conocimiento profundo del proceso, es muy importante saber qué es lo que piensan los principales actores del mismo.

Por lo tanto se entrevistaron a las diferentes personas que intervienen en el proceso, con la finalidad de conocer sus puntos de vista y la problemática que ellos observan en el mismo. Para todas las entrevistas se utilizaron guías en las cuales se cuestionan los principales puntos de contacto entre los actores de todo el proceso, las entrevistas se realizaron con:

- Médicos Dictaminadores.
- Médicos de Apoyo.
- Asesores de servicio.
- Centro de Operaciones.

En el anexo 2, se muestran las guías de entrevista que se utilizaron para conocer las opiniones de los actores del proceso. Y a continuación se muestran los resultados obtenidos después de aplicar esta metodología.

1.3.1.1.- OBSERVACIONES MEDICOS DICTAMINADORES

De la Información de Apertura de Expedientes

- La información es confiable dependiendo de quien abra el expediente (sólo confían en una persona).
- En la mayoría de los casos revisan nuevamente las condiciones de la póliza, para no correr riesgo al momento de dictaminar.
- Les confunde que los períodos al descubierto no se consideren en pólizas de grupo y sin embargo se los proporcionan en la apertura.
- No se obtiene con oportunidad la información del pago en pólizas emitidas o canceladas. Genera reprocesos , ya que se dictamina como rechazo por falta de pago y posteriormente les indican que sí estaba pagada.
- Dos médicos indicaron que los datos con mayor frecuencia de error son: fecha de inclusión, reclamaciones anteriores, vigencia de la póliza , médicos en convenio.
- Un médico indicó que la mayoría de los datos tienen desviaciones.
- Hace falta más espacio en los formatos del sistema para que no abrevien tanto.
- En padecimientos complicados no se proporciona la información necesaria, ejemplo: en padecimientos congénitos se deben buscar las condiciones del titular.

De la Información del Médico de Apoyo

- Percibe que en un 50% de los casos la información no es completa.
- Los datos que frecuentemente están incompletos son: diagnóstico definitivo, antecedentes personales patológicos y resultados de los estudios de gabinete.

- Cuando la información se demora en llegar, algunas veces se debe a que los médicos de apoyo recolectan la información de varios folios y luego la envían.
- Normalmente hablan con los médicos de apoyo para explicarles la información que se necesita, ya que el sistema tiene deficiencias en el envío del mensaje.
- Poco legible en la letra de algunos médicos de apoyo.

Del Proceso de Dictamen.

- Requieren de otra computadora y de apoyo bibliográfico para dictaminar.
- Un médico indicó la necesidad de contar con opinión especializada para casos complejos.
- Existen en el protocolo algunas preguntas ambiguas o que no aplican en algunos casos.
- Dos médicos indican que el informe del médico tratante no les sirve de mucho, sólo corroboran si el médico tratante está “maquillando la información”.
- No avanzan en el dictamen hasta no contar con la información del médico de apoyo.
- En general, les resulta difícil argumentar rechazos cuando se trata de padecimientos con evolución variable en los que no existe evidencia suficiente para fundamentar el dictamen y se depende de la información del expediente. Esto origina que soliciten información adicional para encontrar evidencias claras.
- Los reprocesos son muy frecuentes, las principales causas son: el médico tratante omite información de tratamientos o interconsultas, la información del pago no se hace llegar con oportunidad, cuando el médico tratante argumenta un “error” en el expediente y cambia la información, autorizaciones especiales de último momento.
- Opinan que les cuestionan mucho sus dictámenes.
- Los presionan demasiado a veces para casos de reprocesos o que hubo algún cambio en el último momento.

Del Servicio

- No se tiene mucha comunicación con los asesores de servicio, ni con los médicos de apoyo.

- Se tienen problemas con la información que captura Centro de Operaciones y con los faxes que entrega a los médicos dictaminadores.
- No se tiene una comunicación con los médicos tratantes ni con los asegurados.

1.3.1.2.- OBSERVACIONES CENTRO DE OPERACIONES

- Problemas con la oportunidad del dictamen.
- Tienen algunos problemas para mandar el radio localizador ya que en ocasiones no es oportuno
- Para dictaminar generalmente falta información.
- El médico tratante no llena completo el expediente y no anota un diagnóstico hasta tener el definitivo.
- Reprocesos por tabulación (listas de médicos en convenio no actualizadas).
- Cuando se pide información adicional, no se tiene un control sobre la información que se pidió ni de quién la pidió.
- Existen problemas en la calidad y oportunidad del dictamen.
- Hay problemas en la comunicación entre el Centro de Operaciones y el médico de apoyo, al pedir la información adicional.
- Considera que hay problemas en el momento de entregar el dictamen al asesor, sobre todo en los dictámenes que se tienen en la tarde y los asesores de servicio ya terminaron su turno.
- Existe un problema para los avisos por parte de cabina en especial después de las 18:00 hrs porque no hay alguien que le dé seguimiento al caso, y se tiene que esperar hasta el día siguiente.
- Se tienen problemas con el radio localizador, habiendo 3 posibilidades: en cuanto al sistema, el mensaje no es específico, no hay comunicación interactiva.

1.3.1.3.-OBSERVACIONES MEDICOS DE APOYO

Comunicación con el Centro de Operaciones

- La información que necesitan es el nombre del afectado, hospital, número de habitación, diagnóstico, fecha y hora de ingreso.
- Quieren que se les mande el diagnóstico de entrada del asegurado por el radio localizador, para identificar desviaciones en el hospital.
- Consideran mejor opción el celular, porque es más directo.
- El radio localizador no les llega o les llega incompleto. Sobre todo cuando solicitan información adicional (reciben solamente 4 renglones y el mensaje ocupa más).
- Generalmente no les mandan la habitación del asegurado.
- Dificultad para comunicarse por teléfono a Centro de Operaciones. (está ocupado), cuando llega el radio localizador incompleto o para confirmar la información enviada.
- Que haya alguien a la hora de la comida, porque a veces no contestan.

Comunicación con Médicos Dictaminadores

- No hay comunicación directa con los médicos dictaminadores (no les pasan la llamada). La persona que contesta hace de intermediario entre los médicos.
- Llaman por teléfono para que les especifiquen más la información que solicitan.
- Falta confianza de los médicos dictaminadores respecto a la información que mandan los médicos de apoyo, pues les piden que confirmen la información que mandan.
- Consideran que les falta análisis de la información (revisan los estudios y el informe médico muy rápido, no consideran toda la información) y velocidad en el dictamen (relacionado con el punto anterior).

Recopilación de Información

- El protocolo les facilita el trabajo, pues les ayuda a buscar la información necesaria, homogeneizando ésta para todos los casos.

- En el Hospital Metropolitano tienen problemas para obtener la información por los formatos que usan. En el Hospital Angeles se tiene que esperar a que el médico tratante dé el visto bueno al expediente y así se retrasa la información.
- Aproximadamente 30% de los casos no tienen la información completa.
- La información que falta es el diagnóstico de entrada, el diagnóstico definitivo y los estudios de gabinete (los médicos tratantes no escriben las notas durante el tratamiento). Hay problema también porque a veces los médicos interinos son los que llenan el expediente y mal interpretan la información del médico tratante. Cuando existen estos problemas el médico tratante argumenta la incapacidad de los internistas y corrigen el expediente.
- Para recopilar la información revisan el expediente de 2 a 4 veces.
- Cuando necesitan obtener información con los médicos tratantes y pacientes, piden ayuda a los asesores de servicio.
- Ellos perciben que los rechazos han disminuido por que la mayor parte de los siniestros son de pólizas de grupo y con ellas no hay tanto control, pues se les paga casi todo.

1.3.1.4.-OBSERVACIONES ASESORES DE SERVICIO

Del Centro de Operaciones

- La comunicación vía radio localizador es mala debido a que los mensajes se pierden, y no contienen la información completa, lo que obliga a los asesores de servicio a pedir recuperación de mensajes, esto hace que la operación no sea eficiente.
- La comunicación vía fax, es lenta debido a que no se cuenta con la tecnología adecuada para dar atención a todos los hospitales, y cuando se pretende enviar información por este medio al centro de operaciones las líneas están ocupadas.
- Los mayores problemas se presentan al no recibir los mensajes que reportan un ingreso al hospital, ocasionando un retraso en todo el flujo del proceso.
- El Centro de Operaciones sí apoya a los asesores de servicio en cuanto a dudas específicas del asegurado el problemas.

De los Asegurados

- El servicio de la primera visita es oportuno, y esto le da confianza a los clientes sobre su seguro de salud.
- Se presentan muchos problemas con clientes que no conocen las restricciones del seguro como: Enfermedades preexistentes, vencimiento de pólizas, falta de pagos etc.
- Cuando el dictamen es inoportuno los clientes se molestan, mucho debido a que tienen que esperar en la recepción del hospital hasta que se les entregue el mismo.

De los Médicos Tratantes.

- Algunos médicos tratantes colaboran con los asesores de servicio para agilizar el proceso del dictamen, sin embargo no es fácil hablar con ellos porque no tienen un horario ni lugar fijo.
- Se presentan algunos problemas con los médicos tratantes cuando el resultado del dictamen no es a favor del asegurado.

1.3.2.- MEDICIONES Y OBSERVACIONES DEL PROCESO

Dentro del conocimiento del proceso actual, se realizaron algunas mediciones y observaciones de diferentes actividades que desarrollan los actores del mismo, con la finalidad de encontrar oportunidades de mejora, cuellos de botella, puntos de innovación radical, etc.

Las mediciones se realizaron en las operaciones que tienen mayor impacto en el servicio al cliente, es decir, en aquellas que retrasan o entorpecen el flujo de operaciones en todo el proceso de reporte en hospitales.

1.3.2.1.- MEDICIONES EN HOPITALES

Con la finalidad de conocer el tipo de tratamientos que se realizan en los hospitales (cirugías y tratamientos médicos). se realizaron mediciones en los hospitales: Angeles, México, Metropolitano, ABC, Español. Las cuales se pueden ver en la siguiente tabla.

- La primera columna tiene por título: Cirugía por urgencia (Cx), y representa todos aquellos casos que ingresaron por urgencias y acabaron en una intervención quirúrgica.
- La segunda columna Cirugía Programada por Médico Tratante (CxMx): representa todos los casos que han sido programados por el mismo.
- La tercera columna Cirugía por Estudios (CxMx): representa todos los casos que ingresaron al Hospital sin un diagnóstico previo y por medio de una serie de estudios de laboratorio, radiografías etc. se determinó intervenir quirúrgicamente al paciente.
- La última columna Tratamiento por Estudios (TxMx): representa todos los casos que ingresaron al Hospital sin un diagnóstico previo y por medio de una serie de estudios de laboratorio, radiografías etc., resultaron en tratamiento médico.

Hospital	Cirugía /Urgencias.	Cirugía Programada	Cirugía /Estudios.	Tratamiento por estudios.	TOTAL
Angeles	3	7	10	8	28
Metropolitano	-	2	1	4	7
México	-	1	-	-	1
ABC	1	3	1	2	7
Español	1	1	-	6	8
Total	5	14	12	20	51
Porcentajes	9.80%	27.45%	23.52%	39.21%	100%

Debemos notar que casi el 73% de los casos ocurren sin tener programada una cirugía, por lo que las operaciones del proceso que se realicen tanto en el hospital como en la aseguradora deben estar muy controladas para poder entregar un dictamen oportuno.

El esquema que se presenta a continuación muestra los tipos de casos que se pueden presentar cuando un asegurado ingresa al hospital. Es muy importante este esquema porque nos ayuda a comprender las variantes del proceso.

Se midieron cuántos días tarda en realizarse una cirugía en los hospitales mencionados, según el tipo de tratamiento que se tenía, en la siguiente tabla, podemos ver los datos ordenados de esta medición. Debemos notar que del total de tratamientos quirúrgicos el 74% se realizaron el mismo día de ingreso, lo que implica que el resultado del dictamen debería estar listo durante las próximas 24 horas.

Hospital Angeles				Hospital Metropolitano			
Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.	Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.
Cirugía por estudios	7	1	2	Cirugía por estudios	-	1	-
Cirugía programada	5	-	2	Cirugía programada	2	-	-
Cirugía por urgencias	1	-	-	Cirugía por urgencias	-	-	-
Hospital ABC				Hospital México			
Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.	Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.
Cirugía por estudios	-	-	1	Cirugía por estudios	-	-	-
Cirugía programada	3	-	-	Cirugía programada	1	-	-
Cirugía por urgencias	1	-	-	Cirugía por urgencias	-	-	-
Hospital Español				TOTAL			
Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.	Tipo tratamiento	Día 1	Día 2	Sin información.
Cirugía por estudios	-	-	-	Cirugía por estudios	7	2	3
Cirugía programada	1	-	-	Cirugía programada	11	1	2
Cirugía por urgencias	-	1	-	Cirugía por urgencias	2	-	-

Con la finalidad de conocer qué información se encuentra en el expediente médico en los casos en los que el paciente ingresa por estudios y posteriormente se decide el tratamiento médico o quirúrgico, se realizó una medición en los hospitales Angeles, Español, Metropolitano y México (Ver la siguiente tabla).

Al mismo tiempo se observaron el número de visitas del médico de apoyo que ocurrieron para obtener la información básica y mandarla para realizar el dictamen médico. (Ver siguiente tabla). Después de realizar estas dos mediciones se observó lo siguiente:

- No se tiene el dato de la fecha y hora de alta del paciente, por lo que no se conoce qué tiempo tarda en darse de alta a partir de que tiene la información completa.
- Los casos por estudios el 62.8% terminan en tratamiento médico.
- En los tratamientos quirúrgicos en el 84.6% de las ocasiones se obtuvieron todos los datos básicos en la primera visita.
- En cuanto al tiempo en el que se obtiene la información completa, no existe diferencia importante entre los tipos de tratamiento.

