

Instituto Nacional de Salud Pública

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

**“Análisis de procesos de pago
por la atención de enfermedades catastróficas
en una Institución Privada de Seguros
de Gastos Médicos, en 2010”**

PRESENTA:

Tania Haro García
taniaharo@yahoo.com.mx

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

GENERACIÓN 2008

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA
EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

COMITÉ DE PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL
DIRECTOR: Mtra. Belkis Mercedes Aracena
ASESOR: Mtra. María Cecilia González Robledo
ASESOR: Mtro. José de Jesús Vertiz Ramírez

México, D.F., junio, 2012

Contenido

Resumen VII

1. Introducción	1
2. Antecedentes	3
3. Planteamiento del problema y justificación	7
4. Objetivos	9
4.1. Objetivo General	9
4.2. Objetivos específicos	9
5. Marco Conceptual	11
5.1. Marco Referencial	15
5.2. Marco Teórico	18
6. Metodología	25
6.1. Tipo de estudio	25
6.2. Unidades de estudio	25
6.3. Desarrollo metodológico	25
6.4. Obtención de la información	25
6.5. La recolección de datos	27
6.6. Análisis	30
7. Resultados	35

7.1. Análisis del proceso de pago	35
A. Call Center (CC)	35
B. Módulo hospitalario	41
C. Cirugía programada	45
D. Reembolso	48
7.2. Identificación de las deficiencias operativas que obstaculizan el proceso de pago de la atención de enfermedades catastróficas	60
7.3. Estrategias de mejora	62
8. Discusión	67
9. Conclusiones	69
Bibliografía	73
Agradecimientos	77
Glosario	79
Anexos	85

Resumen

Objetivos: Analizar el proceso de pago que realiza una institución privada de seguros de gastos médicos, por la atención de las enfermedades catastróficas, con el fin de identificar oportunidades para mejorar tanto su nivel de eficiencia como su desempeño técnico, y potenciar así los beneficios en la gestión, sin descuidar la calidad en el servicio.

Método: Se realizó un análisis del proceso de pago, utilizando la herramienta PEPSUC para la identificación y delimitación de los elementos involucrados en el proceso y subprocesos, así como la metodología Rummler- Brache para el mapeo de los procesos, en sus tres niveles: supersistema (ambiente), funcional y operativo.

Método: Se realizó un análisis del proceso de pago, utilizando la herramienta PEPSUC para la identificación y delimitación de los elementos involucrados en el proceso y subprocesos, así como la metodología Rummler- Brache para el mapeo de los procesos, en sus tres niveles: supersistema (ambiente), funcional y operativo.

Resultados: Los resultados del análisis del proceso mostraron la existencia de áreas de oportunidad y mejora a diferentes niveles: a) organizacional, poco enfoque en la gestión y manejo especializado de las enfermedades catastróficas, b) operativo, fallas en el manejo y trámite de las reclamaciones tanto en la modalidad de pago directo como por reembolso, c) funcional, se detectó falta de conocimiento y sensibilización en el manejo y trámite de los pagos relacionados con la atención de enfermedades catastróficas, así como fragmentación en la orientación y servicio al cliente que presenta y reclama gastos por alguna de estas enfermedades. De manera indirecta durante el desarrollo del estudio se evidenció falta de métricas en la atención así como la necesidad de formalizar su normatividad.

Discusión: El análisis del proceso por sí solo no resuelve las deficiencias y problemática encontradas en el manejo y atención de las reclamaciones de los asegurados que presentan una enfermedad o siniestro catastrófico cubierto por su póliza de gastos médicos mayores, sin embargo, resulta una herramienta que permite la comprensión para desarrollar e implementar estrategias de mejora adaptadas a las necesidades de sus clientes y entorno a partir del conocimiento de su negocio.

Es responsabilidad de la institución aseguradora, no solo el pago indemnizatorio en apego a las condiciones generales de las pólizas por las enfermedades catastróficas, sino además, evaluar y vigilar el correcto pago y costos de acuerdo a los aranceles del mercado, con el propósito de prevenir abusos por parte de los contratantes, beneficiarios y proveedores involucrados en el proceso, de igual manera, implementar medidas de detección oportuna y control permanente. Lo anterior contribuye a incrementar los alcances y resultados de la implementación de estrategias orientadas a eficientar el proceso de pago a través de proyectos de control y mejora continua.

Conclusiones: El análisis del proceso de pago por la atención de las enfermedades catalogadas como catastróficas, permitió identificar de manera fácil e interactiva, los elementos necesarios para la planeación de estrategias de mejor gestión, ya que brindó, debido a que aportó no solo el conocimiento detallado del propio proceso, sino que proporcionó información puntual para el control y automatización de la operación, así como el mapeo del proceso, lo cual facilitó la evaluación clara y objetiva del resultado y su impacto en el cliente.

Como resultado de la investigación, se presentó una propuesta de gestión enfocada al manejo y atención especializada de las enfermedades catastróficas que se lleva a cabo durante la hospitalización y el manejo ambulatorio posterior, como una propuesta integral de contención de costos y valor agregado en la atención y servicio al cliente.

1. Introducción

Para las instituciones de seguros, el manejo de las enfermedades catastróficas es un gran reto debido al impacto financiero que produce el incremento exponencial y sistemático en la demanda de servicios y recursos. Esta problemática se visualiza todavía más compleja de atender y proyectar si agregamos factores:

1) Demográficos, se estima que en México, para el año 2030 la población será de 120.9 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual del 0.69%; con un desarrollo demográfico, caracterizado por el descenso en la mortalidad general. El incremento en la esperanza de vida, la cual ha pasado de 34 años en 1930 a 75.1 años en el 2008,¹ todos estos elementos dan lugar a un envejecimiento de la población, estimándose que, para el 2050 la población adulta mayor representará poco más de la cuarta parte de la población nacional.²

2) De transición epidemiológica, que se caracteriza por el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones, que representan poco menos del 75% y 11% de las muertes en el país, respectivamente.³ La creciente exposición a los llamados riesgos emergentes, relacionados con estilos de vida poco saludables, han modificado el cuadro de las principales causas de muerte, siendo las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón, las dos primeras causas de defunción en hombres y mujeres en todo el país, con una prevalencia en adultos de 14.4% y 11.1% respectivamente.

3) De innovación tecnológica, que genera el encarecimiento de los tratamientos y métodos diagnósticos, reflejado en el gasto total per cápita en salud, el cual pasó de US\$ 508 en el 2000 a US\$ 890 en el 2007.⁴

Por todo lo anterior las enfermedades catastróficas cobran relevancia epidemiológica y adquieren un peso específico, para los dos sectores (público y privado), que componen el Sistema de Salud, que conlleva a la implementación de estrategias encaminadas a disminuir el desequilibrio e impacto económico, así como el uso de recursos necesarios para su atención, convirtiéndose en un verdadero desafío, no solo para las instituciones de seguros de gastos médicos, sino para todas las instituciones y organismos que brindan servicios de salud tanto públicos como privados.

Las instituciones de seguros de gastos médicos buscan estrategias de gestión para la contención de costos por la atención de enfermedades catastróficas, con el objetivo de eficientar el manejo de los recursos y apalancar, a través del servicio al cliente, valor agregado que consolide su presencia en el mercado.⁵

En la institución privada de seguros que nos ocupa, no existe una iniciativa estratégica encaminada a gestionar las enfermedades catastróficas, sin embargo, este grupo de enfermedades ha ganado relevancia debido al incremento en el volumen de los siniestros, siendo en 2008 y 2010 de 1.3% y 1.7% respectivamente, lo que representa el 19% (751.3 mdp) en 2008 y el 22.4% (1,068 mdp) en 2010.⁶

Introducción

En México, el sector asegurador no comparte información estratégica ni existe la consulta abierta de documentos que muestren resultados o experiencias relacionadas con la gestión de las enfermedades catastróficas. Lo anterior no significa que no se implementen o desarrollen estrategias con esta finalidad, más bien se trata de un tema de confidencialidad, debido a los contratos que firman todos los colaboradores sobre el manejo discrecional de la información interna y fiscal, códigos de ética y políticas de las compañías. De ahí la importancia de cumplir un objetivo de alcances operacionales y compartir bajo preceptos académicos los resultados de la aplicación de una metodología, que documente la experiencia y aporte información que posteriormente pueda ser de utilidad para el desarrollo de nuevos proyectos.

El propósito de analizar el proceso de pago en que incurre una institución privada de seguros de gastos médicos mayores por la atención de las enfermedades catastróficas, tiene como finalidad implementar estrategias de gestión, que contribuyan a reducir el costo incurrido por concepto de la atención, disminuyendo las posibilidades de fraude, pero sobre todo enfocadas al mejoramiento del servicio y de la atención al cliente. En síntesis, el presente trabajo no solo busca obtener información que favorezca la eficiencia en el proceso de pago, sino además, identificar elementos que permitan el pago justo por la atención recibida.

2. Antecedentes

En la antigüedad, la humanidad se encontraba expuesta a soportar y enfrentar inclemencias y desgracias; con la finalidad de protegerse y obtener beneficios en común, se implementaron prácticas solidarias, como la convivencia en grupos pequeños que fomentaban la fraternidad y el apoyo mutuo. Estas prácticas, de conformación de grupos, les facilitaron el hacer frente a diferentes situaciones de supervivencia y afrontar las adversidades cotidianas. Esto representa una noción muy primitiva de protección y seguridad social, lo que según Sánchez (2000), se conoce como: mutualidad, y que posteriormente dio origen al concepto de riesgo compartido.⁷ Una vez que la unión y solidaridad entre varios individuos demostró fortaleza, fueron eliminando algunos elementos de incertidumbre y de riesgo. De esta forma, el organizarse en grupos, protegerse y obtener beneficios en común, constituye el inicio del sistema de seguros.

Antecedentes

En la actualidad las instituciones privadas de seguros de gastos médicos dan cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato (póliza), por la atención médica de las enfermedades y accidentes. Para atender dichas obligaciones, se requiere el análisis médico y administrativo que permita integrar un dictamen, y proceder con la cobertura solidaria de los gastos derivados de la atención médica del evento que altera la salud e integridad de los asegurados. De esta manera se cumple la protección y la obtención de beneficios en común.

En México, el acceso de la población a los servicios de salud queda establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como una responsabilidad de las instituciones de salud;⁸ a través de este decreto queda asentado el derecho a la universalidad. Podríamos decir que, el derecho lo ejercen todos los mexicanos a través de diversos esquemas que surgen de dos grandes sistemas de prestación de servicios para la atención de la salud: 1) las unidades ambulatorias y hospitalarias de la tradicional seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc.) y 2) las instituciones de servicio a la población abierta, y en gran medida a los afiliados al recién creado Sistema de Protección Social en Salud, comúnmente conocido como *seguro popular*.⁹ Agregándose un tercer elemento, la medicina privada, el cual está compuesto por unidades con infraestructura de servicios muy heterogénea en coberturas, capacidad y calidad del servicio.¹⁰

Los esquemas de seguros en el país empezaron en los albores del siglo XX¹¹ y se han mantenido a lo largo del tiempo con las mismas características: los con-

tratos de seguro tienen por objeto, pagar los gastos por el tratamiento médico o quirúrgico a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.¹² Su objetivo no es mejorar o mantener la salud, si no favorecer el acceso a los servicios de salud, especialmente privados. En este sentido, ningún seguro cubrirá todos los gastos asociados con la enfermedad.¹³

Por mucho tiempo se sostuvo, sin fundamento alguno, que la medicina privada prestaba servicios a un pequeño grupo de población que podía pagarlos, sin embargo, esto se debía a un importante subregistro.¹⁴ De acuerdo con la información proporcionada por la ENSANUT 2006, el sector privado representa en oferta un tercio de los servicios ambulatorios. En relación a la distribución comparativa en años anteriores de la población según su condición de aseguramiento, las instituciones que proporcionan seguros médicos privados significaron, en la ENSA II (1994), 2.4% de asegurados; en la ENSA 2000, 1.8%, y en la ENSANUT 2006 1.13% y 1.5% para el 2009.¹⁵

Respecto al aseguramiento a nivel nacional, el 48.5% de la población manifestó no tener ningún tipo de protección por parte de instituciones o programas de seguridad social y solo un 0.7% mencionó tener seguro médico pagado por ellos mismos.¹⁶

En adición a lo anterior y de acuerdo a la información jurisdiccional proporcionada para el levantamiento del Censo de Unidades Médicas con Servicio de Hospitalización (1994), la estadística es compatible con la publicada en otros países, donde se aprecia un incremento en el número de unidades hospitalarias privadas, lo cual refuerza la importancia que tiene el sector privado en la prestación de los servicios de salud a la población, situación que ha favorecido una nueva relación público-privada, desde las acciones de primer nivel, la contención de costos y la creciente participación en la investigación.¹⁷

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México el gasto total en salud, como porcentaje del PIB representa un 5.9%, del cual, el 46.7 % corresponde al gasto público en salud y el 53.3% a gastos que son cubiertos con recursos de origen privado,¹⁸ de éste porcentaje, el 95% se realiza mediante desembolso directo de las familias (ingresos cotidianos, ahorros o bienes), y tan sólo el 5% del gasto privado es cubierto por las compañías aseguradoras.¹⁹

El alto porcentaje de gasto de bolsillo expone a la población a gastos excesivos por motivos de salud como lo revelan los 1.8 millones de hogares mexicanos que entre 2004 y 2008 presentaron gastos catastróficos y/o empobrecedores por motivos de salud.²⁰

En este sentido, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) revela que en el 2009, las 31 compañías de seguros que operan el ramo de Gastos Médicos Mayores y Salud en nuestro país, pagaron más de 15 mil millones de pesos por concepto de siniestros ocurridos, financiando así a más de 450 mil familias mexicanas que padecieron alguna enfermedad o accidente y que tuvieron que hacer frente al gasto provocado por un imprevisto de esta naturaleza. De estas familias, 756 tuvieron gastos médicos catastróficos provocados por un accidente o enfermedad, cuyo pago superó el millón de pesos.²¹

Del total del monto cubierto por todas las compañías aseguradoras, aproximadamente el 40% corresponde a eventos catastróficos (iniciales y complementarios), es decir a siniestros con gastos que superan el millón de pesos.²²

Durante el periodo de 2007 a 2010, los siniestros catastróficos con mayor número de casos y monto pagado por las instituciones privadas de seguros de gastos médicos, se han dado dentro del primer año de duración del padecimiento.²³ En este mismo periodo, para casi todas las edades, se presentan más siniestros catastróficos de hombres que de mujeres (en promedio, 6 de cada 10 siniestros catastróficos son de hombres). Por otro lado, en el periodo de 2008 a 2010, la frecuencia, es decir, el número de siniestros de los siniestros catastróficos ha aumentado cerca de un 11%, particularmente en las edades mayores a 70 años (alrededor del 79%).²⁴

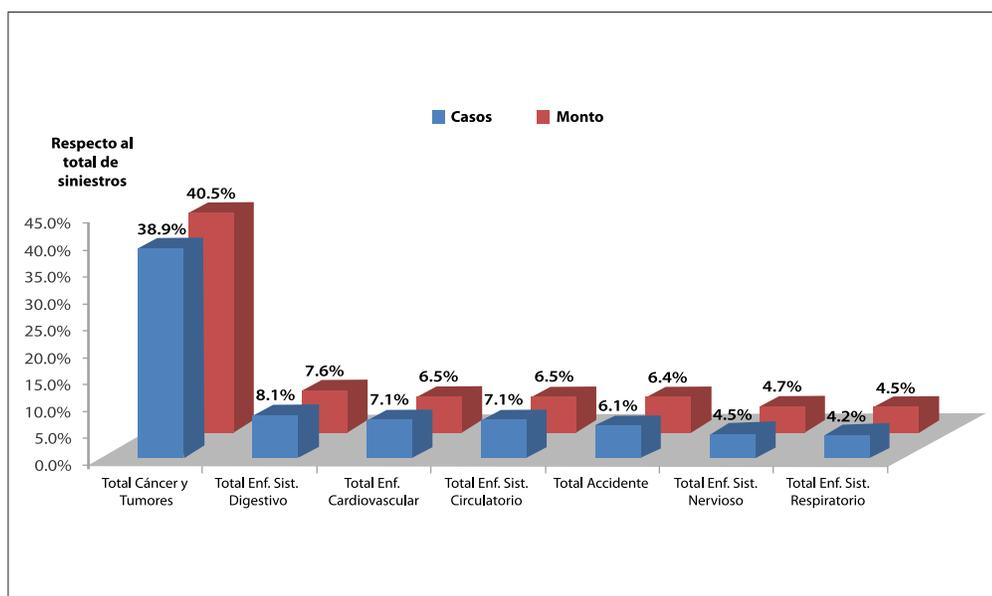
Dentro de estos gastos catastróficos podemos destacar lo siguiente:

- El cáncer y los tumores, causa número uno de los siniestros catastróficos, representan el 39% del total de casos, siendo el padecimiento más frecuente en todos los rangos de edad, excepto en el de 0 a 1 años.
- El 75% de los siniestros catastróficos provocados por accidentes se presentan en hombres entre los 18 y los 65 años.
- El 56% de los accidentes y enfermedades con gastos mayores a 1 millón, se encuentran en personas de más de 51 años, de las cuales 41% son mujeres y 59% son hombres.
- En promedio, 8 de cada 1,000 siniestros se convierten en catastróficos, es decir, acumulan un monto mayor a un millón de pesos; sin embargo, sólo el 0.8% de éstos, llegan a tener una reclamación mayor a 10 millones de pesos.
- Los accidentes ocupan el 1^a lugar de padecimientos más severos dentro del rango de edad de 18 a 30 años, encontrando que dentro de dicho rango el 73% son hombres y el 27% son mujeres.²⁵

De acuerdo con los datos anteriores, se observa que el comportamiento en el número de casos y monto erogados de las enfermedades catastróficas, es similar al que reportan las instituciones públicas y de seguridad social, con excepción del VIH-SIDA, debido a que la cobertura de esta enfermedad, se sujeta a la aplicación de periodos de espera, limitantes y exclusiones estipuladas en las condiciones generales de las pólizas.