Hospital Angeles						
Tratamiento quirúrgico						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	9	82%	1	9%	1	9%
DIAGNOSTICO	9	82%	2	18%	0	0%
CUADRO CLINICO	9	82%	1	9%	1	9%
TRATAMIENTO	9	82%	2	18%	0	0%
Tratamiento médico						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	15	88%	1	6%	1	6%
DIAGNOSTICO	6	35%	5	30%	7	35%
CUADRO CLINICO	16	94%	1	6%	0	0%
TRATAMIENTO	6	35%	5	30%	7	35%
Hospital Metropolitano						
Tratamiento quirúrgico.						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	1	100%	-	-	-	-
DIAGNOSTICO	1	100%	-	-	-	-
CUADRO CLINICO	1	100%	-	-	-	-
TRATAMIENTO	1	100%	-	-	-	-
Tratamiento médico						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	1	25%	-	0%	3	75%
DIAGNOSTICO	2	50%	1	25%	1	25%
CUADRO CLINICO	3	75%	-	0%	-	0%
TRATAMIENTO	2	50%	1	25%	1	25%
Hospital Español						
Tratamiento quirúrgico						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	1	100%	-	-	-	-
DIAGNOSTICO	1	100%	-	-	-	-
CUADRO CLINICO	1	100%	-	-	-	-
TRATAMIENTO	1	100%	-	-	-	-
Tratamiento médico						
Dato	1° visita	%	2° visita	%	3° visita	%
ANTECEDENTES	1	100%	-	-	-	-
DIAGNOSTICO	1	100%	-	-	-	-
CUADRO CLINICO	1	100%	-	-	-	-
TRATAMIENTO	1	100%	-	-	-	-

1.3.2.2.- OBSERVACIONES EN HOPITALES

En el Hospital Angeles.

Del Ingreso

- Al ingreso del paciente solamente se toman los datos generales y al médico tratante, no importa si entra por urgencias o por admisión.

Del Médico Interno

- No se tiene un horario definido para hacer anotaciones en el expediente
- Hay problemas de interpretación con los médicos de las aseguradoras, ya que está de por medio la interpretación que escriba el médico tratante y la que escribieron los internos.
- La historia clínica y los antecedentes personales son recolectados una vez que el paciente está en piso. Y esto lo hacen dependiendo de la disponibilidad de tiempo que se tenga.
- Las notas las escribe el médico tratante o su ayudante.

Del Médico Tratante

- Los médicos tratantes no escriben en el expediente la mayor parte de las veces, solamente revisan las notas de los internos y ponen notas aclaratorias.
- No hay un lugar específico para anotar el diagnóstico definitivo.
- El diagnóstico definitivo y el tratamiento normalmente los escribe el médico tratante.

De las Enfermeras

- Las enfermeras son las encargadas de los expedientes.
- Las enfermeras llenan en el expediente todos los cuidados de enfermería, que requiera el paciente así como la aplicación de medicamentos.

Observaciones Generales

- En ocasiones cuando el paciente ya sabe qué intervención le van a realizar, se niega a dar la historia clínica y los antecedentes personales patológicos para el expediente.
- En pacientes de edad avanzada es más difícil recopilar fechas de antecedentes personales patológicos.
- Las horas más comunes para encontrar información es en las mañanas antes de las 11:00, y en las tardes después de las 17:00.

En el Hospital Metropolitano

Del Ingreso

- Admisión inicia la elaboración del expediente al recolectar datos personales del paciente, diagnóstico de ingreso, médico tratante y algunos otros. Las demás hojas anexas (hojas médicas) las pasa en blanco a piso o a quirófano.
- Cuando son ingresos por urgencias normalmente el registro de entrada se realiza hasta que el paciente se estabiliza o cuando un familiar puede responder y firmar el contrato.
- En ocasiones no se tiene el número de habitación debido a la saturación del hospital.
- Normalmente se maneja una hoja de programaciones quirúrgicas al día.
- Las altas de los pacientes son a las 11:00 y el ingreso a las 13:00 hrs.

Del Médico de Guardia

- Es el responsable de llenar la historia clínica y las notas de evolución. Generalmente lo hace en piso. Si el paciente llegó por urgencias se hace hasta que se estabilizó y si entra para intervención quirúrgica el médico cirujano de guardia recopila la información en el postoperatorio (recuperación).
- Realiza visitas al paciente aproximadamente 3 veces al día (mañana, tarde y noche) y generalmente hacen las anotaciones al expediente inmediatamente después de la visita (depende de las cargas de trabajo).
- En ocasiones elabora la hoja de egreso, donde escribe el diagnóstico definitivo y el tratamiento.

Del Médico Tratante

- Escribe las notas médicas y en promedio escribe 3 ó 4 notas al día.
- Regularmente hacen la visita alrededor de las 8 ó 9 de la mañana, de las 3 ó 4 de la tarde y a las 7 u 8 de la noche.
- El diagnóstico final lo escribe hasta el momento del alta del paciente, en el formato de alta o egreso.

- Cuando el tratamiento es quirúrgico, normalmente escribe los resultados de la cirugía.

De las Enfermeras

- Son las encargadas de llenar los formatos de enfermería : control de líquidos, signos vitales etc.
- Perciben que en ocasiones cuando los pacientes no proporcionan información es porque el médico tratante así los instruye.
- Pueden modificar las órdenes médicas sólo con autorización del médico tratante o de guardia.

Observaciones Generales

- El diagnóstico final se puede encontrar en las notas de evolución, hoja de control de tratamientos médicos hoja quirúrgica o en las notas de anestesia; sin embargo, explícitamente se escribe pocas horas antes del alta del paciente.
- No siempre llega a piso el expediente con la historia clínica, algunas veces se llena en urgencias y otras en quirófano.
- Los expedientes de tratamiento quirúrgico normalmente están en la sala de recuperación mínimo 1 hora. y máximo hasta que se le asigne habitación.
- Es más fácil que el paciente proporcione información, al personal del hospital, cuando su médico tratante se los solicita.
- El hospital cuenta con un registro de programación de cirugía en el cual se tiene la fecha y hora de la intervención o sus posibles cambios. Esta información es más fidedigna si se acude a sala de quirófanos.
- Cuando los antecedentes personales patológicos o cuadro clínico no son recopilados en sala de quirófanos, regularmente se recolectan en piso, sobre todo cuando son urgencias.

1.3.2.3.- MEDICIONES CON MEDICOS DE APOYO

Como se vio anteriormente las actividades que realizan los médicos de apoyo tienen un gran impacto en el desarrollo del proceso de reporte en hospitales, por lo tanto se realizaron una serie de mediciones y observaciones de su trabajo, con el fin de proponer ideas que mejoren la eficiencia del mismo.

Primeramente se realizaron mediciones con referencia a los reportes de ingreso, que reciben los médicos de apoyo por parte del Centro de Operaciones, en este caso se midió la eficiencia de la comunicación vía radio localizador entre la aseguradora y estos actores del proceso. Y el tiempo que transcurre desde que ingresa un asegurado al hospital hasta que el médico de apoyo recibe el reporte de ingreso.

En la siguiente tabla , se presentan los errores del mensaje que reciben los médicos de apoyo vía radio localizador por parte del Centro de Operaciones. En este caso debemos destacar que el número de errores en el mensaje recibido fue de 51 en una muestra de 100 casos, además en las observaciones se encontraron 17 mensajes repetidos, por lo tanto ésta es una de las operaciones del proceso que se deben rediseñar.

TIPO DE ERROR	Frecuencia	% Error	% Acumulado
No se especificaba el número de habitación	13	25%	25%
No se especificaba el médico tratante	10	20%	45%
No llegó el mensaje	8	16%	60%
Hospital equivocado	6	12%	72%
No se especificaba el número de folio	4	8%	80%
Hora equivocada	4	8%	88%
Fecha equivocada	2	4%	92%
Error en el número de habitación	2	4%	96%
Error en folio	2	4%	100%

En la siguiente tabla, podemos ver una distribución del tiempo que transcurre desde que ingresa un asegurado al hospital, hasta la recepción correcta del mensaje de Skytel. Al observar estos tiempos concluimos que el tiempo promedio que dura esta parte del proceso es de 10:28 horas, es decir que el hecho de no recibir correctamente los mensajes afecta en gran parte al proceso.

Período de tiempo	0- 1hr.	1-5hrs	5-10hr	Más de 10 hrs
No. de casos	1	5	7	10

Para tener una referencia del tiempo en que se debe realizar esta parte del proceso, se midió el tiempo que transcurre desde que ingresa un asegurado al hospital hasta el momento de la cirugía. (Ver la siguiente tabla). Como podemos ver es de 2 horas para los casos no programados y de 1:40 horas para los casos programados, es decir que hay una gran diferencia de tiempo desde que se está atendiendo quirúrgicamente al asegurado, hasta que se el médico de apoyo está enterado de la información que debe recopilar. Para todas las mediciones con médicos de apoyo se consideraron las horas inhábiles

TIPO DE TRATAMIENTO	Programado	No programado
TIEMPO (HORAS)	2	1.75

Se realizaron mediciones y observaciones sobre la recopilación del informe médico, que se envía al Centro de Operaciones. Esta parte del proceso se realiza en los hospitales y lo que se pretende detectar es la eficiencia de la misma, en la siguiente tabla, podemos ver el tiempo que tardan los médicos de apoyo en recopilar toda la información necesaria para que los médicos dictaminadores en la aseguradora elaboren el dictamen y mandarla al centro de operaciones (el intervalo de tiempo se considera desde que se recibe la información correcta

vía radio localizador), Como podemos ver el tiempo promedio es de 17 horas el cual es demasiado para el nivel de respuesta que se pretende lograr (En este caso también se consideraron horas inhábiles).

Período de tiempo	0-5 hrs	5-12 hrs	12-24 hrs	1-2 días	Más de 2 días
No. de casos	11	4	6	9	2

Debido al tiempo que tardan los médicos de apoyo en recopilar la información, realizamos una serie de mediciones y observaciones, sobre el número de veces que el médico de apoyo debe revisar el expediente para recopilar toda la información necesaria para el dictamen (Ver la siguiente tabla).

No. de revisiones	1	2	3	4	5
No. de casos	20	14	7	3	4
Porcentaje	41.66%	29.16%	14.58%	6.25%	8.33%

Sobre la calidad del contenido del expediente, en la siguiente tabla, podemos ver la información que con mas frecuencia no se encuentra en los expedientes. De estas dos mediciones podemos observar que: El número de revisiones del expediente por caso es de 2 en promedio y que casi el 30% de los casos requieren tres ó más revisiones de expediente para encontrar la información completa.

Información faltante	Angeles	Metropolitano	Español	México	Total.
Tratamiento (quirúrgico y médico)	19	2	1	1	23
Diagnóstico definitivo	10	2	2	2	16
Estudios de gabinete	11	0	2	0	13
Antecedentes personales patológicos	9	1	1	2	13
Estudios de laboratorio	8	0	2	0	10
Cuadro clínico	5	0	0	0	5
Médico tratante	3	0	0	0	3

Lo que se observó sobre el trabajo del médico de apoyo fue:

Del Expediente

- Comúnmente, cuando el expediente no se encuentra, se habla con el interno que llena el expediente y con la enfermera encargada del paciente para conseguir la información
- El médico de apoyo tiene mucho contacto con los médicos tratantes y los asegurados, ya que ellos piensan que él es quien decide si procede o no el pago del seguro.
- Normalmente el médico de apoyo revisa los expedientes de los casos que tiene y después manda toda la información por fax, a excepción de los casos que posiblemente se darán de alta ese día, ya que los revisa e inmediatamente manda la información.
- El principal problema de la recopilación de información, se centra en la historia clínica del paciente, ya que en la mayoría de las veces no se encuentra en el expediente en la primera visita del médico de apoyo y en ella se encuentran: los antecedentes personales patológicos .

Comunicación con Centro de Operaciones y Dictamen

- Las llamadas a Centro de Operaciones son para confirmar los faxes que se envían, para resolver algunas dudas de los casos complejos (especificar más qué se pide y para qué).
- Del envío de la información por fax, el médico de apoyo percibe que Centro de Operaciones no la revisa y por eso solicitan más.

En ocasiones se reciben Skytel para pedir información adicional que ya se mandó.

Se quería comprobar teorías acerca de la recopilación de información del expediente, para esto conocimos la vida de un expediente en el hospital. Durante la observación notamos que los médicos de apoyo de la empresa aseguradora solamente buscan el expediente en piso. Se analizó la factibilidad de que pudieran rastrear el expediente en otros lugares como: sala de recuperación de quirófanos, sala de estudios de laboratorios, área de urgencias, terapia intensiva. El resultado que se obtuvo acerca de esta teoría, fue que los médicos no buscaban ni buscarían el expediente en esas áreas del hospital por ética profesional. No consideran que sea el momento adecuado para realizar sus labores. Por otra parte la mayoría de las veces el expediente contiene poca información cuando se encuentra en esas áreas debido a que el médico no ha escrito las notas. Algunos otros aspectos que se observaron del expediente son:

- Siempre va de la mano del paciente, adonde vaya el paciente va el expediente.
- Los únicos que realizan notas en el expediente son el médico tratante, interno, enfermeras y en algunos casos admisión.
- Diariamente se hacen anotaciones en el expediente.
- No existe un horario específico en el cual se hagan las anotaciones.
- Una vez que el paciente haya subido al cuarto los expedientes generalmente se encuentran en piso en el área de enfermeras.
- No existe un lugar específico para poner el diagnóstico definitivo y el tratamiento, esto dificulta la búsqueda de información.

- Es un documento legal y cualquier mal uso que se le dé tendrá sus correspondientes sanciones jurídicas.
- El médico no puede tomar alguna otra información que no esté plasmada en el expediente.
- El número de hojas que contiene el expediente varía dependiendo de la estancia del paciente.
- Existe un área física en el Hospital para el archivo de expedientes que ya se han dado de alta.

Las Observaciones Generales sobre los Médicos de Apoyo son:

- Los medios de comunicación continúan siendo ineficientes e insuficientes.
- Es notable la necesidad de más capacitación al médico de apoyo.
- No cuentan con todos los apoyos necesarios para su labor.
- Aún no utilizan algunos de los últimos cambios aplicados al proceso.
- Hace falta compromiso y trabajo de equipo entre el médico de apoyo y asesor.

1.3.2.4.- OBSERVACIONES CON MEDICOS DICTAMINADORES

De la información de Centro de Operaciones a Dictamen

- Tres listas (de cuatro) con las posibles altas del día siguiente no estaban con el status real. Al día siguiente se les presiona a los médicos con los folios de la lista , aunque no se cuente con el informe del médico de apoyo.
- Los endosos y los faxes (recibos, cuestionarios etc.) son turnados como van llegando. El médico dictaminador debe organizar los expedientes según llegue la información.
- La información del pago no es obtenida oportunamente. Frecuentemente se retrasa el dictamen o el comprobante se hace llegar una vez entregado el dictamen.

De la información del Dictamen a Centro de Operaciones

- En ocho casos la información adicional que se solicitó no se especificó claramente al médico de apoyo.
- En siete casos pidieron la información adicional por su propia cuenta.
- En tres casos, el asesor solicitó que se cambiara la redacción del rechazo porque no era clara.

- En los casos en que se solicitó información adicional no necesaria, se llevó mucho tiempo conseguirla. Esto restó oportunidad al dictamen.
- En los casos con pólizas canceladas, no se hizo correctamente la revisión médica. En dos casos se complicó el dictamen.
- Frecuentemente comunican o solicitan algo verbalmente y después lo registran en sus libretas. No existe formalidad para hacer estas funciones.
- En algunos médicos, existe inseguridad o desconocimiento acerca de las políticas y del manejo de los sistemas de la aseguradora.
- No conocen con claridad la política del personal de urgencias para tabulación.

Observaciones Generales de los Médicos Dictaminadores

- Existe desconocimiento y falta de claridad en algunas políticas, sobre todo en aquellas de reciente implantación.
- Continuamente, Centro de Operaciones y Dictamen, se desvían del procedimiento establecido, originando confusión y descontrol.
- No existe control en la solicitud y recepción de la información adicional.

1.3.2.5.- MEDICION DEL TIEMPO DEL PROCESO

Con la finalidad de conocer la funcionalidad del proceso de reporte en hospitales por parte de los diferentes actores del mismo se realizó el seguimiento de algunos casos desde que ingresaron al hospital, hasta que se entregó el dictamen al asegurado. Es decir durante todo el proceso, tanto en el hospital como en la aseguradora.

En el hospital se siguieron las funciones que realizan: El asesor de servicio y el médico de apoyo; y en las instalaciones de la aseguradora: El Centro de Operaciones, Cabina y Centro de Dictamen. Se realizaron las mediciones en el Hospital Angeles.

Se registraron 34 casos , dividiéndose según el tipo de tratamiento y de ingreso, en la siguiente tabla se muestra como se clasificaron estos casos.

	ESTUDIOS		PROGRAMADO	
	TRATAMIENTO	CIRUGIA	TRATAMIENTO	CIRUGIA
URGENCIAS	13	6	-	2
ADMISION	2	4	-	7
TOTAL	15	10	-	9
%	44.12%	29.41%	-	26.47%

Podemos notar que en la columna de tratamientos médicos programados no aparece nada, esto es porque no existen tratamientos médicos programados, es decir no existe un registro en el hospital para programar un tratamiento. Estos se llevan a cabo de manera informal de tal modo que no requieren de un control interno por parte del mismo.

Desde el Ingreso a Urgencias hasta el Ingreso a Admisión

En esta medición se trata de estimar el tiempo promedio para llevar un caso de urgencias a la admisión del hospital. La hora de registro de ingreso en Urgencias y en Admisión no es la misma. En la siguiente tabla se muestra el comportamiento de trece casos.

Tiempo				
	0 a 0:41 hrs	1 a 2 hrs	2 a 2:20 hrs	10:45 hrs
MEDICO POR ESTUDIOS.	3	1	3	1
CIRUGIA POR ESTUDIOS.	1	3	1	-
TOTAL	4	4	4	1
PORCENTAJE	30.77%	30.77%	30.77%	7.69%

Tiempo desde el Ingreso hasta el Reporte a la Aseguradora.

Esta medición representa la demora para reportar los ingresos por parte del hospital a la aseguradora, esta operación es muy importante ya que ésta misma dispara todo el proceso de reporte en hospitales, y para lograr un nivel de respuesta adecuado la aseguradora debe conocer de los ingresos casi inmediatamente que éstos se registran en admisión, sin embargo como podemos ver el tiempo promedio que se lleva en esta actividad es de 7:20 horas. En la siguiente tabla podemos ver los datos ordenados de esta medición.

TIEMPO				
	7 min a 2 hrs	3 a 6 hrs	7 a 12 hrs	12 a 38hrs
MEDICO POR ESTUDIOS.	4	2	4	5
CIRUGIA.	2	3	3	2
CIRUGIA PROGRAMADA	6	1	-	1
TOTAL	12	6	7	8
PORCENTAJE	35.29%	17.65%	20.59%	24%

Desde el Reporte a la Aseguradora hasta la Apertura de Expedientes

Esta medición representa el intervalo de tiempo que transcurre desde que recibe cabina el reporte de ingreso por parte del hospital ,hasta que se turna a apertura de expedientes, es decir es todo el trabajo que realiza Cabina, como podemos ver el tiempo promedio que dura esta operación del proceso es 3:20 horas. (Ver la siguiente tabla).

TIEMPO				
0 a 1 hrs	1 a 2 hrs	2 a 3 hrs	3 a 4 hrs	12 a 15 hrs
3	8	6	6	3
11.54%	30.77%	23.08%	23.08%	11.54%

Desde el Reporte a la Aseguradora hasta la Primera Visita del Asesor

En la siguiente tabla, podemos ver cómo se distribuye el tiempo para realizar esta operación, que representa un punto de contacto muy importante para los clientes, podríamos decir que aunque en esta parte del proceso no se entrega el dictamen de la aseguradora, el tiempo en que el asesor de servicio visita al cliente desde que éste ingresa al hospital, debe ser mínimo para poder brindar un servicio de calidad.

TIEMPO				
0:14 a 2 hrs	2 a 4 hrs	4 a 6 hrs	6 a 8 hrs	15 a 21 hrs
12	9	4	5	4
35.30%	26.40%	11.80%	14.70%	11.80%

Desde el Aviso de Ingreso hasta que el Médico de Apoyo envía al Centro de Operaciones la Información Básica Completa para Realizar el Dictamen

En esta medición se pretende evaluar el tiempo que tarda el médico de apoyo en realizar su trabajo, desde que recibe el aviso de ingreso al hospital de un asegurado y tiene que empezar a recopilar el informe médico hasta que lo envía vía fax al Centro de Operaciones. En la primera tabla que se presenta, podemos ver las mediciones de tiempo que se hicieron para la recopilación del informe médico, y en la segunda tabla, podemos ver el tiempo que tarda el médico de apoyo en enviar la información vía fax. Como podemos ver el tiempo promedio es de dos horas (tomando en cuenta horas no hábiles), y esto se debe a que esta herramienta de información no es suficiente para atender a todos los médicos de apoyo y a los asesores.

Tiempo				
TIPO DE TRATAMIENTO	0:14 a 5 hrs	6 a 14 hrs	14 a 22 hrs	22 a 36 hrs
TRATAMIENTO POR ESTUDIOS	2	4	3	6
CIRUGIA POR ESTUDIOS	1	2	5	2
CIRUGIA PROGRAMADA	5	-	1	3
TOTAL	8	6	9	11
PORCENTAJE	23.53%	17.65%	26.47%	32.35%

Tiempo				
TIPO DE TRATAMIENTO	0 a 14 hrs	15 a 23 hrs	Total	Porcentaje
TRATAMIENTO POR ESTUDIOS	14	-	14	43.80%
CIRUGIA POR ESTUDIOS	8	1	9	28.10%
CIRUGIA PROGRAMADA	7	2	9	28.10%
TOTAL	29	3	32	100%
PORCENTAJE	90%	10%	100%	

Desde que la Información llegó al Centro de Operaciones hasta Dictamen Terminado.

En parte las mediciones se realizaron en la aseguradora, con el Centro de Operaciones y el médico dictaminador con el fin de conocer el tiempo promedio que tardan en realizar esta parte del proceso. En la primera tabla que se presenta, los datos de estas mediciones. Además se midieron el número de dictámenes terminados por horarios de trabajo, para conocer el número de casos que se dictaminan a través de todo un día laboral (Ver la segunda tabla).

Tiempo				
TIPO DE TRATAMIENTO	0 a 1:30 hrs	1:30 a 13 hrs	13 a 19:20 hrs	19:20 a 24 hrs
TRATAMIENTO POR ESTUDIOS	11	-	3	1
CIRUGIA POR ESTUDIOS	7	1	2	-
CIRUGIA PROGRAMADA	8	-	1	-
TOTAL	26	1	6	1
PORCENTAJE	76.47%	2.94%	17.65%	2.94%

Horas durante el día				
7 a 10 hrs	11 a 13 hrs	13 a 15 hrs	16 a 17 hrs	18 a 20 hrs
7	10	11	2	4
20.59%	29.41%	32.35%	5.88%	11.76%

Desde que el Asesor Recibió el Dictamen Hasta que lo Entregó

Esta medición corresponde al tiempo que tarda el asesor de servicio en llevarle al asegurado el dictamen de la aseguradora, a pesar de tratarse de una operación sencilla -recibir un fax y llevarlo a una habitación- ésta se complica cuando un asesor atiende varios hospitales y la comunicación con el Centro de Operaciones no es fluida. En las siguientes tablas podemos ver el tiempo promedio que tarda el asesor de servicio en entregar el dictamen de la aseguradora y el número de casos que se reciben vía fax durante todo un día de trabajo.

Tiempo				
TIPO DE TRATAMIENTO	5 a 24 hrs	25 a 43 hrs	48 a 53 hrs	Total
TRATAMIENTO POR ESTUDIOS	5	7	1	13
CIRUGIA POR ESTUDIOS	4	5	1	10
CIRUGIA PROGRAMADA	4	4	1	9
TOTAL	13	16	3	32

Horas durante el día				
7 a 10 hrs	11 a 13 hrs	13 a 15 hrs	15 a 18 hrs	18 a 20 hrs
3	2	4	3	5
17.65%	11.76%	23.53%	17.65%	29.41%

1.3.2.6.- OBSERVACION DEL TIEMPO DEL PROCESO.

Al medir el tiempo que duran las diferentes operaciones del proceso, paralelamente realizamos anotaciones sobre lo que se estaba observando el mismo, en la siguiente tabla se muestran 19 casos que tuvieron un tiempo de respuesta superior a 25 horas. Durante estas mediciones se observó lo siguiente:

Causas	Tratamiento por estudios	Cirugía por estudios	Cirugía Programada	Total
Se tardó el diagnóstico y el tratamiento	3	1	2	6
Se tardó la información adicional	1	2	-	3
Se dictamina al día siguiente	1	1	1	3
Se tardaron cuadro clínico y antecedentes.	-	1	2	3
Dictamen se entrega al día siguiente	-	1	-	1
No llegó comprobante de pago. Rechazo	1			1
Nunca llegó Skytel	1	-	-	1
Total	8	6	5	19
Porcentaje.	42.11%	31.58%	26.31%	100%

Observaciones de Centro de Operaciones y Médicos de Apoyo

- Siguen existiendo fallas con el Skytel, algunos ingresos se le notificaron al asesor por medio del médico de apoyo.
- Durante el último día de observación, aproximadamente ocho avisos a asesores de servicio y médicos de apoyo los tuvieron que hacer manuales. Hubo mas casos pero no se contabilizaron.
- Cuando se tienen problemas de envío de fax por sistema (por desconocimiento de la herramienta o falta de soporte), imprimen las hojas y las envían manualmente y algunas veces duplican los faxes
- En el sistema existe una opción para enviar mensajes , aunque todos los mensajes libres los envían manualmente, ya que continuamente está ocupada la línea del servicio de radio localizador.

- Existieron más de tres casos en los que los médicos solicitaron información adicional, aunque al revisarlos el supervisor consideró que no era necesario.

Observaciones Médico de Apoyo y Asesores de Servicio

- No siempre se pide identificación al asegurado en la primera visita. Algunas veces el asegurado no trae, otras veces el ambiente no es propicio para pedírselas en ese momento.
- Cuando se cambia la decisión del dictamen (aceptación/rechazo) el personal de cuentas por cobrar en el hospital se respalda con el primer dictamen entregado y afirma que para aceptar el rechazo es necesario que la compañía aseguradora hable con el asegurado y le firme el rechazo.
- Todos los rechazos tienen que ser primeramente firmados por el asegurado para que los acepte el departamento de cuentas por cobrar.
- En algunos casos existió el problema de que no se especificó la información adicional.
- La solicitud de información adicional se realiza por teléfono cuando el médico de apoyo llama para confirmar el fax y para reportarse con el Centro de Operaciones.
- El asegurado no está bien informado de lo que cubre su póliza.
- Los médicos tratantes piensan que el médico de apoyo es el dictaminador y lo buscan para autorizaciones y tabulaciones.
- El médico de apoyo tiene mucho contacto con los médicos tratantes, sobre todo en piso cuando revisa los expedientes.
- El asesor siempre le da la prioridad a la entrega de dictámenes que a la primera visita.
- Hacen falta líneas telefónicas tanto para fax como para comunicarse al Centro de Operaciones.
- El médico de apoyo revisa los expedientes de todos los casos pendientes y luego envía la información, con excepción de los casos urgentes.
- Existe mucha comunicación entre el médico de apoyo y el asesor.

Observaciones de Médicos Dictaminadores y el Centro de Operaciones

- No existe un procedimiento para detectar con oportunidad las cirugías programadas, normalmente se hace hasta que el caso llega a dictamen.
- Durante la observación, la necesidad del comprobante de pago en pólizas emitidas o canceladas, fue evidente hasta que llegó el dictamen.
- El proceso interno (plaza/aseguradora) presenta cuellos de botella en apertura de expedientes.
- Otro cuello de botella es la recopilación de información del médico de apoyo. Es la principal causa de retraso en el proceso de dictamen.
- La relación Centro de Operaciones- Centro de Dictamen- Cabina es muy estable, la mayor parte de los problemas está en la relación Centro de Operaciones -Asesor- Médico de Apoyo.

Observaciones de las Mediciones del Proceso

- Los ingresos por urgencias continúan siendo más que los de admisión. 62% y 38% respectivamente.
- De los 34 casos observados el 74% ingresaron sin un diagnóstico definitivo (estudios); el 26% fueron programaciones de cirugía del hospital.
- El 88% de la apertura de expedientes se terminaron en menos de cuatro horas.
- En el 65% de los ingresos por estudios, la información básica completa se consiguió hasta después de doce horas.
- En el 44% de los ingresos programados, la información básica completa se consiguió después de dieciocho horas.
- En el proceso completo, el 61% de los ingresos por estudio y el 66% de los ingresos programados se entregaron en más de veinticuatro horas.

2.1.- PASOS DE LA METODOLOGIA

Muchos autores han presentado en sus libros diversas metodologías a seguir en un proyecto de mejora continua, y en general, todas ellas siguen la misma estructura y llegan al mismo resultado, variando únicamente en la forma (número de fases, nombres, etc.) pero no en el fondo. En el presente trabajo, proponemos una metodología que es una síntesis y combinación de otras hechas por varios autores, cuyos pasos son los siguientes:

1. Definir la visión estratégica del proyecto a mejorar.
2. Definir la misión del proyecto a mejorar.
3. Delimitar las fronteras (alcances).
4. Establecer los beneficios que se obtendrán después de mejorar el proceso.
5. Proponer los cambios al proceso.