La siguiente gráfica muestra la estadística de los padecimientos con mayor número de casos y monto pagado en 2009, según la AMIS.²⁶

Gráfica 1. Padecimientos con mayor número de casos y monto pagado en el 2009, AMIS.



Fuente: AMIS, 2009.

En América latina, las instituciones de seguros de gastos médicos se enfrentan a una problemática común: el financiamiento y rentabilidad del ramo. La magnitud del problema supera por mucho los esfuerzos por generar estrategias de gestión eficientes, con la finalidad de abatir costos y mejorar las condiciones de atención.²⁷

Para las instituciones privadas es difícil avanzar en la construcción de los mejores escenarios para la gestión de las enfermedades catastróficas, ya que carecen de peso clínico y autoridad en la toma de decisiones terapéuticas, debido a que, esta responsabilidad recae en el médico tratante. Sin embargo, la relevancia de su papel radica en la injerencia ante los proveedores de servicios de salud privados, donde las compañías de seguros cobran especial autoridad a ser la institución que paga directamente o indemniza los gastos erogados por el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad cubierta.

3. Planteamiento del problema y justificación

En el panorama demográfico y epidemiológico descrito en párrafos previos, destaca la presencia, comportamiento e importancia de las denominadas enfermedades catastróficas, las cuales se distinguen por el alto costo que implica su atención. En este sentido, la identificación de mecanismos dirigidos a hacer eficientes los procesos de atención y pago, con la finalidad de reducir el impacto del costo atribuible a la atención de las enfermedades catastróficas, es una prioridad para las aseguradoras.

De acuerdo a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) se ha registrado en los últimos tres años, un crecimiento sistemático de los siniestros de gastos médicos mayores. Encabezan la lista los padecimientos relacionados con cáncer y tumores, los padecimientos cardiovasculares y accidentes. Esta alta siniestralidad conlleva de manera paralela un incremento en las primas. Por otro lado, el aislamiento entre seguros y prestadores de servicios médicos hace más vulnerable al sector asegurador a intentos de fraude, ya que si bien, en México no existe un registro o estadística puntual sobre las pérdidas que ocasiona este delito, se considera que los factores y escenarios son similares a otros países, por lo cual se estima que un mínimo del 10% de los montos que se indemnizan a través de los seguros corresponden a actividades fraudulentas.²⁸

En el caso particular del ramo de gastos médicos, las aseguradoras han detectado una tendencia creciente en el abuso de beneficios y coberturas, tanto de los asegurados, como de los prestadores de servicios médicos, que actúan con la intención de hacer incurrir a la aseguradora en el pago indebido y beneficiarse de esta práctica, de allí que los siniestros catastróficos sean una oportunidad atractiva para la comisión de fraudes, debido a que el elevado costo previsto por su atención, enmascara prácticas de fraude y complica su detección, incrementando a 23% el monto de fraude en este tipo de siniestros.²⁹

Con base en lo anterior y aunado al impacto del alto costo de las atenciones médicas, surge la necesidad de conocer y analizar el proceso de pago. Es por ello que el presente trabajo está dirigido a identificar y describir de manera grá-

fica a través de mapas de proceso, deficiencias operativas y actividades que se consideran críticas por el valor que tienen en la percepción y servicio al cliente.

Se pretende, además, proponer una estrategia integral en el proceso de gestión de pagos en que incurre una institución de seguros de gastos médicos mayores, por la atención de los cuatro principales grupos de enfermedades catastróficas, identificadas de acuerdo al comportamiento de la siniestralidad de la AMIS, en los últimos tres años, número de reclamaciones y monto pagado.

En síntesis, a partir de los resultados del presente trabajo, se pretende contribuir al mejoramiento del proceso de pago, asegurando el apego al marco regulatorio y normativo, así como en potenciar los beneficios económicos, a través de la contención de costos, y evitar los desajustes financieros, mediante la prevención de pagos injustificados y prácticas de fraude.

4. Objetivos

■ 4.1. Objetivo General

Analizar el proceso de pago que realiza una institución privada de seguros de gastos médicos mayores por la atención de enfermedades catastróficas, en 2010; e identificar mecanismos y áreas de oportunidad orientados a implementar estrategias de mejor gestión, que contribuyan a reducir el impacto del costo atribuible tanto a la propia atención de dichas enfermedades, como al pago indebido, producto de fraudes.

■ 4.2. Objetivos específicos

- Analizar el proceso de pago por la atención de las enfermedades catalogadas como catastróficas en una institución privada de seguros de gastos médicos en 2010.
- Identificar, a través de mapas, deficiencias operativas que obstaculicen el proceso y que favorezcan prácticas fraudulentas.
- Proponer una estrategia de mejora, que permita superar las deficiencias encontradas, que esté orientada a la contención de costos y la prevención de prácticas de fraude, y que además se enfoque en la calidad de la atención y servicio al cliente.

5. Marco Conceptual

Proceso: se define como “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, y que transforman elementos de entrada en resultados.”³⁰

Análisis de procesos. Es una herramienta para conocer al detalle cada uno de los procesos, ya sean administrativos, productivos, de servicios, de investigación; definiendo para cada uno sus entradas y salidas (insumos y productos), usuarios y proveedores (internos y externos), mecanismos de transformación, responsables de la ejecución, programas de trabajo, puntos de control, supervisión (dirección) y medición, con el fin último de reconocer problemas y proponer acciones de mejoramiento.³¹

El análisis y gestión del conocimiento parte de la condición en que, la organización será mejor en la medida en que las personas que la integran conozcan, identifiquen y se comprometan con los procesos y la necesidad de mejorarlos.

El análisis de procesos, resulta una herramienta útil para la gestión, análisis y mejora de los mismos, proporcionando una descripción visual y dinámica de ellos a todos los miembros de la organización (tanto autoridades, directivos y personal operativo), favoreciendo la identificación de problemas y la oportunidad de compartir las mejores prácticas, planes de acción, riesgos y por lo tanto, programas de mejora continua. Su ejecución, se vuelve un ejercicio participativo que compromete a las personas a actuar y trabajar de acuerdo a los procesos y las propuestas de mejoramiento acordadas.

Enfermedades de alto costo o catastróficas. Pueden definirse de manera clínica o financiera, siendo esta última la que interesa y aporta en el desarrollo de la investigación:

- En su dimensión financiera, una enfermedad catastrófica requiere un tratamiento y desembolso monetario importante, que excede algún umbral considerado normal. Existe el consenso de que una enfermedad tiene impacto catastrófico, cuando para su atención se destina más del 30% del presupuesto familiar.³²

Según el tiempo de resolución, se subdividen en dos categorías:

1. Las enfermedades de resolución corta, que generalmente, no requieren tratamiento de largo plazo.
2. Las enfermedades crónicas no recuperables, que regularmente requieren de tratamientos prolongados.³³

Las enfermedades catastróficas presentan dos características principales: son de baja incidencia e implican un impacto económico inusual.

Estas enfermedades implican un fuerte desembolso monetario y por lo tanto, una mayor cobertura de aseguramiento para reducir las brechas existentes en las condiciones de salud, en personas de diferentes niveles de ingreso.

El concepto de catastrófica adiciona a la idea de enfermedad, la de severidad, tanto orgánica como económica, de tal manera que: “una enfermedad catastrófica resulta un proceso patológico complicado y riesgoso para el individuo, ya que su tratamiento, supera la capacidad de financiamiento del enfermo y su familia”.³⁴

Condiciones de cobertura y aseguramiento. Las enfermedades de alto costo son atendidas bajo un esquema diferencial entre el régimen de cobertura plena o planes individuales, el cual inicia 30 días posteriores a la contratación de la póliza mientras que en el régimen grupal o contributivo, en algunos casos se establece el cumplimiento de un periodo mínimo de cotización correspondiente, denominado periodo de espera. En ambos regímenes, para este tipo de eventos está incluido el pago de copagos: deducible y coaseguro.

La normatividad obliga a los administradores de planes de beneficios a tomar un reaseguro, con el propósito de cubrir las posibles desviaciones en el costo de los eventos presentados. Aunque existen diversos modelos de reaseguros, en todos los esquemas se mantiene la figura del pago de primas con coberturas delimitadas y esquemas diferenciales para aplicación de deducibles, mediante la cual se transfiere parte del riesgo al reasegurador. Los efectos financieros y la decisión de optar por uno u otro de los esquemas de deducibles dependen de la siniestralidad presentada frente a modelos probabilísticos predeterminados.³⁵

Seguro de Gastos Médicos Mayores. Se adquiere a través de un contrato de buena fe, diseñado para evitar un desequilibrio económico en la familia, cuyo objeto es cubrir los gastos médicos ocasionados por un accidente y/o enfermedad cubiertos por la póliza.

Cumplen además con otras funciones como son:

- Complementar la protección que brindan las instituciones públicas como el IMSS y el ISSSTE.
- Proteger a los sectores de la población que no tienen acceso a estas instituciones.
- Ofrecer la cobertura de servicios médicos en hospitales privados.
- Hacer frente a los costos elevados de los servicios médicos.³⁶

Los seguros de gastos médicos mayores se comercializan de la siguiente forma:

Individual y/o Familiar, orientado a brindar protección al individuo y/o familia contratante.

Grupo y/o Colectivo, orientados a brindar protección sobre riesgos específicos inherentes a sus actividades, a los empleados de los sectores empresariales más diversos, así como a los miembros de asociaciones y agrupaciones legalmente establecidas.³⁷

■ 5.1. Marco Referencial

En el contexto de definición de las enfermedades catastróficas a ser cubiertas por el Sistema de Protección Social en Salud, el Consejo de Salubridad General (CSG), enlistó a finales del año 2003, un paquete de 49 enfermedades, codificadas de acuerdo la Clasificación Internacional de Enfermedades ICD 10.³⁸ La inclusión de las enfermedades dentro de este paquete consideró los siguientes criterios: peso de la enfermedad, efectividad de las intervenciones, seguridad y eficacia del tratamiento, aceptabilidad social, adherencia a normas éticas profesionales y la evolución de la enfermedad.

Con el propósito de implementar métodos que permitan realizar el costeo y medición de la efectividad de los tratamientos para atender las enfermedades catastróficas, se creó, el 28 de abril de 2004, la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos (COTRAME). En este contexto, se publicó la lista de categorías de enfermedades e intervenciones asociadas a gastos catastróficos, y que corresponde a los padecimientos financiados por el Fondo de Protección Contra Gastos Catastrófico:

- 1.** Cáncer cérvico-uterino
- 2.** VIH/SIDA
- 3.** Cuidados intensivos neonatales
- 4.** Cataratas
- 5.** Cáncer de niños y adolescentes
- 6.** Trasplante de médula ósea
- 7.** Cáncer de mama
- 8.** Trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (enfermedades cubiertas por el Seguro Médico para una Nueva Generación).³⁹

La definición de enfermedad catastrófica en las instituciones privadas de seguros de gastos médicos, no considera el paquete de criterios previamente señalados, y que son considerados dentro del Sistema de Protección Social en Salud. En este sector, las enfermedades catastróficas se definen como:

- Un grupo limitado de enfermedades que demandan un volumen creciente de recursos. Se les denomina enfermedades catastróficas, no por su peso relativo sobre la carga de enfermedad sino por su impacto económico.⁴⁰

Bajo esta definición, corresponden a tratamientos de radioterapia y quimioterapia, diálisis y hemodiálisis, trasplantes, procedimientos quirúrgicos para enfermedades del corazón, columna y del sistema nervioso central así como enfermedades de origen genético o congénito.

De esta manera, con base en el comportamiento de la siniestralidad del 2007 al 2009, número de reclamaciones y monto pagado, la institución privada de seguros de gastos médicos en estudio, considera para el año 2010 los siguientes grupos y enfermedades catalogadas como catastróficas:

Tabla 1. Institución privada de seguros de gastos médicos. Catálogo de enfermedades catastróficas, 2010.

Grupo	cat_icd	Enfermedad
CANCER	C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA
	D05	CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA
	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON
	C85	LINFOMA NO HODGKIN DE OTRO TIPO Y EL NO ESPECIFICADO
	C90	MIELOMA MULTIPLE Y TUMORES DE CELULAS PLASMATICAS
	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON
	D07	ESPECIFICADOS
	C56	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO
	D02	CARCINOMA IN SITU DEL SISTEMA RESPIRATORIO Y DEL OIDO MEDIO
	C91	LEUCEMIA LINFOIDE
D48	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE OTROS SITIOS	
CARDIOVASCULARES	I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON
	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO
	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
	I20	ANGINA DE PECHO
	I24	OTRAS ENFERMEDADES ISQUEMICAS AGUDAS DEL CORAZON
	G45	ATAQUES DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA Y SINDROMES AFINES
	Q23	MALFORMACIONES CONGENITAS DE LAS VALVULA AORTICA Y MITRAL
COLUMNA	I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA
	M51	OTROS TRASTORNOS DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES
OTROS	M50	TRASTORNOS DE DISCO CERVICAL
	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE
	M06	OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS
	G35	ESCLEROSIS MULTIPLE
	E14	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA
	M32	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO
	K85	PANCREATITIS AGUDA
P07	TRASTORNOS RELACIONADOS CON DURACION CORTA DE LA GESTACION Y CON BAJO PESO AL NACER, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	
P22	DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	

Fuente: SIGAME 2007 – 2009 Siniestros ocurridos (Pago Directo y Reembolso).

La complejidad en la atención y financiamiento de las enfermedades catastróficas radica en el difícil cálculo del riesgo y financiamiento. Si bien, a nivel más específico, no existe literatura de consulta en el ramo de los seguros de gastos médicos para dar una definición de evento o enfermedad catastrófica, de manera general, esta clase de siniestros comparten dos características fundamentales: se trata de casos de baja frecuencia, que constituyen situaciones más bien excepcionales que cotidianas y la otra se refiere a que, debido al costo de su atención, se produce un gasto monetario para el afectado y su familia. Dentro de este marco, se aprecia que las definiciones frecuentemente empleadas en el sector asegurador para establecer cuales son los casos que califican dentro de la caracterización de evento catastrófico, se dividen en tres grandes grupos: las

que utilizan una lista de diagnósticos preestablecida, las que definen un umbral de costos y las que fijan un porcentaje de gasto sobre el ingreso familiar. Las enfermedades catastróficas configuran una encrucijada porque, los recursos financieros disponibles en pólizas limitadas, podrían resultar insuficientes y poco efectivos y por otra, en planes con sumas aseguradas altas o sin límite implica un impacto financiero creciente.⁴¹

■ 5.2. Marco Teórico

5.2.1 Herramientas para la Administración y mejora de la calidad

En el proceso de búsqueda de mecanismos que contribuyeran en la administración y mejora de la calidad se han propuesto distintas herramientas en distintos momentos históricos. Inicialmente, siete herramientas fueron recopiladas por Ishikawa (1915-1989), y posteriormente se añadieron otras:

Tabla 2. Herramientas para la mejora de procesos (modificado).

Las siete herramientas de Ishikawa (7H)	Diagrama de Pareto Diagrama causa-efecto Histograma Hoja de datos Gráfico de control Diagrama de dispersión Estratificación
Otras herramientas clásicas	Diagrama de flujo Tormenta (o lluvia) de ideas Los 5 porqués Diagrama de Gantt
Las siete nuevas herramientas	Diagrama de afinidad Diagrama de relación Diagrama de árbol Diagrama matricial Diagrama de decisiones de acción Diagrama sagital Análisis factorial de datos

Fuente: Programa de mejora para la gestión en la administración pública federal. SFP

La utilización combinada de estas herramientas, sobre la base de un método para la mejora, facilita la identificación de problemas que afectan el desempeño de los procesos, así como de sus causas principales, y orienta el planteamiento y prueba de soluciones.

5.2.2 Análisis de Procesos

Es común en el argot administrativo, escuchar la “Es más fácil alcanzar los resultados esperados cuando se utilizan herramientas apropiadas para el propósito planteado.” Este proyecto se basa en el desarrollo del análisis de procesos, como una herramienta de:

- **Gestión estratégica organizacional para la competitividad, rendimiento óptimo y alto nivel de servicio al cliente.** Ya que nos permite identificar de manera gráfica aquellas actividades del proceso que no agregan valor y las áreas de oportunidad para implementar acciones de mejora.
- **Diseño de nuevas estrategias administrativas para lograr mejor desempeño.** Incluye el análisis de variables críticas de un mercado global y competitivo como son: costo, calidad, servicio y rapidez que imperan y dominan el sector.
- **Enfoque para mejorar el desempeño, la efectividad y eficiencia de las organizaciones.** Considerándose como un instrumento integral y efectivo para reducir los tiempos de implementación, mejorar la productividad y superar las expectativas del cliente.
- **Interacción para planificar, implementar, comunicar y comprometer a la gente al mejoramiento de los procesos.** Esto permite a las organizaciones alcanzar la máxima eficiencia en sus acciones. Difiere del simple ordenamiento de actividades con miras al logro de la eficiencia propuesto en los manuales de organización y métodos. La técnica permite identificar de una manera rápida y fácil los procesos y modelarlos al bajar en cascada, desde el nivel medular hasta el nivel deseado instrucciones de trabajo.
- **Compromiso para el personal operativo con los procesos.** Este fin se logra y toma ventaja en la definición de procesos y propuestas de mejoramiento acordados en el equipo de trabajo.

- **Utilidad para la gestión, análisis y mejora de los procesos.** Proporciona a las autoridades, directivos y demás personal, una descripción visual de los procesos directamente sobre flujogramas dinámicos, facilitando la identificación de problemas y riesgos. Así como, la posibilidad de compartir las mejores prácticas y planes de acción.⁴²

La aplicación del análisis de procesos, tiene varias ventajas para las organizaciones. Una de las más importantes es la capacidad para enfocar sus esfuerzos de control y mejora en los aspectos clave del trabajo; es decir, aquellos que determinan que los productos y servicios que ofrece sean apreciados por los clientes y cumplan con el propósito para el cual fueron diseñados.

La selección del proceso se realiza atendiendo a los problemas reales o potenciales evidenciados de la operación. Para elegir el proceso, se tiene que definir qué se desea mejorar:

- Problemas y/o quejas de clientes externos
- Problemas y/o quejas de clientes internos
- Costo del proceso
- Tiempos del proceso (ciclos prolongados)
- Mejores o nuevas formas de realizar el proceso
- Nuevas tecnologías
- Impacto en el mercado
- Comunicación inter-funcionales
- Incumplimiento de las especificaciones establecidas en el proceso

5.2.3 Metodología Rummler – Brache

Es una de las metodologías más utilizadas y recomendadas en el análisis de procesos. Esta considera que el funcionamiento de una organización incide en tres niveles (organización, procesos y actores) interdependientes, que deben planearse, diseñarse y operarse.⁴³

La metodología permite conocer a detalle cada uno de los procesos, ya sean administrativos, productivos, de servicios, pedagógicos, de investigación, etc., definiendo para cada uno sus entradas y salidas (insumos y productos), usuarios y proveedores (internos y externos), los mecanismos de transformación, los

responsables de la ejecución, los programas de trabajo y lo más importante, los puntos de control, de supervisión (dirección) y medición, en paralelo permite reconocer problemas para proponer acciones de mejoramiento.

5.2.3.1 Modelo PEPSCU

Una vez seleccionado el proceso, se debe definir dónde inicia, dónde termina y la identificación de sus elementos. Para este propósito, el modelo de PEPSCU⁴⁴ permite delimitar y representar el proceso. En la siguiente figura se muestra su diagrama:

Modelo PEPSCU. Figura 1.



5.2.3.2 Equipo que participará en el análisis y la mejora

Para definir quiénes integrarán el equipo que participará en el análisis y la mejora, en primer lugar se clarifica quién es el “dueño o propietario del proceso”, es decir, el responsable de su efectividad, control, adaptabilidad y desempeño global. En muchas ocasiones, el “dueño del proceso” no tiene autoridad sobre todas las actividades ya que el proceso puede abarcar diferentes áreas funcionales de la organización. En cuyos casos, será responsable el gerente que está más involucrado en el proceso, ya sea por los recursos o el grado en que es afectado cuando hay problemas (Juran y Gryna, 1995).

El “dueño del proceso” debe elegir a los miembros del equipo atendiendo las siguientes cualidades:

- Experiencia en el proceso.
- Contribución (conocimientos, creatividad).
- Disponibilidad para asistir a las reuniones del equipo (motivación).

Para que el equipo trabaje de manera efectiva deben estar claros: el objetivo, los diferentes roles (coordinador, responsable de los registros, participantes) y la metodología de trabajo. El funcionamiento de un equipo no se define sólo por las reuniones que realiza, a pesar de que éstas son un recurso importante de comunicación y trabajo. Además, se deben realizar en un clima adecuado de participación y búsqueda de consenso; con un buen manejo del tiempo y en un lugar propicio, elementos claves para el logro del objetivo planteado.

5.2.3.3 Documentar los procesos

Se recomienda realizar el análisis del proceso a través de la técnica denominada “*top-down*”, es decir, de arriba a bajo y de abajo a arriba, la herramienta (Rummler-Brache), propone cinco mapas que gráficamente representan la organización y sus procesos.⁴⁵

- Mapa estructural (supersistema)
- Mapa de relaciones funcionales
- Mapa de relaciones del proceso
- Mapa de funciones específicas
- Mapa cruzado de proceso-funciones

El análisis que se realiza en diversos niveles de la organización, descubre nuevos insumos, relaciones o productos, que son incluidos en el nivel de análisis y en los superiores, obteniendo enfoques diferentes y enriquecidos de lo que implica lograr el detalle de análisis suficiente y satisfactorio, para documentar o mejorar un proceso.

A continuación se describe brevemente en qué consisten los mapas, su utilidad y lo que aportan al análisis del proceso.

Mapa estructural: Muestra el ambiente en el que la organización opera y cómo interactúan recíprocamente. Delimita el ámbito del sistema que se aborda. Permite identificar las entidades con las cuales el sistema se relaciona, lo que posibilita conocer el ámbito del que se trata (financiero, industrial, seguros, etc.).

Mapa de relaciones funcionales: Muestra como se opera internamente, se utiliza para tener clara la forma en que está organizado el trabajo, paso a paso, a través del proceso. Muestra además, si las actividades cruzan los

límites de una unidad a otra para que pueda ser completado el proceso, además de contemplar procesos cruzados.

Mapa de relaciones del proceso: Muestra como los procesos actúan interconectados entre sí. Proporciona una perspectiva global-local, útil para ubicar y posicionar cada proceso respecto a la cadena de valor. Al mismo tiempo, relaciona el propósito de la organización con los procesos que lo gestionan, utilizándose también como herramienta de consenso y aprendizaje.

Mapa de funciones específicas: Describe los flujos específicos o factores elementales del proceso a través de la organización. Se utiliza para crear bloques de tareas “departamentales” articuladas, según el tipo de actividades que desarrollan en el sistema de la organización.

Mapa cruzado de proceso-funciones: Muestra los pasos en un proceso específico y cómo los diferentes departamentos o funciones involucrados actúan recíprocamente.

5.2.3.4 Diagnosticar el proceso

La profundidad o detalle del análisis se logra a través del reconocimiento de puentes de conexión (entradas o salidas), que no se visualizaban de manera explícita y que afectan el logro de los objetivos del proceso o resultado deseado. Esta técnica requiere de un programa de revisión y reflexión continuo, que permita detectar “la mejor manera de hacer las cosas” y evitar reproceso, esfuerzos innecesarios y alto costo.

6. Metodología

■ 6.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, cuyo propósito fue analizar el proceso de pago asociado a la atención de las enfermedades catastróficas en una institución privada de seguros de gastos médicos durante el 2010.

■ 6.2. Unidades de estudio

Unidad de estudio: El pago por la atención de las enfermedades catastróficas.

Unidad de análisis: El proceso de pago.

Unidad de tiempo: Enero- diciembre, 2010.

■ 6.3. Desarrollo metodológico

Para obtener la información necesaria para llevar a cabo el análisis y mapeo de los procesos involucrados en el pago de una reclamación derivada de la atención médica de alguno de los padecimientos catalogados como catastróficos en la institución de seguros estudiada, se desarrollaron los siguientes pasos:

■ 6.4. Obtención de la información

Para esto se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda:

Utilizando las palabras clave relacionadas con el pago de las enfermedades catastróficas por parte de instituciones de seguros privados de gastos médicos mayores, y sus conectores de búsqueda avanzada (*and*, *or*, *and not*), se ejecutó una búsqueda electrónica. Se revisaron los títulos de artículos de las bases de datos de Medline, SciELO, OCDE, Secretaría de Salud, así como los buscadores generales (Google, Lycos, Bing). Además, de las páginas electrónicas de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). También se revisó el sitio Web de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS). Se buscó también en las bibliotecas virtuales del Instituto Nacional de Salud Pública y del Instituto de Ciencias del Seguro (Fundación Mapfre).

Como resultado de la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron los artículos relacionados con los siguientes *items*:

- Seguros de gastos médicos
- Instituciones de seguros de gastos médicos mayores
- Enfermedades catastróficas
- Procesos de pago en aseguradoras
- Análisis de procesos
- Administración de gastos médicos
- Gastos catastróficos en salud
- Estrategias/experiencias de gestión de las enfermedades catastróficas por las instituciones de seguros privados
- Fraudes en las instituciones de seguros

En adición a la búsqueda electrónica, se realizó una revisión de la literatura contenida en libros de texto especializados en la materia.

Se eliminó el material bibliográfico que no abordara el tema desde el enfoque requerido para este estudio, o que se encontrara incompleto.

De esta manera, la información consultada y utilizada para este estudio, fue obtenida principalmente de las siguientes fuentes:

- Bases y reportes de siniestralidad por padecimiento y monto pagado del 2007 al 2010 de la institución aseguradora objeto de estudio.
- Catálogo *International Classification of Diseases* (ICD-10).
- Sistema de dictamen de gastos médicos Control de Llamadas (CLL).
- Sistema de gastos médicos (SIGAME).
- Condiciones generales de marzo 2010 para Gastos Médicos Mayores: Plan Plus, de la institución aseguradora estudiada.
- Resúmenes anuales ejecutivos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) del 2007 al 2009 sobre accidentes y enfermedades.
- Reportes anuales sobre siniestros catastróficos del 2007, 2009 y 2010 de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).

- Reporte 2007: Principales resultados de la Primera Encuesta Nacional de Calidad en el Servicio de Atención a Clientes de las Instituciones de Seguros en el rubro de gastos médicos mayores para pólizas Individuales.
- Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).
- Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006).

■ 6.5. La recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La obtención de la información primaria utilizada en el presente análisis se realizó mediante un seguimiento “de sombra”. Este ejercicio tuvo como propósito observar el proceso “real”, desde la entrada hasta la salida de una reclamación (inicial y complementaria) derivada de la atención médica de alguno de los padecimientos catalogados como catastróficos, en las áreas operativas de:

- Pago directo (inicial y complementaria)
- *Call center* (inicial)
- Cirugía programada
- Reembolso (inicial y complementaria)

Elaboración del plan de trabajo

La búsqueda de la información requirió la realización de varias visitas, éstas se llevaron a cabo semanalmente, se programaron específicamente para los días jueves. La selección del día obedeció a que, de acuerdo a los informantes clave con los que se tuvo el contacto inicial, el jueves el volumen de trabajo es menor, con lo que se facilitaría el trabajo, limitando la posibilidad de estorbar, y se incrementarían las posibilidades de obtener un mayor acercamiento y conocimiento del proceso de reclamación.

Medios de contacto y acuerdos de colaboración

Para contactar a las personas clave, que participan en el proceso de reclamación y pago por los servicios cubiertos por la aseguradora por concepto de atención de enfermedades catastróficas, se utilizó la vía del correo electrónico. De esta forma se contactó a los gerentes responsables de cada área operativa, se acordó el horario en que se realizarían las visitas, las actividades incluidas, se enfatizó que el desarrollo del trabajo investigativo no interferiría en la ejecución normal de las actividades cotidianas. La explicación sobre actividades a realizar, se enfocó en el carácter exclusivamente observacional del ejercicio como método de recolección de información, y se garantizó la confidencialidad, asegurando que los datos obtenidos serían utilizados meramente con fines científicos.

Posterior a lograr el acuerdo de fechas y orden de las visitas, (*Ver el anexo 1, correspondiente al cronograma para la recolección de información*), se solicitó, a través de una carta dirigida a la Dirección de Siniestros Personas, para gastos médicos de la institución aseguradora, el permiso requerido para realizar las visitas correspondientes, (*Ver el anexo 2, correspondiente a la estructura de la Dirección Siniestros Personas*). En este documento se informó el calendario establecido, tiempo aproximado de duración y el uso académico de la información y de los resultados de la investigación.

Metodología

Acuerdo de confidencialidad

La garantía de confidencialidad de la información y el cumplimiento al código de ética, requirió la firma de la investigadora responsable. El compromiso fue conservar el anonimato de los colaboradores/usuarios observados, nombres de asegurados, datos personales incluidos en la documentación de las reclamaciones, aplicativos de los diferentes sistemas que resguardan la información, *user names*, etc. Así como el nombre de la institución aseguradora o cualquier otro dato que permitiera su identificación, en todo el documento.

Logística

Con la intención de atender elementos de índole logística, y en procura de hacer más eficiente la recolección de la información, se dispuso la llegada a los sitios con 10 minutos de anticipación a la hora acordada de la cita. Esto permitió observar las dimensiones del lugar y ubicar un espacio donde no se obstaculizara el desempeño de las actividades; pero sobre todo, permitió lograr una mejor visibilidad de cada una de las actividades realizadas por el personal operativo, en las diferentes etapas del proceso. Con esta misma intención, se

programaron las visitas a las áreas operativas con atención a clientes externos, lo más temprano posible. Bajo este contexto, únicamente el *call center* se visitó en horario vespertino.

Registro de la información

Con la finalidad de realizar una recolección puntual de gran contenido operativo y funcional, se realizaron anotaciones sencillas de las actividades, respetando el orden en que se realizó el trámite de reclamación. Esta información fue luego vaciada en hojas de procesos. Se realizaron notas relacionadas con la detección de actividades que a primera vista se identificaron como deficientes en el proceso y que además podrían constituir espacios de oportunidad para la comisión de algún tipo de fraude.

En algunos casos, fue necesario, al final de la recolección de la información, solicitar la aclaración de ciertos puntos de incertidumbre observados en el manejo y trámite de las reclamaciones, también se solicitó aclarar los denominados recursos empíricos “trucos”, relacionados con la *expertise* operativa y el dominio de los sistemas, es decir, variaciones aplicadas de forma personal por los usuarios en la realización de actividades y funciones que no alteran el proceso y que sin embargo, hacen más eficiente la operación con relación a tiempos de captura, servicio al cliente, registro de información y manejo de los sistemas.

Las visitas tuvieron una duración aproximada de 4 horas y no se presentó ningún incidente durante el registro, el cual fue documentado exclusivamente por el investigador responsable del estudio.

La información recabada fue complementada con las políticas y reglas de operación establecidas para cada proceso. Estas, políticas y reglas de operación, se obtuvieron del portal electrónico de normatividad, ubicado en la página de intranet de la institución de seguros

Vaciado de la información

Se delimitaron las entradas y salidas de cada uno de los procesos. Para este propósito se elaboró una matriz de procesos de acuerdo al modelo PEPSCU (*Ver el anexo 3, correspondiente la matriz de procesos*). Esta matriz se construyó atendiendo de manera alineada los siguientes criterios:

- a)**Objetivos de la dirección de siniestros personas
- b)**Procesos involucrados
- c)**Tipos de procesos

Posteriormente se construyeron hojas de trabajo de acuerdo a la información obtenida y propósito de la investigación.

Para la construcción de las hojas de proceso se organizó la información de la siguiente forma:

- 1.** Se registró la información del encabezado (nombre del proceso, área y propietario)
- 2.** Se identificó a los responsables de las actividades
- 3.** Se identificaron las entradas y salidas
- 4.** Y por último se identificaron las notas de las detecciones que afectan el proceso de manera indirecta

■ 6.6. Análisis

Metodología

Mapeo

El resultado de la información obtenida en las visitas realizadas a cada una de las áreas operativas involucradas en el proceso de pago fueron representadas gráficamente, por medio de diagramas (mapas) de flujo, los cuales se construyeron a partir de la identificación de:

- Los dueños y responsables de cada uno de los procesos: gerentes, coordinadores, supervisores, custodios de claves y accesos, usuarios (administrativos, analistas, ejecutivos de servicio), médicos dictaminadores, etc.
- Las ideas principales a ser incluidas en el diagrama de flujo: actividades y funciones realizadas por los responsables y usuarios de proceso.
- Las interconexiones para cada uno de los procesos: el proceso anterior y posterior, así como para otros procesos interrelacionados.

- Las áreas operativas que contaban con material de apoyo para el desempeño operativo como: manuales de usuario, reglas de operación y boletines de normatividad.

- Los límites del proceso a describir.

Se estableció el nivel de detalle requerido: descripciones sencillas de las actividades y funciones realizadas por cada uno de los involucrados en el proceso de pago (*Ver el anexo 4, correspondiente a símbolos básicos utilizados en los diagramas*).

Una vez analizada y organizada esta información, se construyeron los mapas de cada una de las áreas involucradas en el proceso de pago, para lo cual fue necesario:

- Establecer el alcance del proceso a describir, de esta manera fue definido el comienzo y el final del diagrama.
- Identificar y listar las principales actividades/subprocesos, incluidos en proceso y su orden cronológico.
- Definir el nivel de detalle para las actividades menores y notas tomadas durante la recolección de los datos.
- Identificar y listar los puntos de decisión.
- Respetar la secuencia cronológica y asignar los símbolos correspondientes.
- Asignar un título al diagrama y verificar que estuviera completo y describiera con exactitud el proceso observado.

Para la realización de los diagramas de procesos, se capturó la información de cada una de las actividades y notas registradas en las visitas a las áreas operativas en hojas de Excel, de manera secuencial y por área operativa. Posteriormente, la información fue exportada al *software Microsoft Windows* : *Visio**, donde se realizó el diseño de cada uno de los mapas por área operativa.

* **Visio**: *Software de dibujo vectorial de Microsoft Windows* , que permiten realizar diagramas de oficinas, diagramas de bases de datos, diagramas de flujo de programas, UML. Utiliza también lenguajes de programación con añadidos para desarrollar diagramas de negocios en el desarrollo de planos de ingeniería y arquitectura.

Los mapas se definieron y construyeron de acuerdo a la herramienta metodológica Rummler- Brache, para cada nivel (organizacional, funcional y operativo), considerando sus entradas y salidas (insumos y productos), así como usuarios y proveedores (internos y externos), y los responsables de la ejecución y puntos de control y supervisión. Quedando de la siguiente manera:

- 1. Organizacional** (supersistema). En este nivel se consideraron elementos relacionados con la estrategia, estructura, políticas y algunos aspectos de medición.
- 2. Operacional** (procesos). En este nivel se incluyeron los procesos, su definición, actividades, flujo, además de su relación con otras áreas involucradas en el resultado y con otras que no se involucran, pero que se relacionan, de alguna manera, con la gestión y que pueden influir en que haya un funcionamiento adecuado (soporte).
- 3. Funcional** (usuarios). En este nivel se analizaron las capacidades, conocimiento y habilidades requeridas para realizar las actividades en cada proceso.

De esta manera, se documentó gráficamente a nivel operativo cada uno de los subprocesos involucrados en el proceso de pago por la atención de las enfermedades catastróficas, así como su relación funcional y su integración organizacional.

Metodología

Evaluación

Una vez construidos los mapas se evaluó el proceso y cumplimiento de los objetivos.