2.1.1.- VISION ESTRATEGICA DEL PROYECTO A MEJORAR

En el desarrollo de un proyecto de mejora continua, la visión estratégica nos ayudará a conocer el rumbo hacia donde se debe dirigir la mejora de un proceso, en un periodo de tiempo determinado.

Con esto se garantizara la máxima temporalidad de un proceso, y la utilización de las herramientas adecuadas para éste.

Algunas de las ventajas de desarrollar la visión estratégica son:

- Se tiene una idea macro del proceso, considerando a los clientes, proveedores y en general a todas las áreas relacionadas con el proceso.
- Orienta al equipo de trabajo a enfocarse al proceso con ideas de mejora.
- Clarifica a los directivos de la empresa las expectativas de su negocio en un plazo determinado.

Para identificar los procesos de mejora, nos debemos basar en las necesidades y problemas de nuestros clientes, es decir que lo que se pretenda mejorar deberá influir principalmente, en las actividades que realizan los usuarios finales de toda la cadena de procesos cliente-proveedor. Para esto es importante tener claro cuál es el alcance del proceso a intervenir.

Por ejemplo, si se pretende mejorar un proceso, en el cual el dictamen de una aseguradora debe ser oportuno para brindar un buen servicio a los asegurados, se deberán analizar todas las operaciones que intervienen en dicho proceso para optimizar el tiempo de respuesta del dictamen.

Debemos conocer cómo se está llevando a cabo el proceso actualmente, descubriendo las fuerzas y debilidades de todos los elementos involucrados en el mismo. Además no se debe perder de vista la tendencia del entorno tanto interno como externo. En este aspecto, se debe realizar un análisis, sobre la influencia, que tendrá la mejora del proceso con las áreas relacionadas con éste.

En los procesos relacionados con los seguros de salud, se tiene una relación muy estrecha con el entorno, debido a que las políticas de los hospitales varían entre sí, por lo tanto es muy importante conocer los recursos con los que la aseguradora cuenta, para hacer que éstos sean flexibles a cambios en el entorno.

2.1.2.- MISION DEL PROYECTO A MEJORAR

En este paso, se deben definir las metas que se pretenden alcanzar con el proyecto de Mejora Continua, los cuales normalmente deben ser los siguientes:

- Incrementar la eficiencia del proceso reduciendo el tiempo del ciclo.
- Disminuir costos.
- Mejorar el servicio a clientes.
- Incrementar la calidad o confiabilidad del producto o servicio.
- Hacer más seguro el trabajo.

- Hacer el trabajo más sencillo.
- Combinar las metas anteriores.

2.1.3.- DELIMITAR LAS FRONTERAS DEL PROYECTO

Para mejorar un proceso (o un subproceso), el primer paso es seleccionarlo y definir sus fronteras, dónde empieza y dónde termina, así como las entradas y salidas del mismo.

Cualquier proceso es candidato para ser un proyecto de Mejora Continua, pero las siguientes son sugerencias para escoger el proceso adecuado.

1. Primero ir por las grandes metas. Escoger procesos que estén costando mucho dinero, tomen mucho tiempo, o afecten la calidad en el servicio de los clientes.
2. Seleccionar el nivel adecuado. Hacer un rediseño de un proceso muy amplio, como puede ser el de manufactura o de compras en ciertas empresas, puede ser demasiado complicado. Se recomienda dividir el proceso en partes más manejables. El conocimiento y la experiencia obtenidos puede ser aplicado a las otras partes del proceso. Empezar por lo pequeño e ir creciendo es una buena regla a seguir, ya que normalmente incrementa la posibilidad de éxito, y nada guía mejor hacia el futuro éxito, como el éxito pasado.
3. Seleccionar procesos que se puedan medir en una escala de tiempo adecuada, como horas o días. Procesos que toman largos periodos de tiempo, son más difíciles para diagramar y analizar, y lo que se debe hacer en estos casos es dividirlos.

Una vez que se han definido las metas (misión), es importante determinar la mejor forma de medición del proceso, como puede ser el tiempo, si lo que se pretende es reducir el tiempo de ciclo.

Otras medidas tradicionales pueden ser distancias, número de piezas defectuosas, costos, etc. Algunas veces, puede darse que la medida requerida no pueda ser tomada directamente de la observación del proceso, sino que se tendrá que calcular a partir de algún punto que sí se obtenga directamente. Es muy importante utilizar el sentido común para definir cuál es la medida más apropiada, ya que debe ser fácil y rápida de obtener, y nos debe dar la información que necesitamos.

Es importante hacer notar dos factores que se deben tener en cuenta en este paso, para evitar problemas posteriores:

- Cuando se habla con la gente acerca de un cierto proceso, todos tienen una opinión acerca de qué es lo que está mal. Esta información puede ser útil, pero cualquier opinión debe ser respaldada por un análisis de datos.
- Si lo que se pretende mejorar es la eficiencia del proceso, primero debe asegurarse que el proceso sea eficaz y confiable, de lo contrario, lo único que se logrará es que un proceso con problemas funcione más rápido.

2.1.4.- BENEFICIOS DEL PROYECTO.

Como paso final antes de proponer los cambios a los procesos, se deben conocer los beneficios del proceso a mejorar, ya que esto permitirá evaluar el avance que se tiene respecto a las metas y objetivos establecidos.

2.1.6.- PROPUESTA DE MEJORA

El poder mejorar un proceso implica saber hacer las cosas de mejor manera y tener con qué poder hacerlas. El saber hacer las cosas mejor depende de la capacidad técnica, de la habilidad, experiencia, creatividad y la capacidad crítica de la fuerza de trabajo. Tales características le permitirán:

- a) Manejar la tecnología, desarrollar sistemas productivos y administrativos.
- b) Diseñar nuevos satisfactores o mejorar los existentes.
- c) Detectar los “cuellos de botella” de la productividad.

d) Encontrar las soluciones adecuadas para mejorar los procesos.

El tener con qué hacer las cosas significa contar con los medios “duros” y “suaves” de trabajo, así como los objetos de trabajo que permitan obtener más y mejores satisfactores. Dentro de los medios “duros” tenemos a las máquinas, equipos, instalaciones en general , energéticos etc. Los medios suaves de trabajo los componen los métodos de trabajo , los sistemas comerciales , financieros, administrativos, diseños de producto, etc. Las materias primas forman parte también, como objetos de trabajo , de los factores tangibles de la productividad. Está claro que el nivel de estos factores está dado por el grado de correspondencia entre el saber y el tener, ya que en nada contribuye el tener medios (“duros” o “suaves”) que no sabemos explotar o el contar con fuerza de trabajo calificada y con mucha experiencia, si no puede desarrollarse por falta de condiciones y medios materiales.

Cabe mencionar que los medios – duros y suaves – no son otra cosa que la tecnología, por lo que el tener con qué poder mejorar es la combinación adecuada entre los objetos de trabajo y la tecnología empleada para su transformación.

2.1.7.- DESARROLLO DE LA PROPUESTA Y DE PROCESOS IDEALES

Consolidación de Información

Esta tarea consiste en reunir la información obtenida, ordenarla y desechar lo que esté de más, de tal manera que se facilite el acceso a la información obtenida.

Iniciativas Actuales

Es común que la organización esté cambiando de una u otra manera, por ejemplo: puede estar instalando un nuevo “software”, comprando maquinaria, etc. Esta tarea identifica cambios para utilizarlos en el desarrollo de la mejora continua.

Lluvia de Ideas

Esta es una de las tareas más importantes de toda la fase; consiste en reunir a directivos con experiencia en la operación, se les deberá comunicar en qué consisten las mejoras prácticas, las oportunidades observadas durante el desarrollo del análisis de la situación actual, y presentarles un rediseño de la operación que envuelva todo el conocimiento previo, y que sirva como base para partir y crear el proceso idóneo; cabe destacar que estas sesiones se deberán realizar diariamente o como máximo cada dos días, con el fin de que el personal involucrado no pierda de vista el producto final.

Elaboración de la Propuesta

A través de las sesiones de lluvias de ideas se desarrollará un nuevo diseño del negocio en el cual se acoplan a las necesidades y oportunidades detectadas en las tareas anteriores, con el fin de que se cree un nuevo modelo adecuado a las necesidades del negocio y, por ende, de los clientes. Este rediseño no debe ser del todo real, es decir, no se debe pensar qué se puede y qué no se puede hacer; este rediseño de los procesos generalmente se acompaña de la siguiente información.

- Tecnología.
- Recursos Humanos.
- Actividades.
- Tiempos y movimientos.
- Relación entre áreas.
- Comunicaciones.
- Software.
- Hardware.
- Y toda aquella información que se involucra en la nueva propuesta.

Análisis de las Barreras

Normalmente los cambios traen consigo problemáticas de diversas complejidades. Estos problemas se identifican como barreras respecto a la mejora continua de procesos, y sirven para conocer las dificultades que deberán superarse al llevar a cabo la propuesta.

Diseño Detallado del Nuevo Proceso

Una vez analizadas las barreras, se procederá a planear de manera detallada la nueva organización, dependiendo de la magnitud y variedad de los cambios; se hará esta planeación, se deberá tomar en cuenta que cada cambio implica un riesgo, por lo cual se recomienda que no se hagan todos los cambios juntos, ya que podría ocasionar problemas serios en la operación diaria.

En este capítulo plantaremos una solución para la mejora del proceso de reporte en hospital. El objetivo de este capítulo es utilizar las herramientas necesarias para solucionar los problemas existentes en la situación actual. Es relativamente sencillo identificar los problemas existentes en un proceso, pero cuando llega el momento de comenzar a plantear soluciones se requiere de una capacidad analítica y objetiva que nos lleve a tomar las correctas decisiones, es aquí donde inicia la creatividad y el verdadero reto de un proyecto.

3.1.- VISION ESTRATEGICA

Revisando la actual situación del proceso de reporte en hospitales, los recursos existentes, los sistemas de información, la calidad del servicio, etc. Debemos rediseñar las operaciones y los procesos de trabajo que permitan alcanzar la visión de: "Otorgar servicios a los asegurados con calidad, y oportunidad de modo que se superen las expectativas que ellos demandan, logrando la máxima eficiencia en la utilización de los recursos".

3.2.- MISION

La mejora en la calidad en el servicio del proceso de reporte en hospitales, parte de una misión ambiciosa mucho más compleja que la de: "un seguro de gastos médicos con precios atractivos, lujosas oficinas, buenas condiciones de pago, etc.". Con este proyecto se logra:

- Que el cliente conozca oportunamente el dictamen de una aseguradora.
- Que se atiendan ágil y cuidadosamente sus reclamaciones.
- Atender sus llamadas a cualquier hora.
- Mantener contactos de alto nivel entre agentes y asegurados.
- Aumentar las opciones en los planes de seguro.
- Evitar colas de espera y llenado de formas confusas.
- Que a la aseguradora le interese la salud de sus clientes.
- Facilitar la operación del cliente (todo aquello que debe hacer para recibir el servicio).

- Generar valor agregado en el servicio.

3.3.- ALCANCES

Una vez que se haya aplicado la metodología de mejora continua, el alcance más importante será que el cliente recibirá todo lo que él espera por parte de su compañía de seguros, es decir, que los puntos de contacto entre aseguradora y cliente, estarán controlados de modo que la satisfacción del cliente sea máxima.

Sin embargo para lograr que el cliente reciba "calidad en el servicio" en todo el proceso, se deberán alcanzar los siguientes puntos:

- Avisar a la aseguradora el ingreso de un cliente al hospital inmediatamente
- Desarrollar una logística óptima de todas las operaciones involucradas en el proceso de reporte en hospitales. Esto implica: Actividades que se realizan en el Centro de Operaciones; el trabajo de los asesores; de los médicos de apoyo; y de los médicos dictaminadores.
- Eficientar al máximo el uso de las herramientas de comunicación, como son: Centros de recepción de llamadas (cabina); comunicación vía fax; radio localizadores etc.
- El personal involucrado en todo el proceso, tendrá una gran actitud de servicio para con sus clientes (internos y externos).

3.4.- BENEFICIOS

Después de haber rediseñado el proceso de reporte en hospitales, se deberán observar los siguientes beneficios:

- En el mayor de los casos el dictamen que realiza la aseguradora deberá ser entregado al cliente (o a sus familiares), 24 horas después de su ingreso al hospital.
- El 90% de los ingresos al hospital se reportarán al área de cabina, en menos de 5 horas.

- El 90% de los casos que un asegurado ingrese al hospital por que éste tenga una cirugía programada, el dictamen se le entregará en menos de 24 horas.
- El 95% de los casos en los que un asesor de la compañía de seguros visita al asegurado, deberá ocurrir en menos de 5 horas a partir de que éste ingresa al hospital.
- El 90% de los asegurados estarán plenamente satisfechos con el servicio recibido por parte de la compañía de seguros.

3.5.- SITUACION PROPUESTA

La información obtenida y plasmada en los Capítulos anteriores es la principal herramienta para generar una propuesta de mejora. En términos generales se identifica que existen cuatro principales problemas en el proceso que son:

1. Oportunidad.
2. Tecnología.
3. Control de Información.
4. Logística.
5. Gente.

Partiendo de un análisis de las mediciones y entrevistas mostradas en los anexos. Estamos conscientes de que no se solucionan todos los problemas, sin embargo sí se atacan los principales y se logra una mejora considerable en el proceso.

Todos nuestros esfuerzos de mejora que se plantean en este capítulo están enfocados a lograr la satisfacción del cliente. Obteniendo la combinación de procesos operativos, sistemas administrativos, estructura del negocio y cultura organizacional para cumplir con la satisfacción del cliente.

Se pone especial énfasis en aquellos puntos donde se tenga contacto físico con el cliente para brindarle un excelente servicio.

En el campo de la medicina es evidente que no se puede predecir un comportamiento estable con los procesos, nosotros no sabemos si nos vamos a enfermar la próxima semana, ¿de qué nos vamos a enfermar? , ¿cuánto tiempo va a durar nuestra enfermedad? , ¿vamos a ser hospitalizados? etc. Al momento de ingresar a un hospital existen una infinidad de variables que cambian el comportamiento del proceso, es por eso que en este nuevo diseño tratamos de mezclar la información estadística con la que contamos y todas aquellas variables que afectan al proceso.

La mayoría de las aseguradoras que realizan procesos similares al de “Reporte en Hospital”, no comprenden que una queja de un cliente puede constituir algo más que un grave problema. Y que también existe una tremenda oportunidad. Si el cliente que se queja es ignorado o tratado inadecuadamente, puede convertirse en una seria amenaza para la confianza que toda empresa debe desarrollar entre sus consumidores actuales y potenciales. Por el contrario, si sus necesidades son manejadas correctamente (y dirigidas con eficacia), este mismo cliente puede representar importantes ventas futuras.