Para conocer en qué medida el proceso de pago por la atención de las enfermedades catastróficas, se ejecuta de manera adecuada y logra los objetivos establecidos para cada una de las áreas operativas involucradas, se construyó una tabla en la cual se evaluaron criterios relacionados con los tres niveles de análisis que establece la herramienta metodológica Rummler- Brache:

- Organizacional
 - Estrategia: Cumplimiento de la normatividad y reglas de operación
 - Estructura: Cumplimiento de niveles jerárquicos

Políticas: Cumplimiento de tiempos de respuesta y satisfacción del cliente

- Operacional

Definición: Cumplimiento de actividades según el puesto

Flujos: Continuidad y fluidez en las actividades

Relación con otras áreas: Comunicación y conocimiento operativo de otras áreas

- Funcional

Habilidades: Dominio de las funciones del puesto

Capacidades: Desarrollo de mejores prácticas

Conocimiento: Comprensión de los alcances en el desarrollo del proceso

Para cuantificar el grado de adecuación del proceso de pago por la atención de enfermedades catastróficas, se realizó una ponderación cualitativa bajo la siguiente escala:

- Si cumple (****)
- Regularmente cumple (***)
- Satisfactoriamente cumple (**)
- No cumple(*)

Esta escala fue definida de acuerdo con los siguientes intervalos, a los cuales se les asignó un valor porcentual con relación al nivel de cumplimiento, de acuerdo a lo que establecen las reglas de operación y manuales de usuario:

- Si cumple, de 90% a 100%
- Regularmente cumple, de 70% a 89%
- Satisfactoriamente cumple, de 50% a 69%
- No cumple, menor a 50%

Este ejercicio permitió la identificación de problemas que afectan el desempeño de las áreas operativas o subprocesos, así como de sus causas principales, y orientó el planteamiento y el diseño de soluciones.

La integración de los elementos considerados en la validación de dicho desempeño, se hizo mediante la construcción de una tabla, en la cual se catalogaron las áreas operativas involucradas en el proceso de pago y algunos de los atributos o cualidades que aportan al correcto funcionamiento del proceso de pago, apego a la normatividad y reglas de operación que establece la organización para su ejecución.

7. Resultados

■ 7.1 Análisis del proceso de pago

Los resultados de este estudio se presentan de acuerdo a la secuencia seguida en el proceso operativo establecido dentro de la institución de seguros como estándar para la atención, servicio y trámite de las reclamaciones de pago, organizándose de la siguiente forma:

1. *Call center*
2. Módulo hospitalario
3. Cirugía programada
4. Reembolso

A. **Call Center (CC)***

En este servicio de atención se encontró que el proceso inicia cuando el asegurado (cliente), ingresa a un hospital en convenio, ya sea por el área de urgencias o admisión y se acredita como asegurado de la institución de seguros. En este momento, el cliente solicita a la aseguradora realizar el pago directo generado por la atención del padecimiento que originó el uso del servicio. *(Ver al final de esta sección el diagrama Call Center).*

Como se puede observar en el diagrama *Call Center: Hospital*, el primer contacto es con el personal de admisión del hospital, a quien corresponde notificar al *Call Center* (CC) sobre el ingreso del asegurado. En caso que, el asegurado no cuente con médico tratante, el hospital asigna un médico (especialista), inscrito en el roll de guardias, el cual se considera como parte del *staff*. Los datos requeridos para la notificación, son número de póliza, nombre completo, fecha de nacimiento, tarjeta de identificación y área de ingreso (urgencias u hospitalización).

* Para los casos que son atendidos bajo esta modalidad, la institución de seguros emite una respuesta sin necesidad de recibir ningún tipo de documento, debido a que únicamente se dictamina con la información proporcionada vía telefónica por el personal del hospital que reporta el ingreso.
Por lo anterior, no se requiere de un diagnóstico definitivo, para obtener una respuesta sobre la procedencia del evento.

Cuando el motivo del ingreso es una urgencia, y se cuenta con un diagnóstico presuntivo o definitivo, se notifica vía telefónica este diagnóstico, indicando además, el nombre del médico tratante.

La recepción del reporte de notificación, efectuado por el personal del hospital, recae en el personal analista administrativo del CC, quien realiza la “toma del reporte en línea”. (*Ver diagrama: Analista administrativo*).

A través del sistema control de llamadas (CLL),* se consulta el estatus administrativo de la póliza, así como antecedentes de otros siniestros y/o gastos médicos reclamados, de esta manera se valida la información proporcionada por el hospital.

En caso de que el asegurado se encuentre dado de baja de la póliza o la póliza no se encuentre vigente y pagada, el personal administrativo de CC que recibe el reporte, indica el rechazo como respuesta desde la primera llamada y únicamente solicita que le sea notificado al egreso del paciente, el monto erogado y el diagnóstico final.

Si la póliza se encuentra vigente, pagada y no cuenta con ninguna limitante administrativa, el personal administrativo del CC informa al hospital que el caso se encuentra en estatus de valoración, bajo las siguientes premisas:

- Endosos y coberturas.
- Deducible y coaseguro.
- Siniestros previos.

Resultados

El asegurado recibe la atención médica por la urgencia y el médico tratante emite y autoriza el alta del servicio de urgencias. Posteriormente, el personal de admisión de urgencias, notifica en una segunda llamada telefónica al CC el diagnóstico final emitido por el médico tratante, los procedimientos realizados y el monto erogado por la atención médica. El personal administrativo del CC que atiende la segunda llamada, integra la información médica proporcionada por el hospital al dictamen administrativo (que previamente realizó en la primera llamada), entonces:

Si se trata de un diagnóstico catalogado como: simple,* el personal administrativo sin necesidad de consultar a un médico dictaminador realiza el dictamen

* **Sistema Control de Llamadas (CLL):** Aplicación desarrollada para Windows , donde todos los usuarios conectados a la red (LAN), comparten la misma información y cualquier cambio o actualización es vista y compartida en tiempo real. En este sistema son registrados y actualizados todos los datos relacionados con la operación: emisión, cobranza, vigencia, clientes, asegurados, endosos, siniestros, atenciones, dictamen, etc. de todos los ramos que maneja y ofrece la aseguradora. Cuenta con un módulo de control de llamadas telefónicas de seguimiento y atención a quejas para efectos de control de calidad en el servicio.

Resultados

correspondiente. *(Ver diagrama: Analista administrativo)*.

Valida y registra la información** en el sistema CLL, corrobora los conceptos con relación a los costos según el monto promedio de acuerdo al padecimiento y procedimiento realizados considerando el tipo de hospital, y emite una carta de autorización.

En caso de que el personal administrativo dude del correcto diagnóstico y dictamen, solicita el apoyo de un médico dictaminador, el cual se encuentra fuera de línea de servicio para brindar orientación a los analistas administrativos.

Para los casos en que el asegurado ingrese a un hospital que cuenta dentro de sus instalaciones con un módulo de atención de la aseguradora. La carta de autorización que se genera es enviada al módulo hospitalario sin indicar monto autorizado, es decir en cero, y especificando los conceptos de deducible y coaseguro a aplicar.

Para los casos que inician en el proceso en el CC y posteriormente continúan su seguimiento en el módulo hospitalario, el personal administrativo realiza el dictamen administrativo y posteriormente se canaliza el caso al módulo hospitalario correspondiente. La notificación se realiza a través de correo electrónico, el cual se identifica por el número de reporte que otorga automáticamente el sistema CLL. A partir de este momento el módulo hospitalario es el responsable de emitir la carta de autorización y continuar con la atención hasta el alta del asegurado. *(Ver diagrama: Analista administrativo)*.

Si el motivo o diagnóstico final no se encuentra dentro de la matriz de operación del personal administrativo del *Call Center* (CC), el analista administrativo, solicita el apoyo de un médico dictaminador, el cual se encuentra fuera de la línea de servicio para brindar orientación. *(Ver diagrama: Médico asesor)*.

Es obligatorio que el analista administrativo consulte a un médico dictaminador en los siguientes casos:

- Casos con siniestros previos relacionados.
- Endosos que modifiquen el dictamen médico.

* **Caso simple:** Diagnóstico o síntoma reportados por el hospital incluido en la matriz de síntomas, afecciones y diagnósticos, previamente establecida para este proceso. Ejemplo: urgencias sentidas, suturas, fracturas de huesos cortos, esguinces, traumas leves, etc.

** **Es obligatorio capturar la información en la nota de ingreso-evolución en todos los casos** en el sistema de Control de Llamadas (CLL). Todas las notas deben contener: a) diagnóstico o síntoma reportado, en caso de accidente el mecanismo de la lesión, b) nombre del médico tratante, c) área de ingreso hospitalario, d) justificación médico-administrativa del rechazo o autorización y e) dictamen.

- Todos los casos que no se localicen en la “matriz de síntomas, afecciones y diagnósticos”.
- Reportes con más de un diagnóstico o síntomas.

Es importante señalar que una vez que se solicita el apoyo de un médico dictaminador para emitir una respuesta y generar una carta de rechazo o autorización, el analista administrativo indica en el sistema de CLL el nombre de médico responsable de validar y dictaminar el caso, ya que ambos se consideran responsables del mismo. De esta manera, es compromiso del médico dictaminador, la asesoría y el correcto dictamen de los casos que le son turnados.

Cuando el médico dictaminador que realiza la integración de la información administrativa y médica, detecta o considera que existen dudas o incongruencias, en datos personales, póliza o información médica proporcionada por el personal del hospital, solicita la documentación que considere pertinente para dar claridad al caso y aplicar correctamente los límites y coberturas establecidos en la póliza. La emisión de un dictamen debe considerar los siguientes criterios:

- Póliza.
- Endosos.
- Aplicación de deducible y coaseguro.
- Niveles hospitalarios.
- Pago de complementos.
- Coberturas específicas.
- Períodos de espera.
- Siniestros previos.
- Criterios de exclusión.

Resultados

Posterior a este análisis, el médico del CC informa al analista administrativo para que genere en el sistema la carta de autorización o rechazo. (*Ver diagrama: Analista administrativo*).

Si la respuesta es procedente, el analista administrativo del CC solicita al personal del hospital el envío del estado de cuenta vía fax o correo electrónico, para corroborar los conceptos, y verificar que los costos se adecúen al monto promedio estipulado para el padecimiento correspondiente y los procedimientos realizados, considerando el tipo de hospital. En caso de que el estado de cuenta incluya gastos no cubiertos por la aseguradora, éstos son excluidos e indicados en las observaciones de la carta.

Resultados

Para todos los casos reportados y dictaminados en el CC, es obligatorio capturar la información en la nota de ingreso y/o evolución que se registra en el sistema Control de Llamadas (CLL). Las características que debe contener la nota son:

- Diagnóstico o síntoma reportado. En caso de accidente el mecanismo de la lesión.
- Nombre del médico tratante (especificar status).
- Área de ingreso Hospitalario.
- Mencionar la justificación médico-administrativa del rechazo o autorización (vigencia, pagos, Vo.Bo., fecha de alta, antigüedad desde cuándo y de dónde, periodos de espera, endosos, siniestros relacionados, etc.); correlacionarlos con el padecimiento reportado y emitir un dictamen.

Tanto las cartas de rechazo como las autorizaciones emitidas en el sistema de CLL por el personal médico o administrativo del CC, ya sea desde la primera llamada o al final de la atención médica, son enviadas vía fax o correo electrónico al hospital. El personal del hospital entrega una copia de la carta al asegurado y anexa una a la factura de los gastos autorizados, para su trámite de cobro.

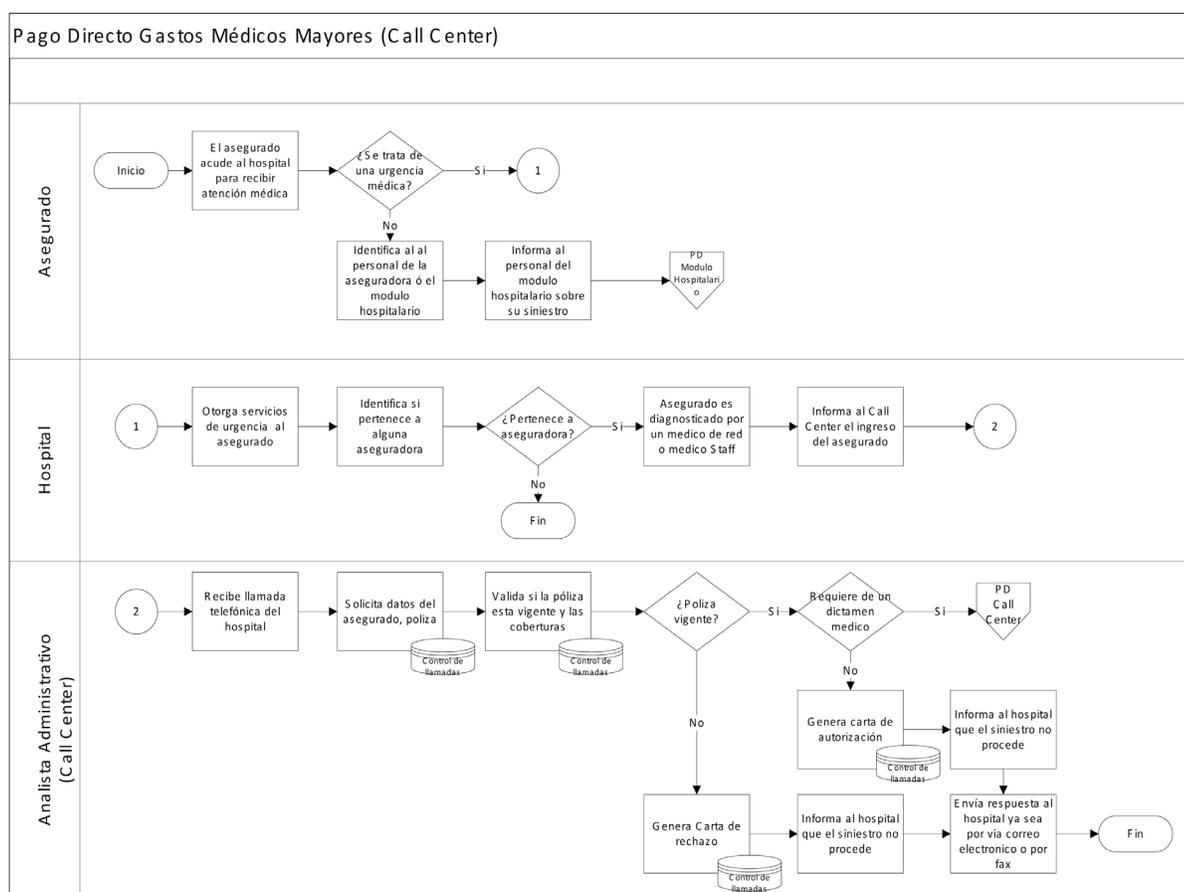
Por otro lado, si el médico que atiende al asegurado tiene convenio con la aseguradora, se genera la tabulación de los honorarios médicos de acuerdo a las tarifas de pago directo, establecidos por la aseguradora, esta tabulación se expide en una carta y se envía al médico(os) tratante(es) por correo electrónico para su cobro.

Si el problema médico reportado al CC no fue resuelto en el área de urgencias y amerita hospitalización, el personal de admisión del hospital lo notifica, vía telefónica. En estos casos, si el hospital cuenta en sus instalaciones con módulo de atención de la aseguradora, el analista administrativo del CC notifica, a través de correo electrónico, al ejecutivo del módulo el ingreso a hospitalización del asegurado. (*Ver diagrama: Analista administrativo*).

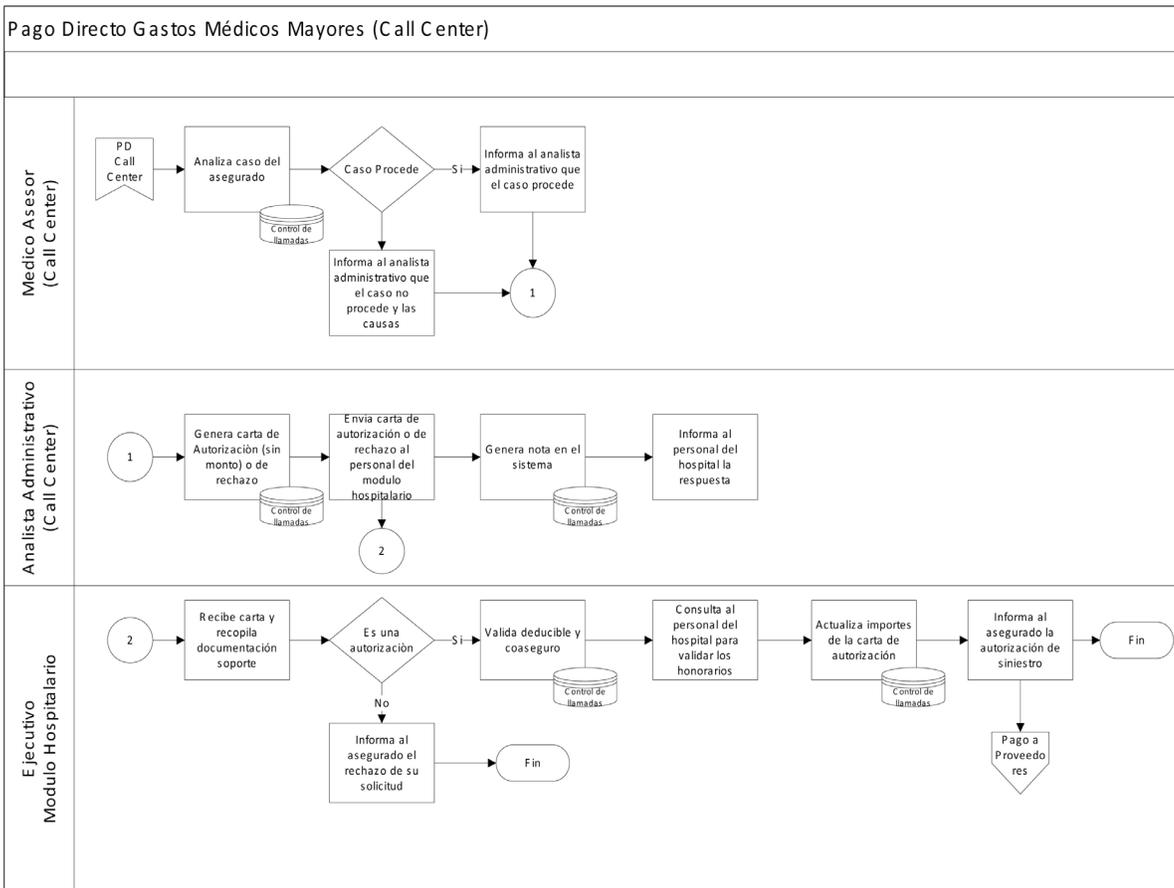
El ejecutivo del módulo recibe el aviso de ingreso al hospital y en caso de tratarse de una reclamación procedente, valida la aplicación de copagos (deducible y coaseguro) e integra la información médica, para actualizar los importes de la carta de autorización de acuerdo a lo (os) diagnóstico(s) y

procedimiento(os) realizados. A partir de este momento el ejecutivo del módulo queda a cargo del caso para su seguimiento y atención hasta el alta hospitalaria. (Ver diagrama: Ejecutivo módulo hospitalario).