La insatisfacción de los asegurados, constituye una seria amenaza para la empresa, debido a que la mayoría de ellos no se quejan –al menos, ante la empresa-. Por el contrario conversan con sus familiares y amigos sobre los motivos de su insatisfacción. Una gran parte de ellos cambian hacia otra aseguradora. Incluso cuando se quejan ante su empresa de seguros, se muestran pesimistas de que lograrán algún tipo de satisfacción.

El mensaje es simple: “La satisfacción del cliente es la clave para asegurar la rentabilidad a largo plazo, y mantener al cliente contento es labor de todos en la empresa”. Progresivamente los directores de la aseguradora que estudiamos, van descubriendo que factores tales como bajos costos de mano de obra, una mayor eficiencia de emisión de pólizas, o la compra de una tecnología superior sólo proveen ventajas transitorias, a muy corto plazo. Sin embargo, a largo plazo lo que importa es mantener al cliente contento con los servicios de la aseguradora.

Las empresas y sus directores aparentemente se habían olvidado que los beneficios de las empresas se generan de un cliente contento. A pesar de los grandes gastos en investigación de mercado, publicidad, promoción de ventas y otros esfuerzos de mercadotecnia, aparentemente se había perdido el hecho fundamental de que: “Si el cliente no está contento , él no volverá a ser cliente en el futuro , y por lo tanto no existirá esta empresa en el futuro”. Por estas razones y muchas más, los esfuerzos realizados para rediseñar el proceso de “Reporte en Hospitales”, tienen como objetivo mejorar drásticamente, la percepción de la calidad de servicio que reciben los asegurados.

3.5.1.- OPORTUNIDAD

Entregar dictamen del seguro médico oportunamente es fundamental para lograr un alto nivel de servicio a los asegurados, los clientes no compraron una póliza de seguros, sino todo el servicio que esperan de parte de su compañía de seguros, y dentro del mismo está entregar resultados a tiempo. Por lo anterior se ha puesto un especial énfasis en mejorar los métodos y procedimientos que tienen que ver con la rapidez de respuesta (oportunidad) por parte de la aseguradora. Los procedimientos que tienen mayor impacto en la oportunidad de entrega del dictamen son:

- 1.Cirugía Programada por Médico Tratante.
- 2.Aviso de Ingreso.
- 3.Recopilación de Información.

3.5.1.1- CIRUGIA PROGRAMADA POR MEDICO TRATANTE

Actualmente este proceso inicia, cuando un asegurado acude al consultorio de uno de los médicos tratantes que trabajan para la aseguradora, después de que el médico revisa el caso del paciente y determina la necesidad de hospitalizarlo, llama al hospital donde el asegurado desea ser atendido con la finalidad de programar una intervención quirúrgica o bien un tratamiento médico. Cuando el médico tratante se comunica con el hospital, se determina el día y la hora en

que debe presentarse el asegurado en el hospital. Una vez que se tienen estos datos, el médico tratante se los comunica a su paciente.

Una vez que se cumple la fecha y la hora programada por el hospital, el paciente se presenta, y le asignan una habitación (previamente reservada). - Hasta este momento el cliente (el asegurado) se ha dado cuenta que su compañía de seguros tiene todo bajo control para proporcionarle el servicio que necesita.

Una vez que el paciente ingresó al hospital, el personal del mismo guarda el reporte de ingreso, para que posteriormente le informe a la compañía de seguros que uno de sus clientes está en el hospital. (normalmente se esperan a tener entre ocho y diez casos para comunicarle a la aseguradora, los ingresos acumulados hasta ese momento.

Una vez que el hospital se comunica con el personal de la aseguradora (cabina), éste último dispara todo el proceso de reporte en hospital.

El procedimiento propuesto sigue contemplando todas las actividades que se realizan hasta que el cliente llega a su habitación (que es lo que el cliente ha percibido como buen servicio). Sin embargo algunas de las actividades que realiza el hospital y la aseguradora a partir de este momento, se cambiarán por lo siguiente:

Aprovechando la presencia de los asesores de servicio, éstos se encargarán de revisar todos los días la bitácora del hospital, inclusive deberán sacar una fotocopia de este documento, para enviarla vía fax al área de cabina de la aseguradora. Una vez que el personal de la aseguradora conoce las cirugías y tratamientos médicos programados, capturará en sistema estos datos, para que automáticamente se lleve acabo el compromiso de disparar el proceso de reporte en hospital el día y la hora, en que el cliente llegue al hospital.

Analizando esta mejora al proceso, podemos ver que cuando un paciente llega a uno de los hospitales que trabajan con la aseguradora, en ese preciso instante se dispara todo el proceso para atender al mismo. En el anexo 3, podemos ver el diagrama de flujo de este proceso.

Uno de los beneficios de esta mejora de procesos, es que la aseguradora no depende de proveedores externos para garantizar la calidad en el servicio para sus clientes, y por el contrario podrá controlar este proceso hasta manejar cero errores.

Otro beneficio de esta propuesta, es que no cuesta nada, es decir se aprovechan los recursos existentes para llevarlo a la práctica.

Debemos considerar la importancia de esta mejora de procesos, ya que implica conocer la información previamente al ingreso del asegurado.

Desafortunadamente los casos que ingresan la hospital a través del área de Urgencias, no se puede predecir el comportamiento que éstos puedan tener, durante su desarrollo dentro del hospital. Puede ser que los médicos de urgencias determinen que se debe intervenir quirúrgicamente al asegurado, que se necesite internar al mismo para realizar algún tratamiento médico, o bien un simple resfriado que no necesite mayor intervención hospitalaria.

En el caso de ingresos por urgencias, no tenemos el privilegio de conocer la información previamente a los sucesos y éste es uno de los motivos que dificultan el lograr la oportunidad en el proceso de reporte en hospitales. Para este tipo de casos trataremos de lograr la oportunidad a través de otros procedimientos como son: aviso de ingreso, recopilación de información y entrega del dictamen.

Con esta nueva propuesta, esperamos que el 100% de los casos los conozca la aseguradora antes de que el paciente llegue al hospital.

3.5.1.2.- AVISO DE INGRESO

Para este procedimiento la aseguradora se enfrenta a un problema de la falta de opciones de proveeduría, es decir, en México existe un oligopolio de hospitales con gran capacidad e infraestructura –y éstos son precisamente los que los clientes demandan- Nos referimos a hospitales tales como: “Hospital Angeles, Medica Sur, Hospital ABC, Hospital Mocel, Sanatorio Español, etc.”. Afortunadamente existen otro tipo de hospitales, los cuales también cuentan con una gran infraestructura, sin embargo la demanda de sus servicios no es tan alta. Para explicar la mejora en el proceso de aviso de ingreso, clasificaremos a los hospitales en dos grupos:

- Hospitales tipo A (Angeles, ABC, Mocel, Médica Sur, Sanatorio Español).
- Hospitales tipo B (El resto de los hospitales con convenio).

Actualmente los hospitales muestran una falta de interés para reportar oportunamente los ingresos al mismo, esto se debe a las múltiples funciones que desarrolla el personal de admisión, y a la falta de control de procesos de este proveedor externo.

En los Hospitales tipo A, el aviso de ingreso, no se realiza en el momento que un asegurado es registrado en alguno de los mismos, sino que el personal de admisión espera a tener entre ocho y diez casos de ingreso, para posteriormente reportarlos a la aseguradora. Como podemos ver, el control de este proceso está en manos de un proveedor externo, el cual es indispensable para que la aseguradora, cumpla con lo que le prometió a sus clientes.

En la actualidad el contrato que existe entre la aseguradora y los hospitales tipo A, no estipula la obligación de este último, de controlar los procesos que intervienen en la oportunidad del dictamen. Y a esto le sumamos, que los hospitales tipo A no tienen los mismos valores, cultura, visión etc., que la aseguradora tiene para garantizar calidad en el servicio a sus clientes.

A pesar de los esfuerzos que la aseguradora ha realizado, por convencer y desarrollar a sus proveedores externos, para trabajar juntos en este tipo de procedimientos, el cambio de cultura organizacional no se ha logrado, por lo tanto se decidió reducir las funciones que realizan los hospitales, para que la aseguradora pueda controlar las mismas.

Lo que se propone es ser proactivos en la búsqueda de la información, por lo tanto: Para los casos que ingresen a hospitales tipo A, se aprovechara la presencia de los asesores de servicio, para que éstos acudan al área de admisión del hospital, y recaben la información de los ingresos. Y posteriormente realicen ellos mismos el reporte de ingreso. En la siguiente tabla podemos ver los horarios en los que el asesor de servicio deberá ir en busca de información.

	HORA PARA RECOPILAR EL INGRESO				
INGRESO	7:30	10:00	13:00	16:00	19:00
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00					
6:00					
7:00					

Para los casos de hospitales de tipo B, la búsqueda de información la realizará el Centro de Operaciones, con una llamada telefónica al área de admisión de estos hospitales. En la siguiente tabla, podemos ver los horarios en que se deberán realizar estas llamadas a los hospitales.

	HORA PARA RECOPIRAR EL INGRESO				
INGRESO	7:30	10:00	13:00	16:00	19:00
7:00					
8:00					
9:00					
10:00					
11:00					
12:00					
13:00					
14:00					
15:00					
16:00					
17:00					
18:00					
19:00					
20:00					
21:00					
22:00					
23:00					
0:00					
1:00					
2:00					
3:00					
4:00					
5:00					
6:00					
7:00					

Cabe mencionar que Centro de Operaciones realizará una llamada a las 7:30 horas todos los días para conocer los ingresos que se realizaron durante la noche 20:00 a 7:30 horas, de modo que desde el principio del día ya se tenga un control sobre el aviso de ingreso.

Definitivamente la aseguradora seguirá con los intentos de desarrollar a sus proveedores externos, hasta lograr una sinergia en los procesos, mientras tanto tratará de controlar los procedimientos para garantizar la calidad en el servicio, en el anexo 4, podemos ver este procedimiento.

3.5.1.3.- RECOPIACION DE INFORMACION

Como mencionamos en el capítulo uno, el médico de apoyo es el encargado de recabar toda la información del expediente del asegurado cuando éste se encuentra ya sea en un tratamiento médico o bien una intervención quirúrgica, sin embargo para realizar esta labor se presentan una serie de variables difíciles de controlar, que afectan directamente la oportunidad para realizar el dictamen final de la aseguradora. Recordemos que el proceso de recopilación de información es el más tardado dentro de toda la cadena de procesos cliente-proveedor, creando así un cuello de botella el cual se deberá disminuir al máximo. Algunas de estas variables difíciles de controlar son:

- El médico tratante, no plasma la información completa en el expediente del asegurado, por lo tanto los médicos de apoyo, no pueden recabar fácilmente la misma.
- Los médicos de apoyo no tienen un programa definido de visitas para recabar la información.
- Existe muy poca retroalimentación entre el médico tratante y el médico de apoyo.
- El médico tratante no se involucra en los procedimientos internos de la aseguradora.

Debido a que la medicina por su naturaleza es variable, no se puede estandarizar al máximo la información que plasman los médicos tratantes en los expedientes de los asegurados, y esto ocasiona que muchas veces no se tenga un rápido acceso a la misma. Sin embargo si se crea una logística con cierto orden podremos mejorar en la oportunidad.

La forma de atacar este problema, consiste en programar las visitas de los médicos de apoyo a los distintos hospitales, conociendo previamente: los ingresos a los hospitales, los horarios de cirugía, y/o los distintos tratamientos médicos que se aplicarán a los asegurados en los casos que sea posible. De modo que exista un orden en el proceso de recopilación de información.

A través de un análisis a las mediciones realizadas con los médicos de apoyo se fijó un horario para programar las visitas a los hospitales y recabar la información necesaria. El horario que se

fijó fue a las 9:00, 14:00 y 19:00 horas. En la siguiente tabla vemos cómo están programadas las visitas de los médicos de apoyo a los hospitales. Esta tabla muestra en su primera columna la hora en que se realizará la cirugía. La segunda columna muestra el encabezado del día y especifica la hora en la cual se tiene que realizar la visita. Funciona del mismo modo para la tercera columna con la diferencia de que ahora nos referimos al segundo día.

Hr. Ingreso	1er Día (Hora de la Visita)			2do Día (Hora de la Visita)		
	9:00	14:00	19:00	9:00	14:00	19:00
6:00	-	-	-	-	-	-
7:00	Visita	-	-	-	-	-
8:00	Visita	-	-	-	-	-
9:00	Visita	-	-	-	-	-
10:00	-	Visita	-	-	-	-
11:00	-	Visita	-	-	-	-
12:00	-	Visita	-	-	-	-
13:00	-	Visita	-	-	-	-
14:00	-	Visita	-	-	-	-
15:00	-	Visita	-	-	-	-
16:00	-	Visita	-	-	-	-
17:00	-	Visita	Visita	-	-	-
18:00	-	Visita	Visita	-	-	-
19:00	-	Visita	Visita	-	-	-
20:00	-	-	Visita	-	-	-
21:00	-	-	Visita	-	-	-
22:00	-	-	Visita	-	-	-
23:00	-	-	Visita	-	-	-
0:00	-	-	Visita	-	-	-
1:00	-	-	Visita	-	-	-
2:00	-	-	Visita	-	-	-
3:00	-	-	Visita	-	-	-
4:00	-	-	Visita	-	-	-
5:00	-	-	Visita	-	-	-

Se tiene contemplado que la visita sea en el área de postoperatorio con el fin de aumentar la posibilidad de encontrar el expediente del paciente, ya que éste normalmente se queda un largo tiempo en esta área después de la intervención quirúrgica.

A continuación podemos ver una segunda tabla que nos muestra la programación de visitas del médico de apoyo pero en esta ocasión de todos aquellos casos que ingresan al hospital debido a estudios y/o tratamientos médicos, la primera columna nos muestra la hora de ingreso del asegurado al hospital, en la segunda columna se refleja la hora en la cual se obtendrá el aviso de ingreso. Para fijar los horarios de visita, se tomó en cuenta que el Centro de Operaciones realiza diariamente una llamada al hospital a las 7:30 horas para conocer los ingresos realizados en el horario nocturno. Las subsecuentes columnas muestran el horario en que se deberán realizar las visitas y el remanente en horas en caso de que no se consiguiera la información en esa visita. Los números que son negativos nos muestran que no se podría realizar la visita en ese horario ya que no se cumpliría con el objetivo de entregar el dictamen en 24 horas.

Hr. Ingreso	Hr. Aviso.	1er Día (Hora de la Visita)			2do Día (Hora de la Visita)		
		9:00	14:00	19:00	9:00	14:00	19:00
0:00	7:30	11:00	6:00	1:00	-	-	-
1:00	7:30	12:00	7:00	2:00	-	-	-
2:00	7:30	13:00	8:00	3:00	-	-	-
3:00	7:30	14:00	9:00	4:00	-	-	-
4:00	7:30	15:00	10:00	5:00	-	-	-
5:00	7:30	15:30	10:30	5:30	-	-	-
6:00	7:30	15:30	10:30	5:30	-	-	-
7:00	7:30	15:30	10:30	7:00	(-7:00)	-	-
8:00	10:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
9:00	10:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
10:00	10:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
11:00	13:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
12:00	13:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
13:00	13:00	-	12:00	7:00	(-7:00)	-	-
14:00	16:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
15:00	16:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
16:00	16:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
17:00	19:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
18:00	19:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
19:00	19:00	-	-	12:00	(-2:00)	(-7:00)	-
20:00	7:30	-	-	-	7:00	2:00	(-3:00)
21:00	7:30	-	-	-	8:00	3:00	(-2:00)
22:00	7:30	-	-	-	9:00	4:00	(-1:00)
23:00	7:30	-	-	-	10:00	5:00	-

Así como los asesores de servicio tienen asignados varios hospitales, lo mismo sucede con los Médicos de Apoyo. Por lo tanto, utilizando el volumen de casos por hospital, y la ubicación, se determinaron rutas de recorrido de los Médicos de Apoyo, para que realicen el proceso de Recopilación de Información. Estas rutas son:

- Ruta 1.- Hospital Angeles (aquí estará un médico de apoyo de planta).
- Ruta.2.- Hospital Médica Sur (aquí estará un médico de apoyo de planta).
- Ruta 3.- Hospital ABC. (aquí estará un médico de apoyo de planta).
- Ruta 4.- Hospital de México, Hospital Infantil Privado y Hospital Mocel.

- Ruta 5.- Hospital Metropolitano, Clínica Londres, y Hospital Dalinde.
- Ruta 6.- Sanatorio Español, Hospital San José Satélite y Hospital Cd. Satélite.

Una vez que se tienen fijados los horarios de visita de los médicos de apoyo, y las rutas que deberán cubrir cada uno de ellos, el centro de operaciones será el encargado de estar informándole a los Médicos de Apoyo el hospital y la hora en que deberán recabar la información, en el anexo 5, podemos ver el diagrama de flujo de este proceso.

3.5.2.- TECNOLOGIA

En el proceso actual existen grandes problemas en cuanto a la comunicación entre el Centro de Operaciones con los Médicos de Apoyo y los Asesores de Servicio. Actualmente se utiliza un sistema de radio localizador para establecer esta comunicación. Esta Tecnología tiene la desventaja de no ser un medio de comunicación interactivo, es decir la persona que recibe el mensaje en su radio localizador no le es posible contestar a través del mismo, por lo cual necesita realizar una llamada telefónica. Existen un gran número de mensajes que no se reciben y esto implica una gran cantidad de tiempo perdido que repercute en el proceso. No solamente existen errores en la recepción del mensaje sino también en la captura de datos por parte de la gente del Centro de Operaciones pero este tema se tratará en el apartado de logística (3.5.3).

Otro medio de comunicación que se utiliza actualmente es el fax, recordemos que los médicos de apoyo deben enviar la información del expediente médico al centro de operaciones. Actualmente existe solamente una máquina de fax en el centro de operaciones, la cual no tiene la función de almacenar la información que está recibiendo, esto trae como consecuencia problemas en la recepción del fax. Existe un servidor de faxes que se encarga de enviar estos vía sistema (fax modem) a los hospitales, sin embargo este servidor solo tiene capacidad de enviar y no de recibir información.

La propuesta consiste en reprogramar el servidor de faxes, para que funcione como receptor y enviador de información. A su vez tendrá otras funciones como las de ir almacenando todos los faxes que estén siendo enviados al mismo tiempo. La programación de este servidor permitirá que la información se transmita directamente a las computadoras personales de los operarios del Centro de Operaciones. Con esta manera de operar el fax, se solucionarán los problemas que existen actualmente con la recepción de fax los cuales son: pérdidas de información, periodos de espera para transmitir los faxes, faxes ilegibles.

Para solucionar los problemas existentes con la comunicación a través de radio localizador, hemos pensado en contar con un medio de comunicación interactivo. La tecnología que se propone utilizar es el sistema radio el cual tiene un alto grado de confiabilidad. Esta tecnología ya ha sido usada en otros procesos obteniendo buenos resultados. Por medio de esta tecnología lograremos obtener: Información clara y concisa en todos los casos; comunicación interactiva entre Centro de Operaciones, médicos de apoyo y asesores de servicio; oportunidad en la obtención de la información.

3.5.3.- LOGISTICA

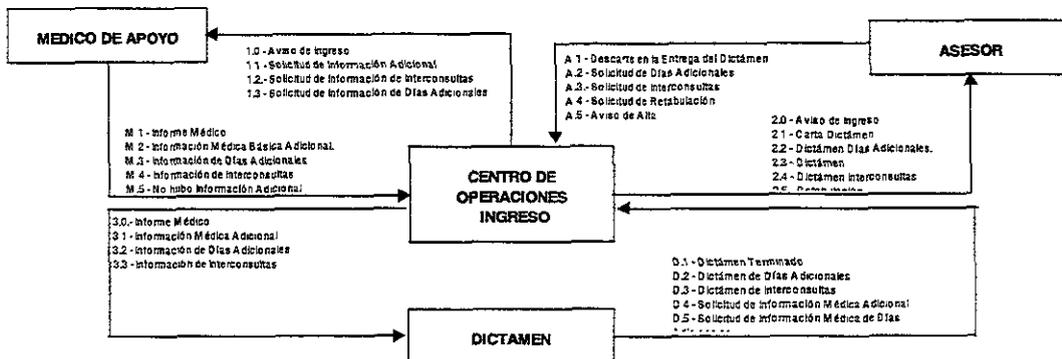
La logística del proceso de reporte en hospital está a cargo del Centro de Operaciones . Actualmente la logística de Centro de Operaciones presenta deficiencias en el control y seguimiento de los casos. Entre las principales deficiencias se encuentran:

1. Existe redundancia de información en los controles utilizados.
2. Existen diversos controles para el seguimiento de los casos que generan confusión . Actualmente no existen controles claros y concisos que reflejen el seguimiento de cada caso.

Se requiere de una figura coordinadora efectiva que se encargue de resolver aquellos problemas que entorpezcan el proceso en un caso. Debido al deficiente control que actualmente se tiene con los casos, no existe una toma de decisión clara, correcta y efectiva para generar soluciones a los problemas que se presentan.

Es muy importante identificar la situación de cada caso, ya que con esto podremos detectar en qué casos debemos de poner mayor énfasis para brindar un servicio satisfactorio. Cuando la información tiene que fluir entre varios actores del proceso, es muy probable que surjan problemas es por eso que debemos llevar un estricto control en cada etapa del proceso para cada caso.

Para lograr una mejora en la logística identificamos los flujos de información que entran y salen de Centro de Operaciones (Ver el siguiente diagrama).



A continuación explicaremos el significado de cada uno de estos flujos:

- 1.0 Aviso de Ingreso.- Esta operación representa el aviso por medio de radio localizador que Centro de Operaciones informa al médico de apoyo y asesor de servicio.
- 1.1 Solicitud de Información Adicional.- Centro de Operaciones elaborará una solicitud

de información adicional una vez que los médicos dictaminadores hayan decidido que no se puede dictaminar con la información que se envió originalmente.

- 1.2 Solicitud de Información Interconsultas.- Centro de Operaciones elaborará una solicitud de información interconsultas cuando los médicos dictaminadores requieran de la información acerca de las consultas con especialistas en el hospital.
- 1.3 Solicitud de Información Días Adicionales.- Cuando se ha vencido el plazo establecido del primer dictamen, se requerirá de información médica actualizada para autorizar días adicionales al asegurado.
- M. 1 Informe Médico.- Este flujo representa la operación de envío de informe médico del médico de apoyo a Centro de Operaciones.
- M.2 Información Médica Adicional.- Este flujo representa la operación de envío de información médica adicional del médico de apoyo a Centro de Operaciones.
- M.3 Información Días Adicionales.- Este flujo representa la operación de envío de información médica para que se autoricen días adicionales.
- M.4 Información Interconsultas.- Este flujo representa la operación de envío de información sobre los especialistas que atendieron al paciente para dictaminar el caso.
- M.5 No hubo información adicional.- No existía información en el expediente.

- 2.0 Aviso de ingreso.- Es la operación que permite informar por medio de Skytel el ingreso de un asegurado al hospital.
- 2.1 Carta dictamen.- Este flujo representa el envío de un documento (conocido como carta dictamen) al fax que se encuentra en el módulo de la aseguradora en el hospital Este es el documento que especifica la procedencia o rechazo del pago.
- 2.2 Dictamen Días Adicionales.- Cuando se alarga la estancia de un paciente en el Hospital, es necesario elaborar un nuevo dictamen con la información médica de los días adicionales . El flujo representa el envío de este nuevo dictamen.
- 2.3 Retabulación.- Cuando una carta dictamen ha sido mal tabulada, el asesor informa a Centro de Operaciones y este será el encargado de retabular la carta dictamen y volverla a enviar.
- A.1 Descarte Entrega Dictamen.- Es el flujo que representa o informa a Centro de Operaciones que ya ha sido entregado el dictamen.
- A.2 Solicitud de Días Adicionales.- Si la evolución del paciente no le ha permitido salir del Hospital en la fecha hasta la cual era válida la primera carta dictamen, el asesor tendrá que informar a Centro de Operaciones un nuevo dictamen con días adicionales.
- A.3 Solicitud Retabulación.- El flujo representa la solicitud del asesor de servicio para que se vuelva a enviar una carta dictamen debido a que ha sido mal tabulada.
- A.4 Aviso de Alta.- Asesor informará a Centro de Operaciones la fecha probable de alta del asegurado.
- 3.0 Informe Médico.- Centro de Operaciones turnará el informe médico enviado por el

médico de apoyo a los médico dictaminadores.

- 3.1 Información Médica Adicional.- Centro de Operaciones entregará a los médicos dictaminadores la información médica adicional recopilada por el médico de apoyo y requerida para dictaminar.
- 3.2 Información Días Adicionales.- Centro de operaciones entregará a médicos dictaminadores la información médica sobre días adicionales recopilada por el médico de apoyo.
- 3.3 Información Interconsultas.- Centro de Operaciones entregará la información de Interconsultas al área de dictamen para seguir con el procedimiento.
- D.1 Dictamen Terminado.- Representa la conclusión y el traspaso del dictamen a Centro de Operaciones.
- D.2 Dictamen Días Adicionales.- Representa la autorización o rechazo de días adicionales.
- D.3 Dictamen Interconsultas.- Representa la conclusión del dictamen tomando en cuenta la información recibida acerca de la atención con especialistas.
- D.4 Solicitud de Información Médica Adicional.- Si el caso no se puede dictaminar con la información recibida, se elabora una solicitud de información adicional que será turnada a Centro de Operaciones para que éste a su vez se lo comunique al médico de apoyo.

- D.5 Solicitud de Información Médica Días Adicionales.- Si se requiere que se prolongue la autorización sobre el número de días de estancia en el hospital , los médicos dictaminadores elaborarán una solicitud de información médica días adicionales.
- D.6 Solicitud de Información Médica Interconsultas.- Si se requiere de la información médica sobre los especialistas que atendieron al paciente para poder dictaminar, se elaborará una solicitud sobre información médica interconsultas.

Para lograr un mayor control en la información que se recibe de todos los actores del proceso hacia Centro de Operaciones hemos pensado en un formato que se muestra a continuación en donde podemos analizar exactamente todo lo que sucedió para un caso en específico. En este formato podremos analizar la vida de cada caso o folio asignando responsables y observando tiempos.

Las reglas de llenado del formato son las siguientes:

- 1.- El formato consta de dos secciones: Ambas secciones representan actividades realizadas por los actores del proceso.
- 2.- En los campos de actividad deberá escribirse alguno de los flujos identificados seguido de la fecha y hora actual, responsable en Centro de Operaciones y responsable externo a Centro de Operaciones.
- 3.- El formato se debe llenar con una secuencia de izquierda a derecha en cada fila.

Se menciona a continuación un ejemplo para que sea más claro:

- Supongamos que un asegurado ingresa al hospital a las 13:horas el 22/02/98.
- Centro de Operaciones a través de una llamada telefónica obtuvo el ingreso a las 14:00 horas y asigna folio , el responsable de la llamada fue Miguel Sánchez.

- Centro de Operaciones manda aviso de ingreso a asesor y médico de apoyo, el responsable Juan Lozano a las 14:13 horas.
- Médico de apoyo (Doctor Mendoza) recopila la información básica para el dictámen y envía el informe médico a Centro de Operaciones a las 18:00 horas.
- Centro de Operaciones recibe informe y lo turna a dictamen, responsable Sandra González 18:10 horas.
- La Doctora Zarza (dictaminadora) solicita información médica adicional a las 18:40 para poder terminar su dictamen.
- Centro de Operaciones recibe requisición sobre solicitud de información adicional y manda aviso a médico de apoyo, responsable Sandra González 18:55.
- Médico de apoyo manda información médica adicional el día 23/02/97, responsable (Doctor Mendoza) 9:00.
- Centro de Operaciones recibe información médica adicional y turna con médicos dictaminadores, responsable Juan lozano 9:10.
- Médico dictaminador recibe información adicional y elabora dictamen, responsable Doctora Zarza 9:40, turna a Centro de Operaciones.
- C.O. Recibe dictamen y manda vía fax a asesor, responsable Juan Lozano 10:00 a.m .
- Asesor recibe dictamen y descarta entrega dictamen, responsable Luis Enrique 10:20.

Para cualquier aclaración o duda sobre un caso, utilizaremos nuestro formato de control de flujos para analizar exactamente lo que sucedió y observar quiénes eran los responsables. Se realizará un análisis de cada caso para reflejar aquellos folios en los que estemos demorándonos y peligren a no salir en el tiempo estipulado.