En caso de que el hospital no cuente con módulo de atención de la aseguradora dentro de sus instalaciones, el CC continúa el seguimiento del caso hasta el alta hospitalaria. (Ver diagrama: Analista administrativo).



Resultados



B. Módulo hospitalario

En este servicio de atención, como era de esperarse, se encontró que el proceso inicia cuando el asegurado (cliente), requiere de atención médica hospitalaria relacionada con alguno de los padecimientos catalogados como catastróficos. *(Ver al final de esta sección el diagrama Módulo hospitalario).*

Cuando el asegurado ingresa a un hospital en convenio que tiene un módulo de atención de la aseguradora dentro de sus instalaciones, el ejecutivo del módulo hospitalario toma el reporte y la documentación de soporte: aviso de enferme-

dad e informe médico para dictaminar el caso y dar seguimiento a la atención médica requerida. (*Ver diagrama: Ejecutivo módulo hospitalario*).

El ejecutivo de módulo brinda al asegurado y o familiar responsable, la información y asesoría sobre el llenado de los formatos, le solicita copias de las credenciales del seguro e identificación oficial, para verificar los datos personales y dar seguimiento al caso. Una vez verificados estos datos, el personal administrativo ingresa al sistema CLL para verificar administrativamente la información de la póliza y registrar el siniestro. (*Ver hoja: Observaciones* )

En caso de que la póliza no se encuentre vigente y/o pagada, se notifica de manera inmediata al asegurado o familiar responsable sobre el estatus de la póliza y como consecuencia, el rechazo por parte de la aseguradora del pago directo del evento. (*Ver hoja: Observaciones* )

Esta respuesta se registra en el sistema CLL y una vez que se captura el motivo del rechazo, de forma automática, el sistema genera la carta en estatus de rechazo e indica en las observaciones la (s) causa(as) del mismo. Posteriormente, la carta es impresa, firmada y sellada por el responsable del dictamen para ser entregada al asegurado o familiar como respuesta no procedente a su reclamación.

Si posterior a su análisis administrativo, la reclamación no cuenta con ninguna limitante para su cobertura, el caso es asignado al médico dictaminador del módulo, el cual verifica e integra la información médica consultada en el expediente clínico, así como el informe médico (*ver anexo 5*) y aviso de enfermedad (*ver anexo 6*).

El médico dictaminador, emite un dictamen y genera la carta de autorización, indicando los copagos a cubrir por el asegurado (deducible y coaseguro). Para emitir la carta de autorización se captura (*Ver diagrama: Médico dictaminador*):

- El padecimiento de acuerdo al catalogo de ICD-10.
- Tratamiento o CPT (*Current Procedural Terminology*).
- El prestador hospitalario (RFC) al que se va a pagar.

Los datos capturados, así como la información médica y administrativa para el dictamen, son almacenados e identificados en el sistema CLL a través de un fo-

Resultados

lio único y clave del usuario responsable del dictamen y seguimiento del caso. (Ver hoja: Observaciones 3).

Cuando la reclamación es procedente, en la carta de autorización, se indica el monto inicial autorizado o el total de los gastos erogados por el asegurado durante su hospitalización. Cuando los gastos por la hospitalización son mayores a 50 000 pesos, es necesario solicitar el Vo.Bo. del siguiente nivel de autoridad. (Ver el anexo 7, correspondiente a montos y nivel de autorización para el pago de siniestros). Una vez, que se dictamina y registra un monto autorizado en la carta, el ejecutivo del módulo entrega la carta al hospital y notifica al asegurado la procedencia del caso. (Ver diagrama: Ejecutivo módulo hospitalario).

Por otro lado, si el médico que atiende al asegurado tiene convenio con la aseguradora, se genera la tabulación de los honorarios médicos de acuerdo a las tarifas de pago directo, establecidos por la aseguradora, esta tabulación se expide en una carta y se envía al médico(os) tratante(es) por correo electrónico para su cobro.

Una vez que se notifica el alta del asegurado o egreso hospitalario, el personal médico del módulo revisa a detalle las facturas y estados de cuenta de los asegurados. Coteja las indicaciones médicas, notas quirúrgicas, hojas de enfermería, bitácoras de farmacia y valida que los conceptos y gastos erogados por el asegurado durante su hospitalización correspondan a padecimiento(os) y tratamiento(os) cubierto (os) por la aseguradora. Si existen cobros indebidos, el médico del módulo solicita al hospital la eliminación y/o corrección de los mismos en la factura y estado de cuenta.

Una vez que la factura y estado de cuenta son correctos, el médico dictaminador genera las cartas necesarias para cubrir el total de los gastos.

A continuación se describen los aspectos básicos que son revisados y validados por el médico y/o enfermera en la factura y estado de cuenta:

- Nombre del médico tratante que solicita los servicios (laboratorio, gabinete, farmacia, quirófano).
- Insumos, equipo, instrumental, medicamentos, etc.
- Cargos por habitación.
- Cargos por conceptos desconocidos, nuevos o poco frecuentes: estos se identifican e investigan con el fin de conocer lo que se está cobrando (qué

Resultados

Pago Directo Gastos Médicos Mayores	
Observaciones	
1	<p>La documentación para solicitar reclamación de Pago Directo por un siniestro de gastos médicos mayores es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">A) Solicitud de Pago Directo debidamente requisitadaB) Informe medico o aviso de enfermedadC) Copia de la tarjeta de AseguradoD) Copia de identificación oficial
2	<p>En el análisis administrativo se revisa lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">A) Tipo de pólizaB) Nombre de aseguradoC) Suma AseguradaD) VigenciaE) Endosos y Coberturas
3	<p>El analista receptor registra los siguientes datos en el sistema:</p> <ul style="list-style-type: none">A) RFC del proveedorB) Tipo de comprobanteC) Importe y detalle de la factura
4	<p>Los proveedores y/o prestadores de Gastos Médicos Mayores deben presentar la siguiente documentación para solicitar su pago:</p> <ul style="list-style-type: none">A) Facturas en original (Legibles sin tachaduras y/o enmendaduras)B) Recibos de honorariosC) Carta de autorización de pago directo por la aseguradora

C. Cirugía programada*

En este servicio, se encontró que el proceso inicia cuando el asegurado, tramita de manera anticipada la valoración para el pago directo de atención(es) médica(as), relacionada(as) con alguno de los padecimientos catalogados como catastróficos, e ingresa directamente a las oficinas de recepción o módulos hospitalarios de la institución aseguradora los documentos para programar una cirugía, tratamientos médicos, estudios de laboratorio, gabinete, etc. *(Ver al final de esta sección el diagrama Cirugía programada).*

** En este proceso, a diferencia de los anteriores, la reclamación se presenta de manera documental. Los documentos para la valoración de pago directo pueden ser ingresados por el asegurado, titular de la póliza, agente o corredor (bróker).*

El asegurado, ingresa la documentación (aviso de enfermedad, informe médico y resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete), a través de una oficina de recepción o módulo hospitalario. El personal de recepción coteja la documentación, para verificar si está debidamente integrada, se entrega acuse de recibido al asegurado. (*Ver diagrama: Módulo Hospitalario/Oficina de Recepción*).

Únicamente se recibe y da trámite a las reclamaciones que contienen la siguiente documentación:

- Informe médico.
- Aviso de enfermedad.
- Estudios de laboratorio y/o gabinete que avalen el diagnóstico y procedimientos a valorar.
- Identificación del asegurado o titular (copia).
- Credencial del seguro (copia).

Si la reclamación cumple con los documentos necesarios, la documentación es escaneada y enviada por correo electrónico al área de cirugía programada ubicada en las oficinas centrales operativas de la institución aseguradora. Cuando la documentación es ingresada a través de un módulo hospitalario (ubicado dentro de los hospitales en convenio), el ejecutivo de servicio o analista del módulo es quien realiza el análisis administrativo, y el médico dictaminador el análisis médico para emitir una carta de respuesta.

Resultados

La carta de respuesta ya sea procedente o no, es impresa, firmada y sellada, por el responsable del dictamen. (*Ver diagrama: Analista de Cirugía Programada*). En caso de que la respuesta sea procedente, se indica en la carta un monto promedio inicial autorizado, el cual se establece de acuerdo al gasto promedio del procedimiento programado y el tipo de hospital. La carta de autorización tiene una validez de 30 días naturales a partir de la fecha en que fue expedida. Posterior a esta fecha, si no se realiza el evento programado, se debe realizar nuevamente el proceso, desde el ingreso de la documentación.

Sin embargo, cuando la documentación es ingresada directamente en el centro de cirugía programada, el analista responsable de la recepción de los documentos, valida y consulta la información administrativa en el sistema CLL, en caso de que no haya ninguna limitante para su trámite, asigna la reclamación a uno de los médicos dictaminadores del centro de cirugía programada.

Resultados

Si al validar la información en el sistema CLL, la póliza no está vigente y/o pagada, el analista de cirugía programada, emite una carta de rechazo, indicando en las observaciones el motivo del mismo y genera en el sistema CLL una nota indicando lo contenido en la carta. Esta se imprime, sella y es firmada por el analista responsable del dictamen, y es entregada al cliente como respuesta a su reclamación.

Si la póliza no cuenta con ninguna limitante administrativa para su trámite, el analista asigna el caso a los médicos dictaminadores del centro de cirugía programada. *(Ver diagrama: Analista de Cirugía Programada).*

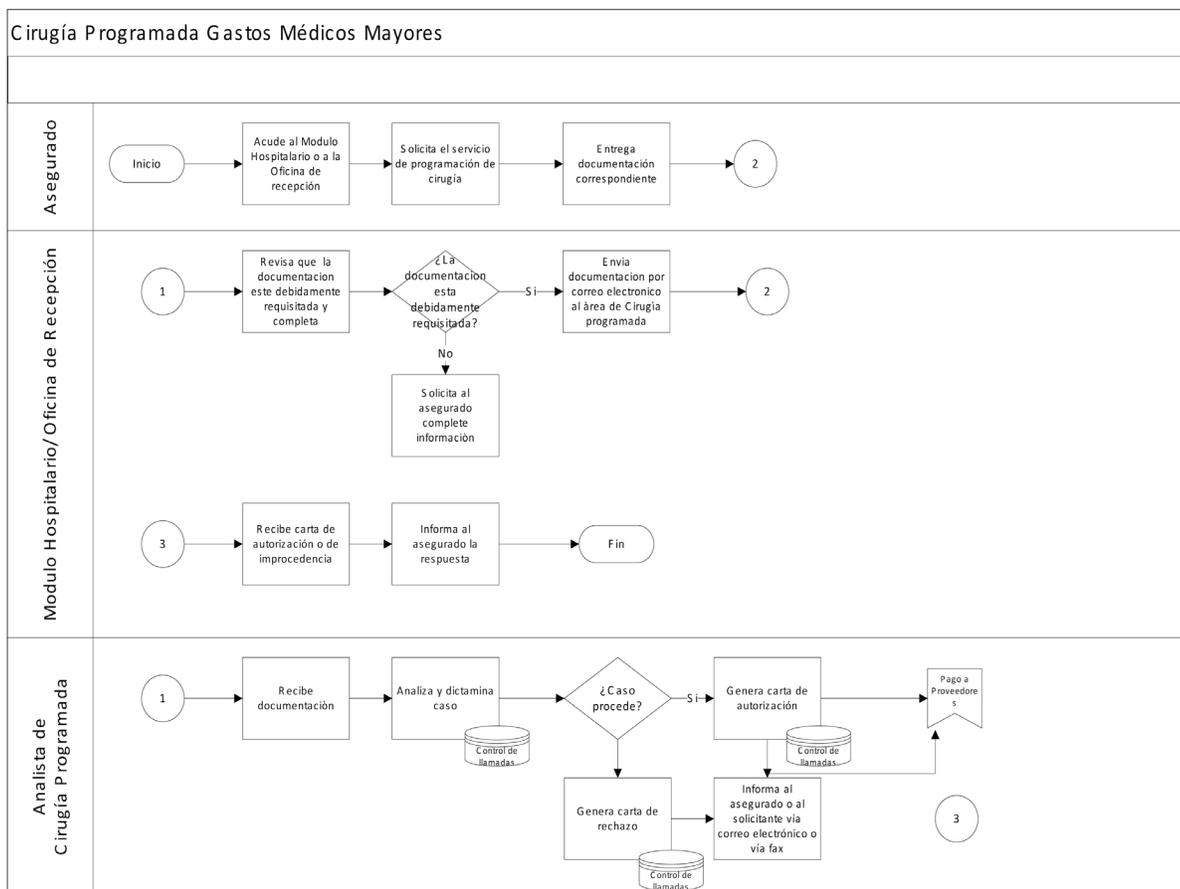
El médico dictaminador integra el análisis administrativo que realizó el analista de cirugía programada, con la información médica contenida en los documentos anexados a la reclamación y emite una respuesta. Sí esta es procedente, se indica en la carta un monto promedio inicial autorizado, el cual se establece de acuerdo al gasto promedio del procedimiento programado y el tipo de hospital, así como los copagos (deducible y coaseguro), que deberán ser cubiertos por el asegurado. *(Ver diagrama: Médico Cirugía Programada).*

Si existen limitantes en la cobertura, estas son indicadas en las observaciones de la carta de autorización, ejemplos: limitación de costos de prótesis, exclusión de procedimientos de tipo estético, enfermedades agregadas no cubiertas por preexistencia, etc.

Todas las cartas procedentes o no, son entregadas a los clientes en original y dos copias, junto con los originales de los estudios anexados al ingreso de la reclamación (placas de Rx, laboratorio, gabinete).

Los formatos de aviso de accidente y enfermedad ingresados en las reclamaciones no son devueltos, ya que forman parte de la documentación que la compañía resguarda como antecedente para el sustento de la autorización y pago de los siniestros, en caso de auditoría y manejo de riesgo operativo y control interno.

Resultados



Resultados

D. Reembolso

Este proceso inicia cuando el asegurado, agente o bróker (cliente), solicita el reembolso de los comprobantes (facturas, recibos, notas de pago, etc.) de gastos realizados con motivo de la atención(es) médica(s) de alguno de los padecimientos catalogados como catastróficos. *(Ver al final de esta sección el diagrama Cirugía programada).*

En caso de que la reclamación ingresada sea por concepto de un siniestro inicial, el asegurado debe presentar la siguiente documentación:

- Aviso de accidente.
- Informe médico.
- Credencial de identificación (copia).

Resultados

- Credencial de asegurado (copia).
- Resultados de los estudios de laboratorio y/o gabinete (si es que reclama gastos por su realización).
- Para los padecimientos crónicos, adicionalmente, se solicita el resumen clínico anual para efectuar el pago de los gastos complementarios (subsecuentes).

En el caso de que se trate de reclamaciones complementarias, no es necesario, a menos que la aseguradora lo solicite, la actualización de todos los formatos. Únicamente se debe anexar en cada reclamación subsecuente, lo siguiente:

- Solicitud de reembolso de gastos médicos mayores. *(ver el anexo 8)*.
- Desglose de los estudios originales.

En caso de que la reclamación no cumpla con la documentación, se solicita al interesado (asegurado, agente o bróker), la documentación faltante.

Si la documentación está completa, es aceptada, el auxiliar de recepción registra la documentación en el Sistema Gastos Médicos (SIGAME)* y se genera un folio automático de reembolso, del cual se entrega copia al asegurado, agente o bróker que ingresa la reclamación. *(Ver diagrama: Analista Receptor)*.

La documentación es entregada al coordinador administrativo, quién realiza el cambio a la etapa de “dictamen integral administrativo” (DIA) en el sistema SIGAME. *(Ver hoja: Observaciones ⚡)*. El coordinador administrativo asigna en el sistema SIGAME las reclamaciones a los analistas de acuerdo con cargas de trabajo/cartera y entrega físicamente la documentación al analista. *(Ver diagrama: Coordinador de Reembolso)*.

Corresponde al analista administrativo realizar el análisis de la reclamación y verificar cada uno de los siguientes puntos:

- Póliza afectada.
- Vigencia.

* **Sistema de Gastos Médico (SIGAME)**: Aplicación donde todos los usuarios conectados a la red comparten la misma información y cualquier cambio o actualización es vista y compartida en tiempo real. En este sistema se considera “pagador”, ya que permite trabajar de manera continua toda la cadena de etapas de una reclamación a través de un folio único, desde el registro hasta el pago, generando una bitácora de cambios. También permite administrar información relacionada con la operación: emisión, cobranza y control de reservas.

- Número de pólizas.
- Endosos.
- Certificado (si es titular o dependiente).
- Suma asegurada.
- Datos personales del asegurado.

Le corresponde además, verificar en el sistema CLL si ya existe siniestro abierto por pago directo para el padecimiento por el cual se está haciendo la reclamación, así como analizar el caso para determinar la procedencia del siniestro. *(Ver diagrama: Analista Administrativo).*

El análisis se enfoca en determinar la procedencia con base en:

- Cobertura, la cual debe ser mayor que el deducible.
- Deducible y coaseguro a cobrar.
- Que el evento esté dentro del plazo de vigencia.
- Que cuente con suma asegurada disponible o remanente.
- Que la póliza esté vigente y pagada.

El analista elabora la hoja del dictamen médico-administrativo y lo turna con el médico dictaminador con la documentación física y cambia de etapa el trámite en el sistema SIGAME a “dictamen médico” (Dic Medic).

Resultados

El médico dictaminador realiza el análisis de la reclamación indicando procedente y/o rechazo, y posteriormente se emite una carta de solicitud de información adicional de los gastos presentados. Redacta su dictamen en la hoja de dictamen médico-administrativo y especifica el monto reclamado y el monto cubierto. *(Ver diagrama: Médico Dictaminador).*

El médico dictaminador consulta las observaciones del analista en el dictamen médico administrativo, verifica si el caso es complementario o inicial, revisa los siniestros anteriores para determinar si procede la solicitud y analiza si los comprobantes corresponden al padecimiento.

Resultados

Para la generación de la reserva*, una vez que el médico dictaminador concluye su dictamen, pasa el folio en el sistema SIGAME a etapa de “antecedentes” y envía la documentación física al analista dictaminador. (*Ver diagrama: Analista Dictaminador*).

Se continúa con el trámite de la reclamación en el sistema SIGAME en la etapa de antecedentes, posteriormente se ingresa el folio que se asignó cuando fue recibida la documentación de la reclamación y automáticamente se cambia la etapa en el sistema SIGAME a “reclama” y se asigna en automático un número de siniestro. En esta etapa es necesario que el analista registre la siguiente información:

- Padecimiento del asegurado.
- Póliza a afectar.
- Monto de los gastos cubiertos.
- Folio de la reclamación.

Posterior a la captura en el sistema SIGAME del diagnóstico y/o tratamiento, se genera la reserva de acuerdo al importe que reclama el asegurado y se registra el deducible y el coaseguro de acuerdo a la póliza contratada.

En etapa de “reclama”, el analista relaciona el folio con un siniestro y un padecimiento. El número de siniestro se asigna con base en el ramo de la póliza afectada; validando contra la tabla consecutiva de siniestro que no exista, lo que hace que este número sea único e irrepetible. El analista toma de la hoja de dictamen médico-administrativo, el monto del pago estimado y lo registra en el sistema SIGAME.

Después de registrar el monto reclamado en la etapa “reclama” en el sistema SIGAME, el analista dictaminador pasa el folio a la etapa “captura”, donde se dan de alta todas las facturas (estudios de laboratorio, terapias, honorarios médicos, etc.), que presenta la reclamación y los desglosa por conceptos de acuerdo a la hoja de dictamen médico administrativo o autorización de pago (finiquito). Los datos de los comprobantes presentados son:

- RFC.
- Nombre del hospital o proveedor médico.

* *Reserva técnica: Representan un pasivo o compromiso a cargo de la compañía aseguradora, son en sí las reservas que tienen que constituir y mantener las aseguradoras para atender los compromisos con los asegurados y/o sus beneficiarios o prestadores de servicios. Son de riesgos en curso de pago y para pagos pendientes.*

- Fecha.
- Factura.
- Importe.

En esta etapa, en caso de encontrar duplicidad en el registro de un comprobante en el mismo siniestro, el sistema SIGAME emite un mensaje de alerta, que sugiere al analista corroborar las facturas y verificar la existencia de errores.

Con base en el dictamen médico y administrativo, el analista dictaminador selecciona el tipo de salida para el folio.

En caso de que la reclamación no proceda para el pago, se captura la carta rechazo y se concluye el trámite de dicha reclamación, dejando el folio en etapa “valoración aceptada”, “pendiente de información” o “rechazo”. Se emiten las cartas correspondientes, que son entregadas al personal de recepción, para que a su vez las entregue al asegurado, junto con los comprobantes a devolver.

Cuando la reclamación no cumple con los requisitos de procedencia, en la etapa de “dictamen” se registra la causa de rechazo del trámite. Cuando sucede que el mismo asegurado, presente nuevamente la reclamación y se le asigne otro número de folio, el analista lo detecta por su nombre y el padecimiento por el cual fue rechazado. Es difícil que se duplique un pago porque el asegurado entrega las facturas originales para su reembolso las cuales van ligadas al padecimiento.

Resultados

Si la reclamación es aceptada para su pago, se selecciona la etapa “cálculo de lo cubierto”, donde se verifica que el monto total de los gastos presentados y monto a pagar sean iguales a las referidas en el dictamen médico-administrativo o autorización de pago directo.

Una vez que se validan los montos, el analista de pagos, pasa el folio a etapa “desglose de cheque” (Desg. Cheq.), en la cual verifica el importe a pagar, nombre del beneficiario del pago, e ingresa observaciones (del finiquito) e imprime desglose de pago. (*Ver diagrama: Analista de Pagos*). Si el asegurado presenta la información completa se procede con el pago.

El beneficiario que emite el sistema SIGAME por default, es al titular de la póliza. En caso de que este no sea el asegurado afectado, existe la opción de cambiar el nombre, previa solicitud del contratante o titular. En cuyo caso, deberá el coordinador administrativo o coordinador médico, de acuerdo a su perfil

Resultados

de supervisor, modificar el dato. Después de cambiar el beneficiario, el coordinador reasigna el folio al analista de caja en la etapa “desglose de cheque”; quién continuará el trámite hasta llevarlo a la etapa “autoriza”. (Ver diagrama: *Analista de Caja*).

Si las reclamaciones son mayores a 50,000 pesos es necesario el Vo.Bo. de acuerdo con la política de niveles de autorización, de acuerdo con la tabla de nivel jerárquico y monto (Ver anexo 7).

En automático el sistema SIGAME deja el folio en la etapa “cheque programado” (Cheq. Prog.), en esta se programa el pago.

El analista de caja separa la documentación a devolver y se la hace llegar al coordinador administrativo quién envía la documentación original de la reclamación a la recepción finiquito.

Si el pago fue procedente, la gerencia de administración de siniestros en efectúa la derivación bancaria para los pagos.

Para la integración del pago, el analista de caja valida la emisión de cheques y transferencias electrónicas (TE) u orden de pago (ODP) (Ver hoja: *Observaciones* 2).

El reporte de la derivación diaria se imprime del sistema SIGAME y en caso de que la emisión del cheque sea errónea, el personal de recepción o jefe administrativo de siniestros, solicita la reexpedición del mismo a la coordinación administrativa de esta área (siniestros), quien realiza el descargo en el sistema SIGAME y regresa el folio a la etapa de “dictamen” para su corrección, siguiendo nuevamente el proceso de pago. Si por algún motivo se rechazó la TE u ODP por el sistema pagador SICFE,* el área de tesorería notifica al coordinador de pagos el motivo vía correo electrónico, quien procede a la corrección necesaria, solicitando un segundo intento de la TE u ODP.

En caso de que se rechace nuevamente la TE u ODP, el coordinador de pagos solicita la emisión del cheque para este pago siguiendo el mismo procedimiento de pago por cheque.

* SICFE: Es una aplicación que consta de un sistema de registro de los eventos financieros contables con base en la captura de documentos de negocio que desencadenan en registros presupuestarios y contables, así como la modificación de las provisiones de tesorería.

Si la TE, ODP y emisión de cheque son correctas, la persona autorizada del área administrativa de siniestros o gerencia de siniestros foránea, ejecuta la opción de integración de los números de cheques al sistema SIGAME, esta integración consiste en la obtención de los números de cheque del sistema SICFE de acuerdo a la derivación diaria para integrarlos al folio correspondiente en el sistema SIGAME.

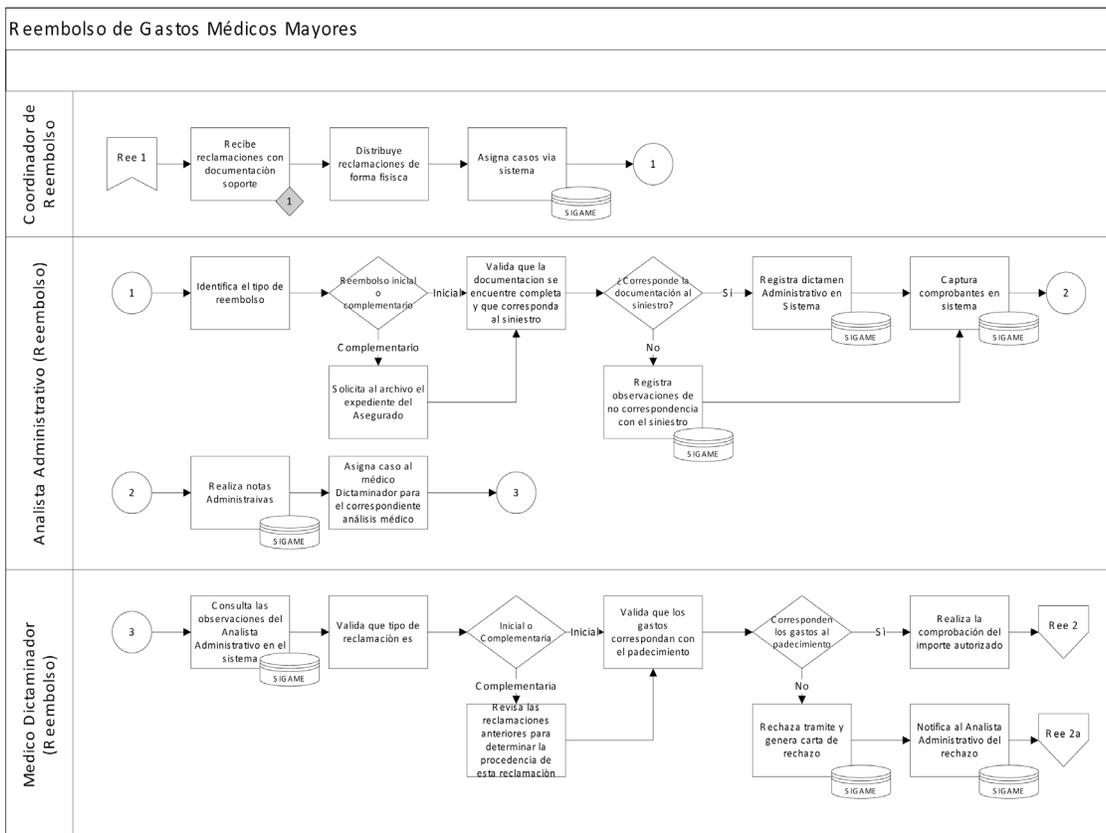
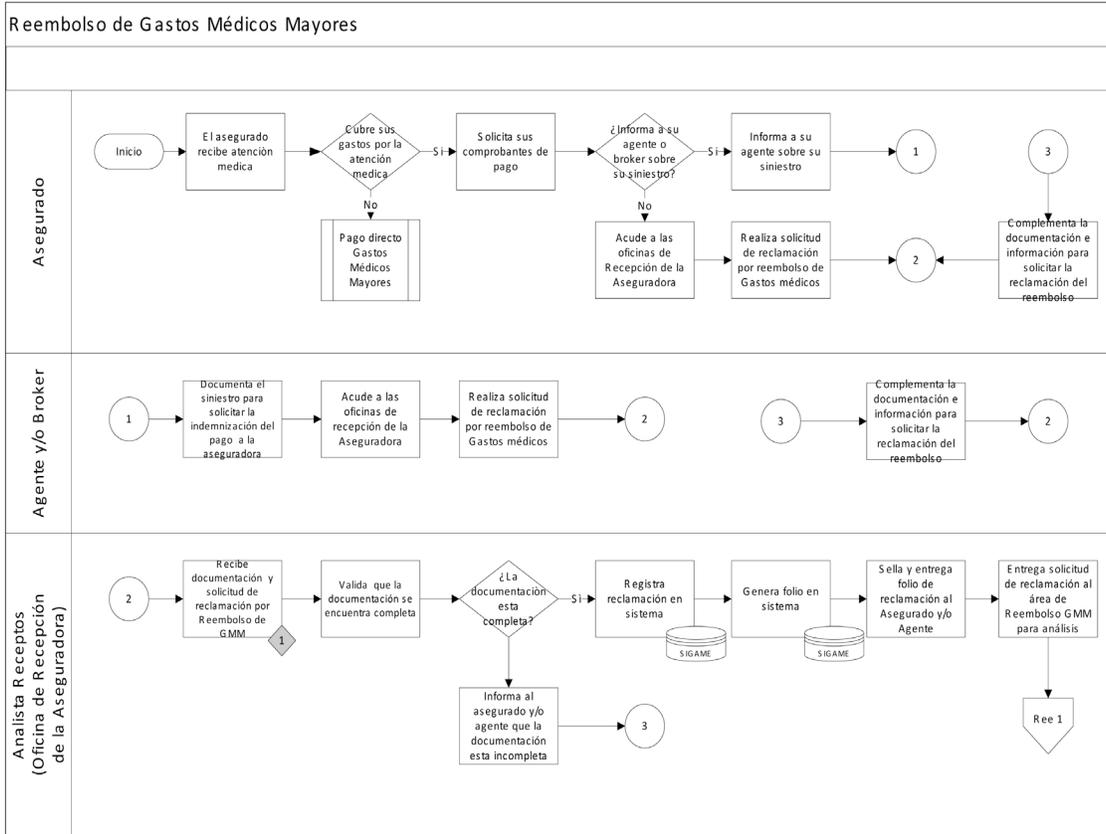
El analista receptor, es la persona autorizada del área administrativa de siniestros o gerencia de siniestros foránea, de imprimir los finiquitos, mismos que adjunta a los cheques originales y a la documentación a devolver y los entrega al área de recepción o módulo integral. (*Ver diagrama: Analista Receptor*).

En el caso de las TE u ODP, la integración se realiza al día siguiente, siguiendo el mismo procedimiento que la integración de cheques, sólo que en este caso se identifica el número de operación bancaria en lugar del número de cheque.

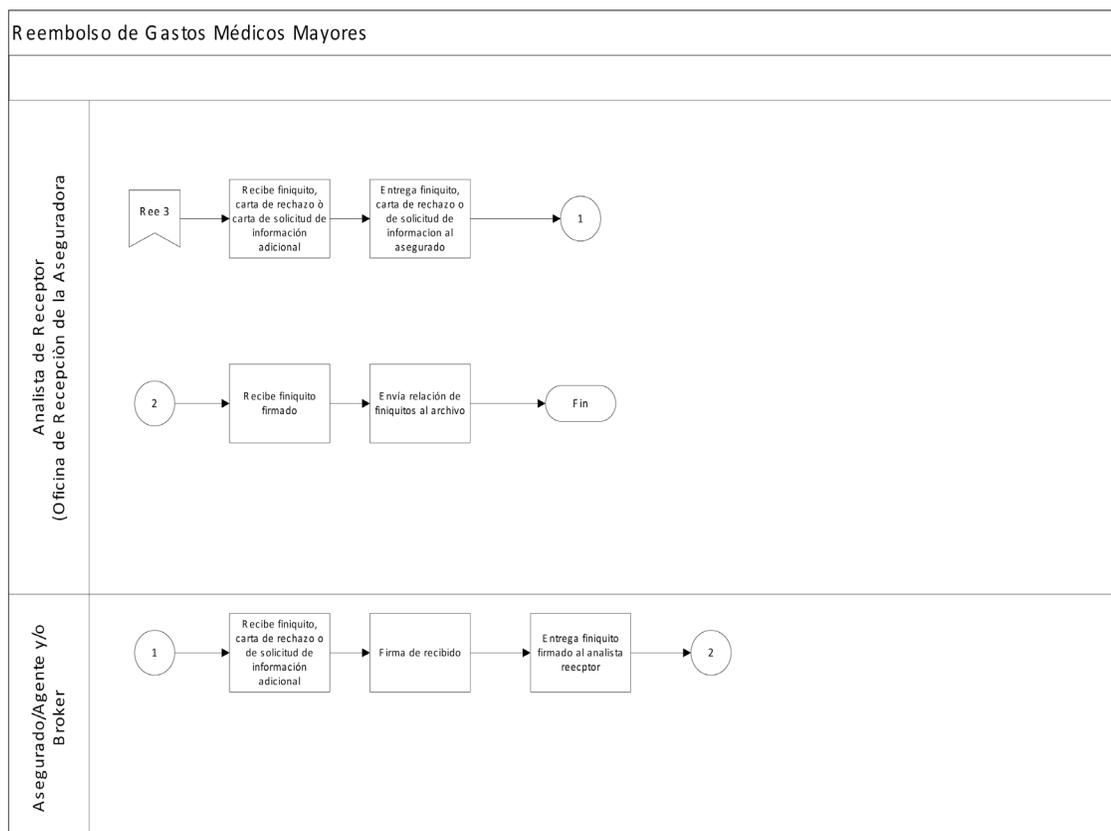
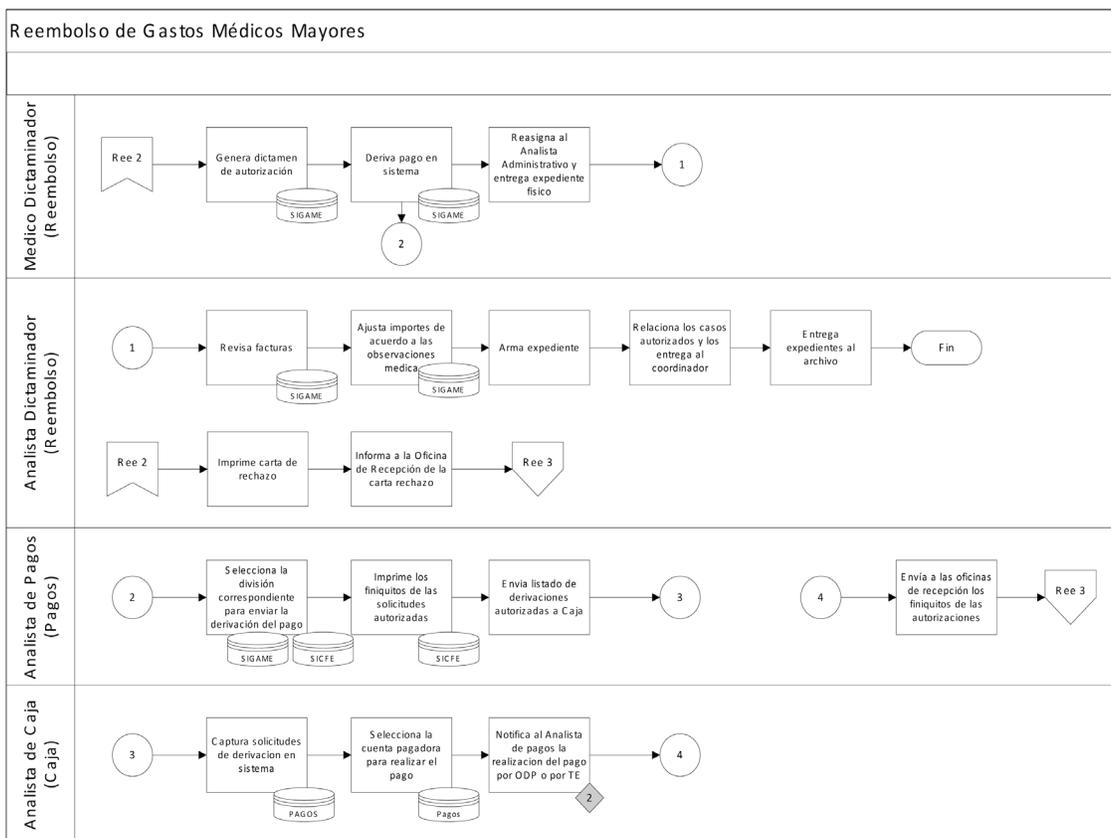
Una vez realizado y confirmado el pago, ya sea TE u ODP, se notifica mediante correo electrónico al beneficiario, enviándose de manera automática desde SICFE, el finiquito de la reclamación con el desglose de los gastos y pagos efectuados, así como importe de los copagos aplicados.