FORMATO DE CONTOL. DE FLUJOS						
	FOLIO:	"001"				
DIA 1	ACTIVIDAD	FECHA	HORA	C.O	EXTERNO	OBSERVACIONES
	I	22/02/98	14:00	M.SANCHEZ	P.ESP	HOSP.ANGELES
	2.0, 1.0	22/02/98	14:13	J. LOZANO	DR.MENDOZA, L.E	
	M.1	22/02/98	18:00	S.GONZALEZ	DR. MENDOZA	
	3.0	22/02/98	18:10	S.GONZALEZ	DRA.ZARZA	
	D.4	22/02/98	18:40	S.GONZALEZ	DRA.ZARZA	
	1.1	22/02/98	18:55	S.GONZALEZ	DR. MENDOZA	
DIA 2	ACTIVIDAD	FECHA	HORA	C.O	EXTERNO	OBSERVACIONES
	M.2	23/02/98	9:00	J. LOZANO	DR. MENDOZA	
	3.1	23/02/98	9:10	J. LOZANO	DRA.ZARZA	
	2.1	23/02/98	10:00	J. LOZANO	LUIS. ENRIQUE	
	A.1	23/02/98	10:20	J. LOZANO	L. ENRIQUE	
DIA 3	ACTIVIDAD	FECHA	HORA	C.O	EXTERNO	OBSERVACIONES

3.5.4.- GENTE

3.5.4.1.- LA ORGANIZACION ACTUAL

La gente que trabaja en el proceso de reporte en hospital, son personas profesionales que desempeñan correctamente cada una de sus funciones, el problema que existe es que las actividades cruzan por muchas áreas y por diferentes procedimientos, los cuales hacen que el objetivo final no se logre de manera eficiente.

Actualmente en el proceso de reporte en hospital, se tiene una estructura típica, en donde se diferencian claramente las áreas que la componen. La célula principal de la organización se

encuentra en la parte más baja. Desempeñando labores sencillas y pasando el trabajo a la siguiente célula, hasta que llega a la siguiente área. La suma de estos esfuerzos genera el servicio final . Un nivel más arriba encontramos a los jefes de área, cuya función es supervisar que el trabajo de su área se esté llevando a cabo, otra función es asegurar que el trabajo realizado se optimice (pero sólo en su área), por lo general este sujeto no conoce la operación de las demás áreas. En otro nivel tenemos a un director de áreas quien recibe informes del desempeño de las áreas y califica a cada una por separado, por lo general no conoce exactamente la labor que desempeñan los empleados, pero sabe los resultados de las diferentes áreas. En la parte superior tenemos a la dirección, quien más que orientarse al desempeño técnico de la gente, se fija en los resultados económicos de toda la empresa. Este esquema rígido es ideal para situaciones estables y sin cambios en el entorno. El problema en este tipo de esquemas es que el empleado no conoce el proceso completo y esto genera:

- Incongruencia entre metas y mediciones.
- Se realizan actividades que no agregan “valor”.
- Responsabilidad limitada del trabajador.
- Se limita la visión amplia del proceso.
- El trabajador no sabe por qué debe hacer las cosas como le indican, ni el impacto que tiene hacerlas de otra forma.
- Se utiliza la motivación extrínseca.
- Hay gente que piensa y trabajadores que trabajan.
- Retrasos: Paso de mano a mano, colas de espera, y controles excesivos.
- Errores: Perspectivas aisladas, no se encaminan los esfuerzos a un solo objetivo, errores de comunicación.
- Cada quien se preocupa por su área y no por el cliente.
- Los trabajadores son eficientes en la parte de trabajo que les toca.
- Los gerentes supervisan y controlan sólo una parte del proceso.

Todo lo anterior hace que las personas que trabajan el proceso de reporte en hospital, pierdan la visión de la importancia que tiene el cliente en el desarrollo de su trabajo, y que muchos de los esfuerzos que se realizan no se vean reflejados en la satisfacción del cliente final de todo el proceso.

3.5.4.2.- LA ORGANIZACION POR PROCESOS

La esencia de un proceso es satisfacer las necesidades de los clientes, eliminando todo aquello que no contribuya a este objetivo. Es así que en las organizaciones el cliente está por encima de todo el organigrama. Formando un triángulo indivisible entre cliente-resultados y procesos. Para lograr esto se necesitan trabajadores, que sean responsables por el resultado de su trabajo, que entiendan el funcionamiento del negocio, que sepa qué hacen los demás, que se preocupen por el cliente. En esta forma de organización se deben tener trabajadores que piensen, diseñen, propongan, y los gerentes deberán ser líderes que sepan escuchar, orientar, dar herramientas y dejar al trabajador tomar decisiones y que aprendan de ellas. En la nueva organización la gente es valiosa y hay que conservarla y desarrollarla. Creando un ambiente de motivación intrínseca y extrínseca, para que todos los esfuerzos se encaminen hacia el bien del cliente.

Con respecto a la organización que forma el proceso de reporte en hospital lo que se debe hacer es:

- Fijar metas y objetivos comunes entre todas las áreas.
- Capacitar al personal para que conozca todo el proceso. (Saber lo que los demás hacen).
- Encaminar todos los esfuerzos para la satisfacción del cliente.
- Desarrollar una motivación intrínseca, extrínseca y trascendente, para los empleados.

- La competencia comercial a nivel mundial obliga necesariamente a las empresas a adaptarse al medio o incluso a ser proactivos en dichos cambios, compitiendo no solamente con precios, sino con calidad y servicio.
- La crisis económica en que se ha visto inmerso nuestro país, ha tenido una marcada repercusión en todas sus instituciones, y tanto las aseguradoras como los centros de salud no son la excepción. Hemos visto una disminución en la disponibilidad de recursos y un mal aprovechamiento de los mismos.
- Para lograr calidad en el servicio debemos realizar una evaluación integral de la calidad, y la atención de los asegurados. Este procedimiento inicia a través de un conocimiento de los recursos disponibles en cuanto a instalaciones, equipo, material de consumo, personal médico, técnico y administrativo. El conocimiento de la estructura disponible, nos permitirá realizar un juicio de valor para acreditar la calidad y la eficiencia con que se están otorgando los servicios mediante el análisis de productividad, metas, índices de eficiencias, y cumplimiento de operaciones.
- Como elementos integrantes de la calidad en el proceso de la atención, se consideran: la oportunidad, el trato personalizado y amable en un ambiente confortable; el correcto desarrollo de los procedimientos de la aseguradora conforme a las normas institucionales, simplificación de los trámites para el cliente etc.
- No sería aceptable que un procedimiento de evaluación de la calidad y la atención, concluyera su función con el establecimiento de un diagnóstico particular. Es necesario repercutir este diagnóstico en acciones que permitan mejorar, garantizar o acreditar una atención médica de calidad, a través de la identificación de problemas que afectan la calidad o la eficiencia en la prestación de servicios, asignando responsables, fijando tiempos para su solución, estableciendo la participación formal de los dueños del proceso buscando la mejor alternativa de solución,

identificando los problemas y dándoles seguimiento hasta su eliminación, que indudablemente repercutirá en la mejora de calidad y eficiencia.

- La mejora de la calidad en el servicio, se hace dentro de un esquema que es realmente sencillo: A partir de una investigación comercial hay que ir descubriendo en el cliente los elementos que forman la verdadera calidad. De ahí hacia atrás, hay que plantear la revisión de los procesos, de forma que lo que emerge de los mismos, pueda de verdad crear percepciones satisfactorias.
- La mejora continua se presenta como una herramienta flexible que produce mejoras a los procesos, esta metodología enseña el camino para descubrir nuevas formas de trabajar y producir beneficios.
- La insatisfacción de los asegurados, constituye una seria amenaza para la empresa. Una gran parte de ellos cambian hacia otra aseguradora. Incluso cuando se quejan ante su empresa de seguros, se muestran pesimistas de que lograrán algún tipo de satisfacción.
- La satisfacción del cliente asegura la rentabilidad a largo plazo de la empresa, por lo tanto todas las ideas y mejoras deberán estar encaminadas a mejorar la percepción de calidad y servicio de los clientes.
- Las áreas de atención a clientes representan en las empresas una gran oportunidad para el rediseño de procesos y mejora en la calidad en el servicio para los clientes.
- Al cliente le interesa que le atiendan con amabilidad pero lo que más le importa es que le den fielmente aquello que busca y le prometieron. La gente compra funciones y no productos, no compra un automóvil, si no todo aquello que pueda hacer con el automóvil,

no compra un boleto de teatro sino espectáculo, no compra una póliza de seguro, sino todo el servicio que puede recibir de una aseguradora.

- Siguiendo cada paso de la metodología y aplicándola con sentido común cualquier empresa puede obtener beneficios en la calidad en el servicio que otorga a sus clientes, es decir satisfaciendo todo lo que esperan recibir.
- Después de aplicar la metodología de mejora continua en el proceso de reporte en hospitales, el alcance más importante será que el cliente recibirá por parte de su compañía de seguros un dictamen con calidad y servicio.

ANEXO 1- ENCUESTA PARA CLIENTES

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EN EL AREA DE SALUD

FOLIO: -----

DICTAMEN: RECHAZO ACEPTACION.

1.) Actitud del Asesor de Servicio

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

2.) Asesoría del Asesor

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

3.) Nuestro proceso termina con la entrega del dictamen: sea Aceptación o Rechazo. ¿Cuál cree que sería nuestro apoyo después de esto?

¿Esta Bien así?

-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

¿Por qué?

4.) ¿Considera importante que deberíamos apoyarlos en trámites de salida?

-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

¿Por qué?

5.) Oportunidad en el dictamen.

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

6.) Actitud del médico de apoyo.

Excelente	Buena	Regular	Mala
-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

7.) ¿Recibió información clara y concisa sobre el proceso de reporte en hospitales?

-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----

ANEXO 2.- GUIAS DE ENTREVISTAS.

2.1- GUIA DE ENTREVISTAS PARA MEDICOS DICTAMINADORES

De la Apertura de expedientes

1. ¿La información es suficiente y confiable para dictaminar?
2. Si la información no es confiable ni suficiente, ¿qué proceso sigue para obtenerla?
3. ¿Cuáles son los problemas que se presentan con más frecuencia en la información de A.E.?
4. ¿Qué datos y con qué frecuencia no se proporcionan adecuadamente?
5. ¿Algún otro comentario?

De la Información del Médico de Apoyo

1. ¿La información es suficiente y confiable para dictaminar?
2. Si la información no es confiable ni suficiente, ¿qué proceso sigue para obtenerla?
3. ¿Cuáles son los problemas que se presentan con más frecuencia?
4. ¿Qué información y con qué frecuencia no se proporciona adecuadamente?
5. ¿El formato de presentación de la información es adecuado?
6. ¿Algún otro comentario?

Del Dictamen

1. Los apoyos con los que cuenta (protocolos y sistemas), ¿son suficientes para dictaminar adecuadamente (en tiempo y calidad)?
2. El uso del protocolo le facilita su trabajo ¿por qué?
3. ¿Qué problemas ha tenido para usar el protocolo?
4. ¿Cuál es la utilidad del informe médico?
5. ¿Qué problemas ha tenido con el uso del informe médico?
6. El uso del sistema, ¿le facilita su trabajo? ¿por qué?
7. ¿Qué problemas se le presentan en el uso del sistema?
8. ¿En qué tipo de casos se presenta mayor problema para dictaminar?
9. ¿Qué proceso sigue para dictaminar casos difíciles?
10. ¿Ha encontrado dificultad para determinar las causas de rechazo? ¿Cuáles?
11. Si existen reprocesos ¿Cuáles son las causas y frecuencia?
12. ¿Qué otras herramientas o apoyos utiliza para el dictamen?
13. ¿Algún otro comentario?

Del Servicio

1. ¿Qué relación tiene con los asesores de servicio?
2. ¿Ha tenido problemas? ¿Cuáles?
3. ¿Qué interacción tiene con Centro de Operaciones?

4. ¿Cuáles son los problemas más frecuentes?
5. ¿Tiene contacto con: asegurados, agentes, médicos, etc. ?
6. ¿Por qué motivos?
7. ¿A través de qué medios?
8. ¿Con qué frecuencia?
9. ¿Qué problemas se han presentado?
10. ¿Realiza actividades que no le corresponden? ¿Cuales y con qué frecuencia?

2.2.- GUIA DE ENTREVISTAS PARA CENTRO DE OPERACIONES

1. ¿Cuáles son los problemas que originan la falta de oportunidad en el dictamen?
2. ¿La calidad en el dictamen es la adecuada? ¿Por qué?
3. ¿Existen dificultades en la interacción de Centro de Operaciones con centro de dictamen?
4. ¿Considera que la experiencia de los médicos es la necesaria para dictaminar?
5. ¿Cuenta con las herramientas necesarias para administrar el centro de dictamen?
6. ¿Considera que el centro de dictamen realiza funciones que no le corresponden? ¿Cuáles? ¿Con qué frecuencia?
7. ¿Cómo considera la calidad del dictamen?
8. ¿Existe algún proceso de revisión de la calidad? ¿Cuál?
9. ¿Cuáles son las causas de desviación en el dictamen?
10. ¿Los apoyos con los que cuenta centro de dictamen son los adecuados?

2.3.- GUIA DE ENTREVISTA MÉDICOS DE APOYO

De la Comunicación con Centro de Operaciones

1. ¿Cuál es la información que necesitan que les manden?
2. ¿Consideran que el Skytel es un buen medio de comunicaciones con Centro de Operaciones?
3. ¿Qué información adicional les sería de utilidad?

De la Comunicación con Médicos Dictaminadores

1. ¿La comunicación con los médicos dictaminadores es adecuada?
2. ¿Qué problemas se presentan con los médicos dictaminadores?

De la Recopilación de Información

1. ¿El protocolo que utilizan es el adecuado?
2. ¿Qué problemas tienen con los médicos tratantes?
3. ¿La información está completa?
4. ¿Qué hacen cuando falta información?

2.4.- GUIA DE ENTREVISTA PARA LOS ASESORES DE SERVICIO

Del Centro de Operaciones

1. ¿Cómo es la comunicación vía Skytel y fax con el Centro de Operaciones?
2. ¿Qué problemas se presentan con mayor frecuencia?
3. ¿Qué propone para solucionar estos problemas?
4. ¿El Centro de Operaciones brinda el apoyo suficiente, qué falta?

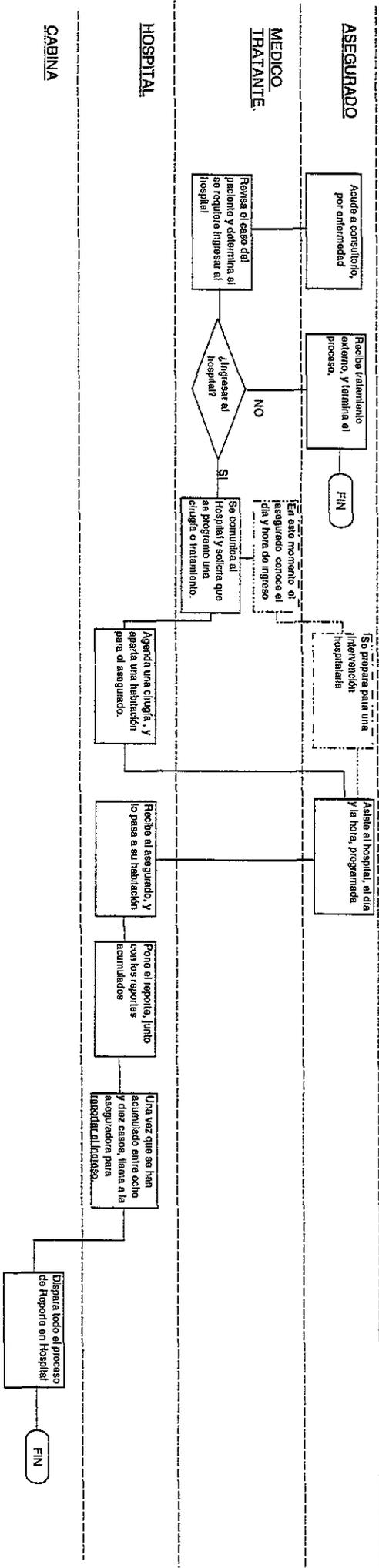
De los Asegurados

1. ¿Cómo es el servicio con los asegurados?
2. ¿Cuáles son los problemas que se presentan?
3. ¿Cuáles reclamaciones son las más frecuentes?
4. ¿Qué tan oportuno es el dictamen que se le entrega a los clientes?

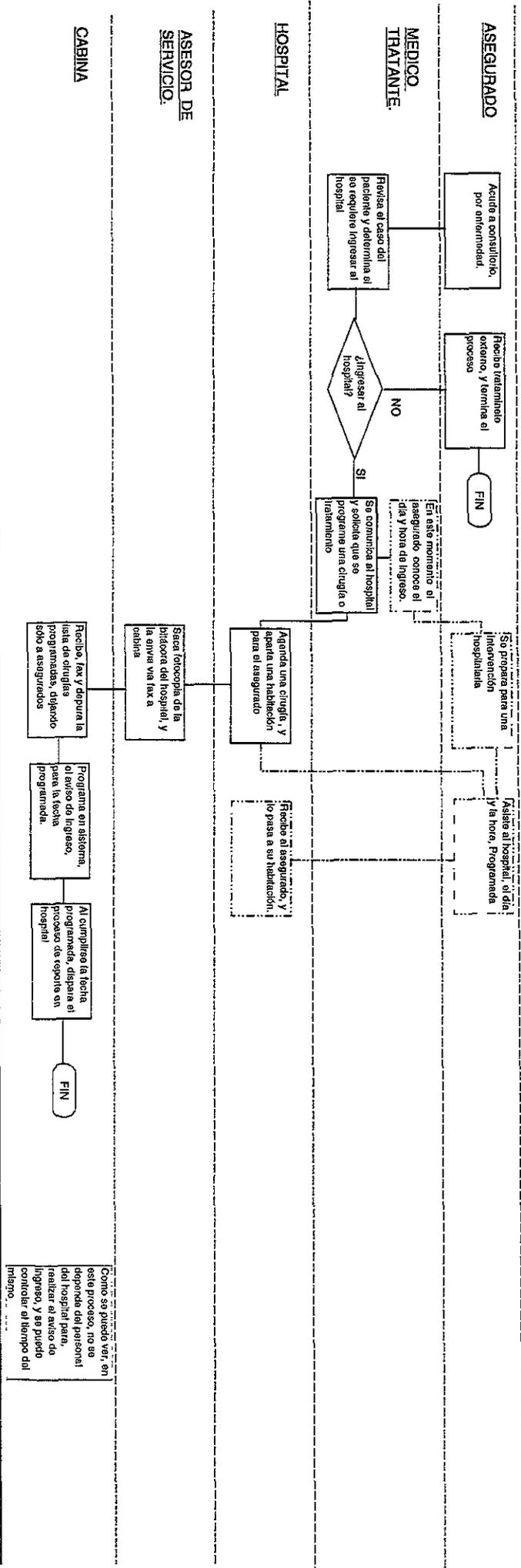
De los Médicos Tratantes

1. ¿Cómo es su relación con los médicos tratantes?
2. ¿Qué problemas se presentan?
3. ¿Qué hacen para que el dictamen sea oportuno?

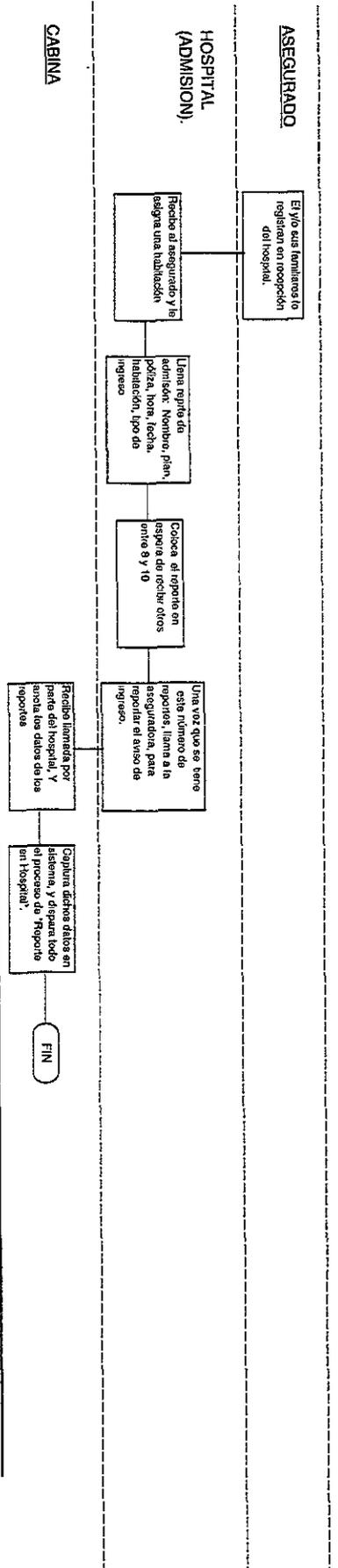
PROCESO ACTUAL:



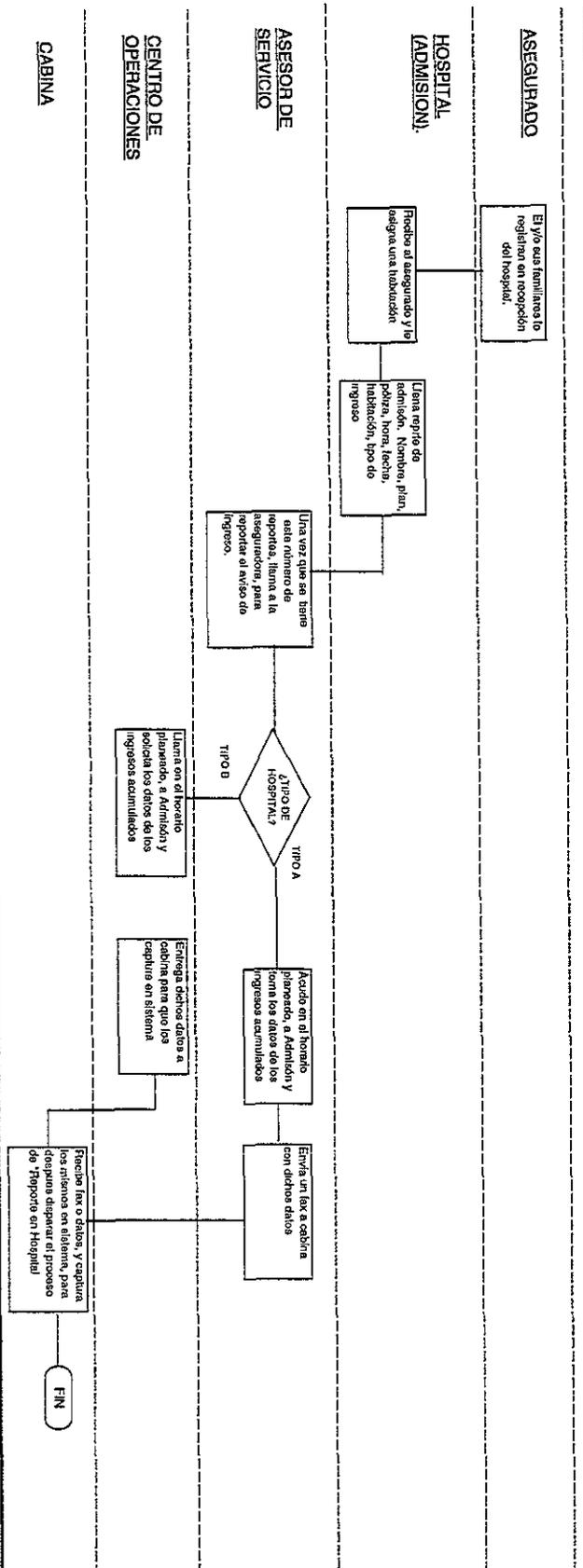
PROCESO PROPUESTO:



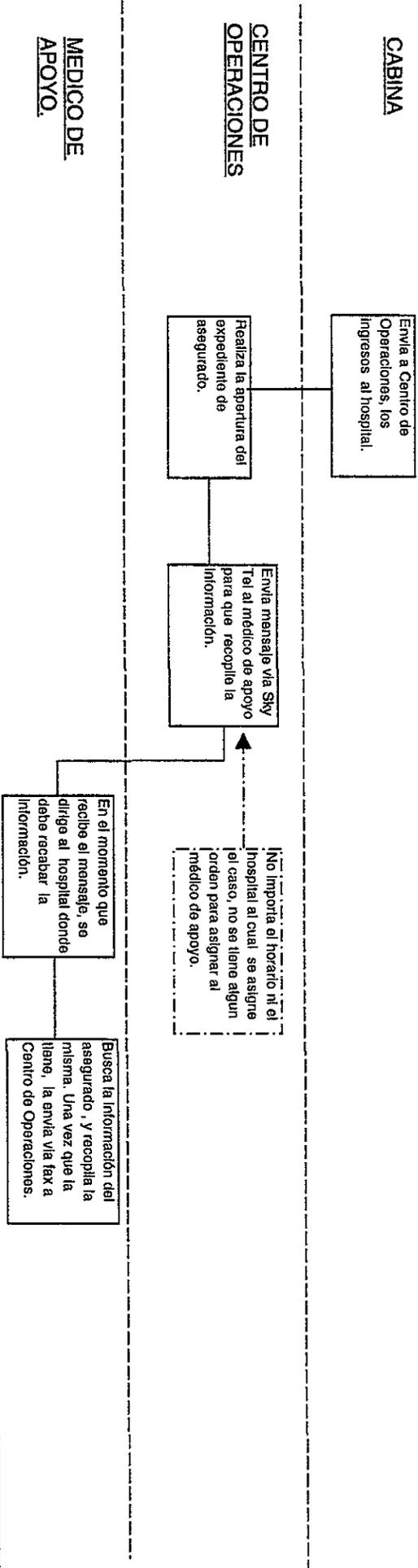
PROCESO ACTUAL:



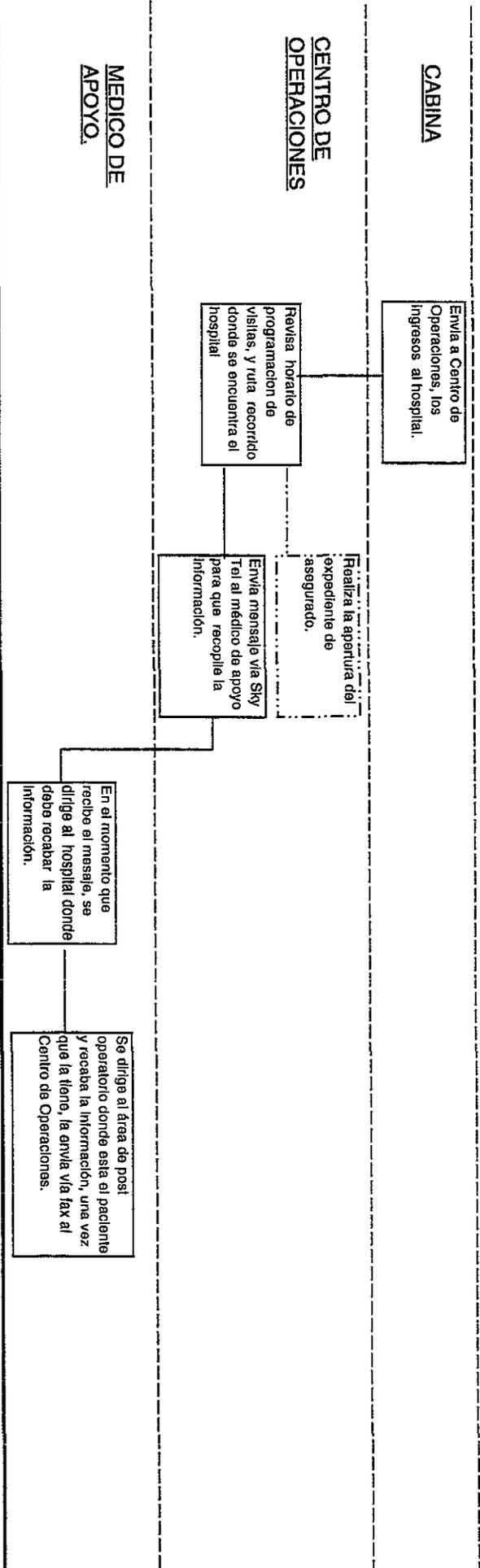
PROCESO PROPUESTO:



PROCESO ACTUAL:



PROCESO PROPUESTO:



- 1.- **FONSALUD** Economía de la Salud., Ed. Mc. Graw Hill, tercera edición, México, 1994.

- 2.- **FONSALUD** Observatorio de la Salud., Ed. Mc. Graw Hill, segunda edición, México, 1995

- 3.- **INEGI** Encuesta de Salubridad,1994.

- 4.- **GOLDRATT Eliyahu M.**, La Meta., Ediciones Castillo traducción a la segunda edición Monterrey N.L., 1992

- 5.- **GOLDRATT Eliyahu M.**, The Fundamental Measurements., Ed. Avraham Y. Goldratt Institute, primera edición, Estados Unidos, 1989.