Independientemente de esta función, los finiquitos son impresos, ya que deben ser entregados al asegurado, agente o bróker cuando éste acude a recoger los estudios y documentos que respaldaron su reclamación, es allí cuando se entrega el finiquito, solicitándose acuse de recibido.

Resultados



Resultados



Resultados

Reembolso Gastos Médicos Mayores	
Observaciones	
1	La documentación para solicitar reclamación de Reembolso por un siniestro de GMM es la siguiente: A) Solicitud de Reembolso (Inicial o Complementaria) debidamente requisitada B) Informe medico o aviso de enfermedad (Reembolso inicial y actualización cada 6 meses) C) Comprobantes originales de los gastos medicos (Hospital, farmacia, etc.) D) Resultado o interpretaciones de los gabinetes y/o estudios de laboratorio
2	ODP = Orden de Pago TE = Transferencia Electronica

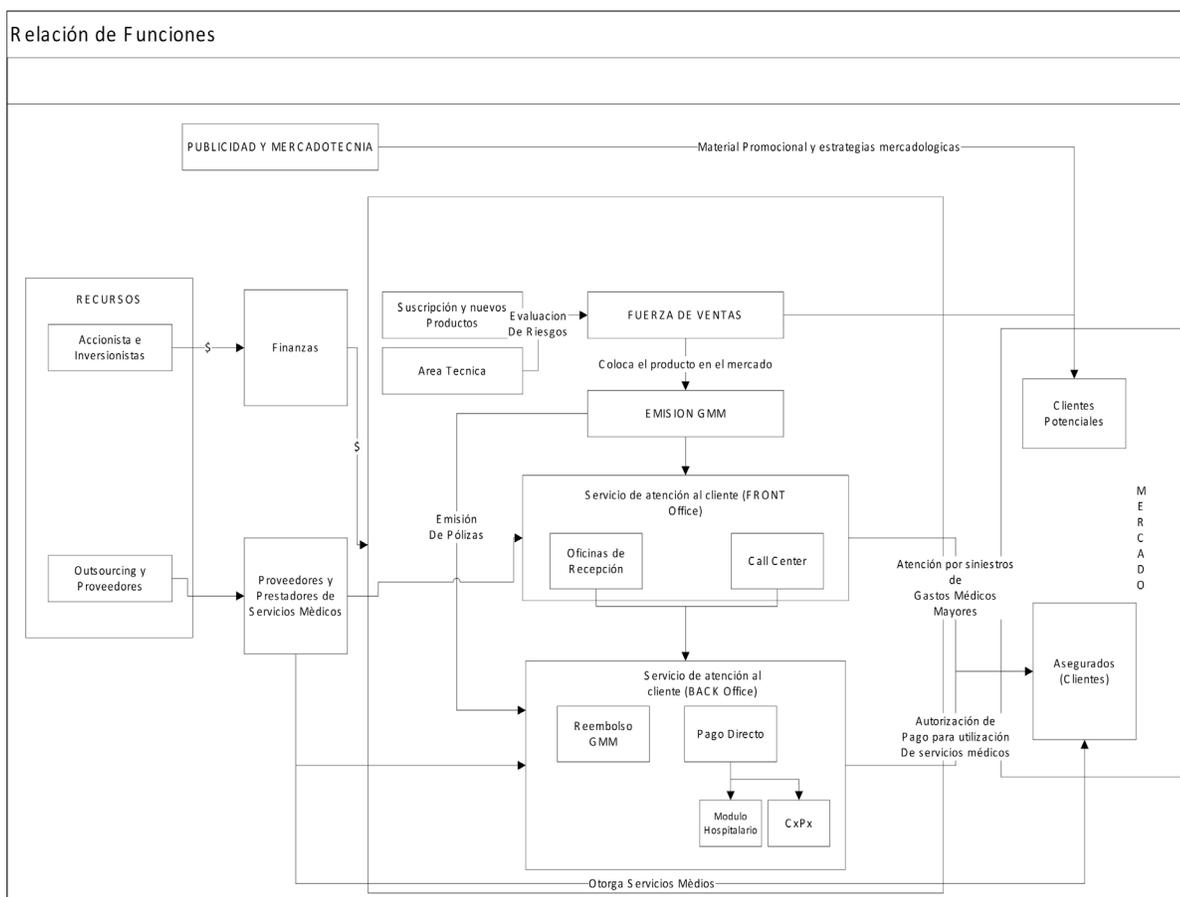
De esta manera, el “estudio de sombra” permitió obtener el nivel de detalle necesario para la construcción grafica para analizar cada una de las actividades y etapas de las áreas de servicio (subprocesos), involucradas en el pago de las enfermedades catalogadas como catastróficas. Este conocimiento permitió visualizar el diseño de la institución (áreas y departamentos) que intervienen para que se cumpla la promesa de servicio y pago al cliente.

Lo anterior permitió identificar dentro del propio proceso:

- La unidad de la organización.
- Principales productos y dónde van
- Los insumos clave que se convierten en productos y de dónde vienen,
- Identificar las unidades funcionales principales (divisiones, departamentos) dentro de la organización.
- Insumos clave y los productos circulando entre funciones.

Resultados

La recolección de esta información fue permitió la construcción del mapa de relaciones de funciones, que se muestra a continuación:



Resultados

Posteriormente, a partir del análisis de la información recabada, se presenta de manera esquemática el mapa (supersistema) que muestra como interactúa la organización como sistema con el mundo exterior:

Resultados

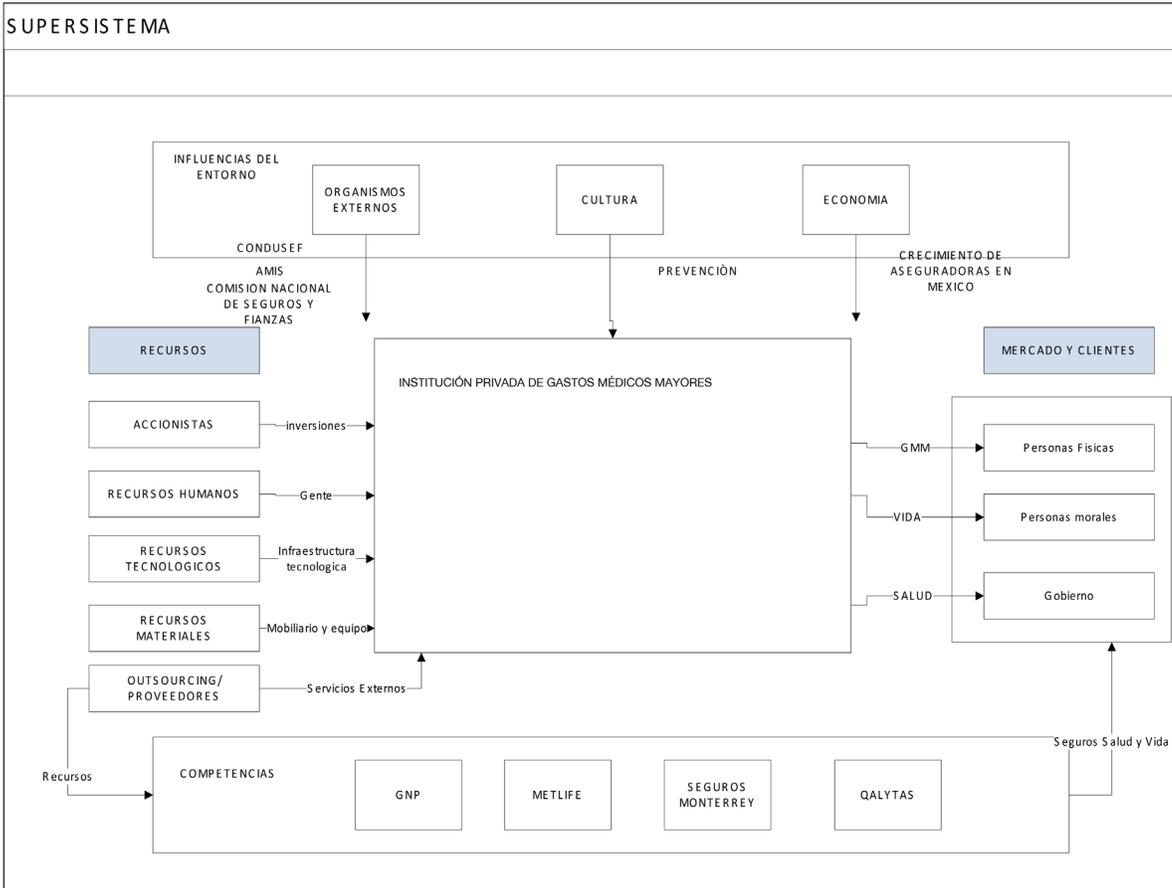
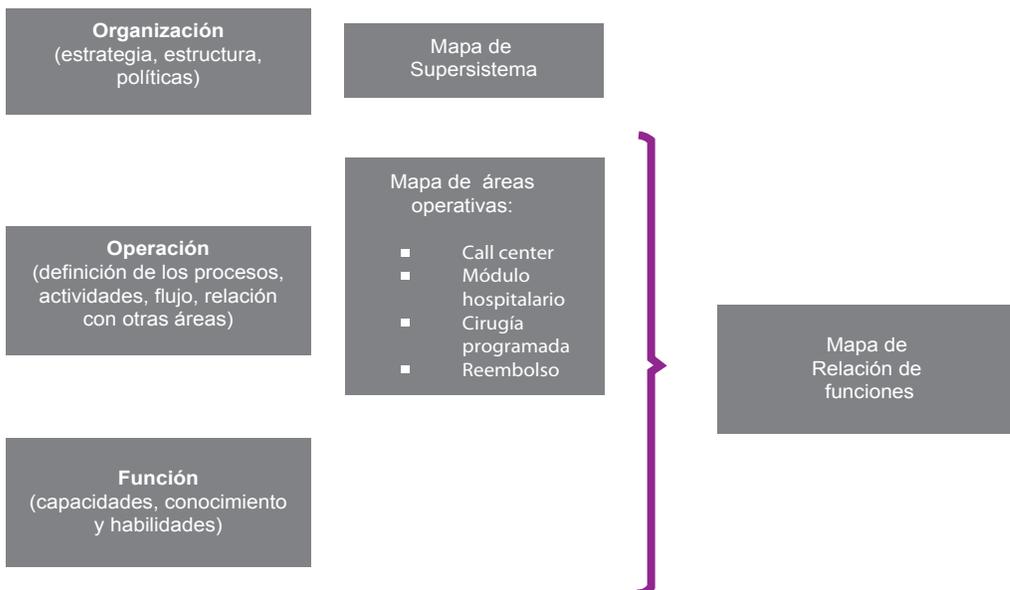


Figura 2. Análisis tridimensional del proceso de pago por la atención de las enfermedades catastróficas.



Resultados

■ 7.2. Identificación de las deficiencias operativas que obstaculizan el proceso de pago de la atención de enfermedades catastróficas

En la tabla 2 se muestran los resultados del ejercicio de análisis del proceso de pago por la atención de enfermedades catastróficas, y las deficiencias que podrían incidir en un desempeño desfavorable. Se puede observar que dentro de las modalidades de reclamación del pago por concepto de gastos relacionados con la atención de las enfermedades catastróficas, el pago directo ejemplifica el mejor cumplimiento de los criterios evaluados. En tanto que, el módulo hospitalario se sitúa por arriba de las demás áreas operativas evaluadas.

En el caso de reembolso se observa que su cumplimiento no supera al pago directo e incluso se ubica por debajo de cualquiera de las áreas operativas involucradas en ésta última modalidad de pago.

Para las áreas operativas de *call center* y cirugía programada, se observa un cumplimiento en general regular. Sin embargo, la segunda (cirugía programada) presenta diferencias importantes en relación con un mayor cumplimiento de los criterios organizacionales que involucran aspectos de control interno (políticas, normatividad, reglas de operación y orden jerárquico). En tanto que, el *call center* muestra mejor cumplimiento y desarrollo de las mejores prácticas.

En el caso del módulo hospitalario, se observa el mejor cumplimiento a nivel funcional. Lo cual habla de mayor capacitación con respecto a las habilidades, capacidades y conocimiento de sus usuarios y responsables.

Resultados

En comparación con las tres áreas que brindan servicio de pago directo, el módulo hospitalario, cuenta con el mayor cumplimiento a nivel funcional, sin embargo esto no sucede a nivel operativo, donde se observa que tiene la evaluación más baja.

A nivel operativo, el cumplimiento de las cuatro áreas operativas evaluadas es regular, lo cual indica que de manera general y por área operativa, se deben establecer estrategias de mejora en este nivel.

Respecto al reembolso, el criterio mejor evaluado es el cumplimiento de la normatividad, fuera de ello, la ejecución en general, osciló entre regular y satisfactoria, siendo la comunicación y el conocimiento de otras áreas operativas dentro del nivel operativo, su menor calificación y por tanto, el nivel en el cual se deben implementar estrategias de mejora.

Resultados

Por último, del total de los criterios evaluados en cada una de las áreas operativas o subprocesos, se observó que el cumplimiento más bajo se encuentra a nivel operativo, siendo el conocimiento operativo de otras áreas el peor calificado, le sigue la satisfacción de cliente, la continuidad y fluidez de las actividades y la comunicación. Por el contrario, el criterio mejor evaluado en las cuatro áreas operativas fue el cumplimiento de la normatividad.

De manera indirecta durante el desarrollo del estudio se evidenció falta de métricas en la atención así como la necesidad de formalizar su normatividad.

Tabla 3. Evaluación de las áreas (subprocesos) involucradas en el pago por la atención de las enfermedades catastróficas en una institución privada de seguros de gastos médicos.

Niveles	Pago Directo			Reembolso
	Call Center	Modulo Hospitalario	Clínica Programada	Reembolso
Organización				
Estrategia				
Cumplimiento de la normatividad	****	****	****	****
Cumplimiento de la reglas de operación	***	***	****	***
Estructura				
Cumplimiento de niveles jerárquicos	***	***	****	***
Políticas				
Cumplimiento de tiempos respuesta	****	***	****	**
Satisfacción del cliente	**	****	***	**
Operación				
Definición				
Cumplimiento de actividades según el puesto	***	***	***	***
Flujos				
Continuidad y fluidez en las actividades	***	***	***	**
Relación con otras áreas				
Comunicación	***	***	**	***
Conocimiento operativo de otras áreas	**	***	**	**
Funcional				
Habilidades				
Dominio las funciones puesto	***	****	***	***
Capacidades				
Desarrollo de mejores prácticas	****	****	**	**
Conocimiento				
Comprensión de los alcances en el desarrollo del proceso	***	****	***	**

Resultados

■ 7.3. Estrategias de mejora

El análisis del proceso de pago por la atención de enfermedades catastróficas, ampliamente descrito en párrafos anteriores, permitió observar elementos importantes que inciden negativamente en su adecuado desempeño. Para corregir dichas limitaciones, se presenta a continuación una propuesta de estrategia integral, enfocada a promover y privilegiar el pago directo de las enfermedades catalogadas como catastróficas. Con base en el entendimiento del proceso de pago y el conocimiento del comportamiento, complejidad de la atención, oportunidad para la comisión de fraude e impacto financiero.

En este sentido se observó que el hospital resulta ser el escenario de mayor impacto financiero, de atención y servicio para los asegurados que reclaman gastos por la atención de alguna de estas enfermedades, tomando como base lo anterior, la estrategia se diseñó para incidir en el pago derivado de la atención otorgada durante la hospitalización y fuera de ella (seguimiento ambulatorio), a través de:

La atención, gestión y control de las enfermedades catalogadas como catastróficas “caso a caso” dentro del hospital.

El propósito es integrar una opción de servicio al asegurado que permita gestionar a través del pago directo, los gastos médicos resultantes del tratamiento de enfermedades catastróficas, durante su hospitalización; mediante el análisis y atención personalizada, con el fin de potenciar beneficios de ahorro y líneas de negociación, implementar herramientas de control y mejorar la calidad en la atención y servicio al cliente. En tal sentido, la estrategia está dirigida para:

- Que el personal del módulo hospitalario, se enfoque a la atención de las enfermedades catastróficas, con la finalidad de atender y adquirir especialización en el manejo de ellas.
- Detectar de manera oportuna ingresos o programación de atenciones hospitalarias relacionadas con las enfermedades catastróficas, con la finalidad de ofrecer atención personalizada, según el grupo al que pertenezca la enfermedad reclamada (onco-hematológico, cardiovasculares, columna, crónico degenerativos, autoinmunes, etc.).
- Ofrecer alternativas de gestión, a través opciones terapéuticas en servi-

cios ambulatorios o con proveedores preferentes, sin interferir en el plan de tratamiento o pronósticos de recuperación establecido(s) por el (los) médico(os) tratante(es), y procurando garantizar la calidad de la atención.

- Establecer una mejor comunicación y relación con el asegurado y su médico tratante. Con lo que se pretende promover la oferta de oportunidades para la gestión y contención de costos, encaminadas a administrar y efficientizar las sumas aseguradas y beneficios para el asegurado.
- Que el personal obtenga la experiencia operativa para generar los datos estadísticos necesarios para una mejor proyección, control y toma de decisiones.
- Detectar y concentrar proveedores con estándares de calidad, eficiencia y costos competitivos, lo cual otorgará la posibilidad de ampliar y actualizar una red de prestadores de privilegio accesible y dispuesto a entablar nuevas líneas de negociación.
- Vigilar y promover el uso racional y efectivo de los recursos, por medio una supervisión estrecha durante la hospitalización
- Mayor control de los gastos y detección de malas prácticas clínicas y de posibles fraudes (sobre-tratamiento, robo de medicamentos, simulación de tratamientos, gastos y tratamientos no cubiertos, etc.)
- La revisión periódica de costos, montos promedio, atenciones, etc.
- Implementar acciones dirigidas mejorar la oferta de los proveedores hospitalarios: convenios, listas de precios y descuentos.
- Direccionar de forma efectiva los recursos y promover la competitividad.
- Transparentar y mejorar el control de la administración y pago, por medio de un expediente físico clínico y administrativo, que integre de forma tangible las estrategias de contención de costos, negociaciones y beneficios de gestión.

Atención, gestión y control de la enfermedades catalogadas como catastróficas fuera del hospital.

Esta segunda modalidad complementa integralmente a la primera, esta dirigida a integrar una opción de servicio al asegurado que permita gestionar el pago directo de gastos médicos resultantes del tratamiento de control y seguimiento de las enfermedades catastróficas, mediante el análisis y atención individualizada por tipo o grupos de enfermedad, con el fin de potenciar beneficios de ahorro, líneas de negociación y mejorar la percepción de la calidad en la atención y servicio al cliente.

La atención de estas unidades operaría mediante la comunicación documental, telefónica, electrónica y digital, entre el asegurado, el médico tratante y el personal responsable de seguimiento.

Básicamente las estrategias y oportunidades para la gestión y contención de costos está dirigida para:

- Establecer un protocolo de bienvenida que permita entablar un contacto efectivo y oportuno con el asegurado y su médico tratante, con el fin de ofrecer la gestión y seguimiento complementario de la atención médica.
- Dirigir la asistencia médica de los cuatro principales grupos de enfermedades catastróficas, para contrarrestar el impacto financiero, mediante direccionamiento a proveedores preferentes que cumplen con estándares de calidad y eficiencia elevados: instituciones públicas, y privadas, especializadas en la atención de cada una de las etapas o fases de tratamiento.
- Cambiar en el enfoque actual de la gestión de los siniestros catastróficos, para posicionar y privilegiar la gestión como una opción integral de atención que permite estrechar la comunicación y control con el asegurado y los proveedores de servicios.
- Integrar un equipo o personal multidisciplinario, sensibilizado en la atención de este tipo de enfermedades que brinde atención integral extra hospitalaria.
- Incorporar al proceso de dictamen médico el apoyo de las Guías y protocolos de práctica clínica, con la finalidad de monitorizar el desempeño clínico de los médicos tratantes.

Resultados

El acompañamiento personalizado de atención dentro y fuera de hospital, permite mejorar no solo el proceso de pago a través de una mayor supervisión de los proveedores hospitalarios, médicos y farmacéuticos. Evita el sobre consumo de medicamentos por parte del asegurado, la aplicación de sobretratamientos.

Da oportunidad a la aseguradora integrarse al equipo médico en la toma de decisiones, con la finalidad de administrar mejor los beneficios, coberturas y suma asegurada de sus clientes.

La supervisión estrecha que implica este tipo de atención personalizado permite vigilar y detectar directamente la comisión de fraudes y abusos en el ámbito legal y médico.

Privilegiar el pago directo, reduce en consecuencia el número de trámites que el asegurado o beneficiario reclama por reembolso, y por lo tanto la oportunidad y riesgo de fraude que se observa en las reclamaciones presentadas a través de esta modalidad de pago.

La atención personalizada permite reducir el tiempo de respuesta de la aseguradora, el número de formatos y papelería requisitada lo cual brinda una mejor experiencia de servicio para el cliente.

En consecuencia se logrará vigilar y contener el gasto derivado del pago de las enfermedades catastróficas, privilegiar uso efectivo de los recursos médicos, posicionar el pago directo como una ancla de negociación para la creación de redes médicas sólidas de prestigio por su alta calidad, prudencia en el uso de los recursos y precios competitivos.

Resultados

Recursos necesarios para la implementación:

- Se requiere de la misma infraestructura con la cual actualmente se atienden y pagan por pago directo, todos los siniestros en general.
- Se requiere de la creación de un catálogo completo y actualizado de las enfermedades catastróficas, que contemple la siniestralidad, número de reclamaciones y monto pagado.
- Indicadores para la identificación y detección oportuna de las enfermedades catalogadas como catastróficas (iniciales y complementarias).

- Capacitación y actualización especializada del personal medico sobre guías de practica clínica, Normas Oficiales Mexicanas, protocolos de estudio y tratamiento, clasificaciones diagnósticas nacionales e internacionales
- Capacitación especializada para el personal administrativo sobre el manejo de pacientes terminales, en situaciones clínicas graves y manejo de crisis.
- Segmentación operativa de los casos que se encuentren dentro del catalogo de enfermedades catastróficas para la atención y manejo especializado.
- Capacitar a la operación responsable de la atención y seguimiento, sobre estrategias de contención de costos y creación de nuevos convenios.
- Revisar y reforzar la normatividad relacionada a la revisión, detección y denuncia de practicas de fraude
- Creación de indicadores específicos de atención, gestión y pago vinculados a las estrategias de contención de costos.

Lo anterior permitirá agilizar y mejorar el proceso de pago por la atención de la enfermedades catalogadas como catastróficas.

8. Discusión

El análisis del proceso por sí solo no resuelve las deficiencias y problemática encontradas en el manejo y atención de las reclamaciones de los asegurados que presentan una enfermedad o siniestro catastrófico cubierto por su póliza de gastos médicos mayores.

Se trata de una estrategia originada del conocimiento del proceso de pago existente, lo cual permite tener una visión objetiva de las necesidades y bondades del propio proceso.

La estrategia planteada funciona sobre la infraestructura ya existente, por lo que su implementación, una vez realizada la capacitación respectiva, puede ser inmediata.

Privilegia y fomenta el pago directo como palanca estratégica de negociación. En reembolso su impacto se debe reflejar en la disminución de número y monto promedio de las reclamaciones relacionadas al pago de enfermedades catastróficas.

La estrategia propuesta carece de aplicación y alcances en regiones alejadas a las zonas urbanizadas donde se encuentran concentrados el mayor número de proveedores de servicios de salud especializados en convenio con la aseguradora.

A nivel operativo se trata de una estrategia que puede ayudar a establecer el marco normativo para la detección y denuncia de prácticas de fraude o abuso por parte de los proveedores de servicios.

No se cuenta con la presencia y garantía de atención a través de proveedores en convenio a todos los niveles de atención y de especialidad médica.

Por su naturaleza, la estrategia carece de alcances preventivos y de promoción para la salud.

Se trata de una estrategia a nivel institucional que no contempla el intercambio de información con otras aseguradoras.

Contiene un potencial importante de negociación para el pago directo con instituciones públicas especializadas en el manejo eficiente de los recursos y atención médica.

En México, en el sector asegurador, existe una tendencia de oferta por parte de las instituciones de servicios de salud públicas y privadas, dirigida a “empaque-

tar” la atención y tratamiento de la gran mayoría de las enfermedades catastróficas, sin embargo, esta estrategia a probado ser limitativa y poco aceptada por lo médicos tratantes, ya que argumentan no poder asumir el riesgo y responsabilidad de la atención ante el paciente y sus familiares, y tienden a responsabilizar a la compañía aseguradora de las consecuencias derivadas de no contar o agotar los recursos disponibles necesarios para brindar una atención adecuada ante alguna contingencia o situación excepcional.

En América latina, existen contadas publicaciones del sector asegurador enfocadas a compartir estrategias relacionadas con el pago derivado de la atención de las enfermedades catastróficas. La mayor parte de la literatura de consulta está dirigida, a la administración y calculo de riesgos, por lo que este estudio contribuye a promover no sólo el conocimiento si no la colaboración e intercambio de experiencias y mejores prácticas.

9. Conclusiones

Dentro de las conclusiones del presente ejercicio, destaca la visualización que por vez primera se hace en México, de las consecuencias de carecer de mecanismos de gestión que permitan controlar el proceso de pago por concepto de la atención de las enfermedades catastróficas en una institución privada de seguros de gastos médicos. A pesar de la reconocida utilidad del análisis de procesos como herramienta de administración y mejora de la calidad en la atención, ya que permite conocer en el detalle necesario a la organización, sus procesos y elementos relacionados en la prestación de un servicio, su uso en el área de los seguros en México, es escaso.⁴⁶

De igual forma, con el presente trabajo, se ha puesto en evidencia la relevancia y utilidad en el sector asegurador de producir datos y documentos que permitan analizar procesos críticos de gran impacto financiero y de servicio, como es el pago por concepto de la atención de las enfermedades catastróficas. Estos análisis, contribuirán a la implementación de iniciativas de gestión y contención de costos, enfocadas, sobre todo, a detectar y combatir prácticas de fraude.

A nivel operativo la implementación y cumplimiento de garantías de servicio como: el tiempo respuesta y fecha de pago, produce deficiencias en los estándares y detalle de la revisión de la documentación, lo cual incrementa la probabilidad de fraudes.

Se observó que en el proceso de pago, en general se realiza en cumplimiento de los criterios organizacionales que involucran aspectos de control interno (políticas, normatividad, reglas de operación y orden jerárquico).

En relación al cumplimiento de los niveles de autorización por monto de pago establecidos para cada subproceso, se observó que se trata de una tema ligado a los perfiles de acceso autorizado de los usuarios en los diferentes sistemas de dictamen (control de llamadas) y pago (SIGAME).

Cada uno de los subprocesos involucrados en el pago se desarrolla de manera fluida, sin embargo, el desconocimiento por parte de la operación del manejo integral de las reclamaciones, limita el potencial de apoyo y orientación al cliente.

Los procesos “estándar” no contemplan la atención especializada, dirigida a asegurados o clientes que reclamen gastos relacionados a la atención de alguna enfermedad catastrófica, con la finalidad aminorar el impacto financiero derivado de la atención compleja de este tipo de enfermedades.

El análisis permitió observar la existencia de diferencias entre las dos modalidades de pago que dispone y ofrece la aseguradora. Estas diferencias fueron más evidentes a nivel operativo, principalmente en el manejo y análisis de la información proporcionada por el médico tratante, ya que no se aprovecha en el direccionamiento y consolidación de nuevos convenios y oportunidades de negocio.

Mostró que el personal desconoce muchos detalles que impiden que pueda orientar y atender de manera integral al asegurado en cualquier tipo de trámites o servicios no relacionados con el pago de su reclamación.

Parte de las diferencias existentes observadas en las reclamaciones de gastos por la atención de enfermedades catastróficas, radica en la preferencia de los asegurados en acudir y atenderse en hospitales de tercer nivel o alta especialidad, donde el costo se incrementa de manera considerable.

En el caso particular del área operativa de reembolso, el proceso es muy segmentado, lo cual implica que la continuidad del trámite de pago sea poco fluida, y en este caso particular, fue más que evidente que el personal operativo desconoce la operación de otras áreas, aun y cuando este proceso, es el que se relaciona con el mayor número de áreas de servicio.

En el caso de reembolso, por ejemplo, se observó que los asegurados limitan sus reclamaciones a gastos pequeños relacionados en su mayoría con la compra de medicamentos, estudios y consultas de seguimiento. No así, en el caso de pago directo, donde se observa que el monto promedio por reclamación es de \$89,030 a diferencia de reembolso que es de \$13,083*.

De tal manera que el asegurado busca servicios de atención que no le permitan desembolsar grandes cantidades de dinero, con un tiempo de respuesta menor, ya que no existen diferencias entre la aplicación de la normatividad y el cumplimiento de las reglas de operación, que modifiquen la respuesta al asegurado en ese sentido.

** De acuerdo al comportamiento de la siniestralidad del 2007 al 2010, número de reclamaciones y monto pagado. Fuente: SIGAME. Siniestros ocurridos (Pago Directo y Reembolso).*

Conclusiones

A nivel funcional, en lo que respecta a las habilidades, capacidades y conocimiento de las áreas de servicio, sobresale el personal que brinda atención y tiene contacto directo con el asegurado, lo cual indica que, derivada de esta cualidad, el personal desarrolla y comprende habilidades que le permiten un mayor dominio del puesto y desempeño de sus funciones.

En comparación con las tres áreas que brindan servicio de pago directo, el modulo hospitalario, cuenta con el mayor cumplimiento a nivel funcional, sin embargo esto no sucede a nivel operativo, donde se observa que tiene la evaluación mas baja.

La implementación de una estrategia integral basada en el análisis del proceso de pago, permitirá mejorar el proceso de pago adaptando la infraestructura al conocimiento especializado de cada uno de los principales grupo de enfermedades catalogadas como catastróficas, con el fin de privilegiar y fomentar el pago directo como una modalidad de atención y pago que permite mayor supervisión y control de los proveedores, con el fin de prevenir y detectar prácticas de fraude por parte del asegurado o clientes internos y externos.

También contribuirá a apalancar a través de la atención personalizada y especializada, gestiones con los proveedores médicos y hospitalarios, que permitan obtener mejores costos y otorgar un pago justo a los asegurados. Pero sobre todo, permitirá incrementar la competitividad entre los proveedores médicos, para direccionar volumen y entablar nuevas y mejores relaciones de negocio a partir de la concentración de volumen por grupos de enfermedades.

Las estrategias ayudarán a integrar una opción de servicio al asegurado que permita gestionar por pago directo los gastos médicos resultantes del tratamiento de control y seguimiento de las enfermedades catalogadas como catastróficas mediante el análisis y atención individualizada por tipo o grupos de enfermedad, con el fin de potenciar beneficios de ahorro, líneas de negociación y mejorar la percepción de la calidad en la atención y servicio al cliente.

El gran reto consiste en diseñar e implementar estrategias y modelos integrales de atención que permitan la gestión de las enfermedades catastróficas con base en el conocimiento de los procesos, mercado, ambiente y competencias, sin demeritar la calidad de los tratamientos.

Conclusiones

Dirigir y elevar la competitividad del sector en beneficio no solo de las ventas y utilidad, sino del Sector Salud, a través de alternativas de servicio que busquen y permitan el adecuado manejo de los recursos y un pago justo.

Por lo anterior, analizar el proceso de pago que realiza una institución privada de seguros de gastos médicos mayores por la atención de enfermedades catastróficas, ayuda a identificar mecanismos y áreas de oportunidad orientados a implementar estrategias de mejor gestión, que contribuyan a reducir el impacto del costo atribuible tanto a la propia atención de dichas enfermedades, como al pago indebido, producto de fraudes.

Bibliografía

- ¹ Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030. [Consultado el 30 de abril de 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=125&Itemid=193.
- ² Villagómez-Ornelas P. Evolución de la situación demográfica nacional a 35 años de la Ley General de Población de 1974. En: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México 2009. México, D.F.: CONAPO, 2009:14.
- ³ Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl. 2:s222.
- ⁴ Ibid., p.s225.
- ⁵ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Los seguros de gastos médicos mayores sí cumplen, Junio 2011. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ⁶ Institución Privada de Seguros de Gastos Médicos. Unidad de procesos y estadística: Cuentas contables y revelaciones, análisis comparativo 2008-2010. México, Diciembre 2010.
- ⁷ Sánchez O. La institución del seguro en México. México: Editorial Porrúa, 2000; 1-5.
- ⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4to. [consultado 2012 marzo 18]. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s=>
- ⁹ Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- ¹⁰ Olaiz-Fernández G, Lezana-Fernández MA, Fernández-Cantón SB, Wong-Luna R, Sepúlveda-Amor J. La medicina privada en México: resultados del Censo Nacional de Unidades Hospitalarias Privadas. Salud Pública Mex 1995; 37: 13.
- ¹¹ Sánchez OG, La institución de seguro en México. México. Editorial Porrúa, 2000: 3.
- ¹² Institución Privada de Seguros Gastos Médicos. Condiciones generales Gastos Médicos Mayores, Plan individual Plus. México, Marzo 2010.
- ¹³ Duran L, Aldaz V, Hernández L de C, García L. Los seguros médicos privados en México: Su contribución al sistema de salud. En: Seminario sobre medicina y salud, UNAM; 2010 mzo p.1. UNAM, México.

- ¹⁴ Olaiz-Fernández G. Op. cit., p.13.
- ¹⁵ Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006:39.
- ¹⁶ Ibid., p. 39.
- ¹⁷ Olaiz-Fernández G, Lezana-Fernández MA, Fernández-Cantón SB, Wong-Luna R, Sepúlveda-Amor J. La medicina privada en México: resultados del Censo Nacional de Unidades Hospitalarias Privadas. Salud Pública Mex 1995; 37:12-18.
- ¹⁸ Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl. 2:s226.
- ¹⁹ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Más de 800 familias al año cubren gastos superiores a un millón de pesos por accidente o enfermedad, Agosto 2009. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²⁰ Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl. 2:s226.
- ²¹ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Más de 800 familias al año cubren gastos superiores a un millón de pesos por accidente o enfermedad, Agosto 2009. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²² Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Más de 800 familias al año cubren gastos superiores a un millón de pesos por accidente o enfermedad, Agosto 2009. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²³ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Los seguros de gastos médicos sí cumplen. Análisis sobre los siniestros catastróficos, 2010, Junio 2011. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²⁴ Ibid., p.2.
- ²⁵ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Accidentes y Enfermedades, estadística anual 2009. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²⁶ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Más de 800 familias al año cubren gastos superiores a un millón de pesos por accidente o enfermedad, Agosto 2009. México. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?idRamo=4>
- ²⁷ Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Brynson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. Las evidencias al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en Méxi-

Bibliografía

co. Salud Pública Mex 2007; 49 supl 1 s70-s87.

²⁸ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros: Blindaje la seguro; Acciones para proteger a la comunidad asegurada del fraude. Boletín informativo del sector asegurador, Marzo 2012. México. Disponible en: <http://www.dseguro.com/?p=1928>

²⁹ Centro pericial INFOMYLSA: El problema del fraude en las compañías de seguros. Boletín informativo, Febrero 2008. España. Disponible en: http://www.infomylsa.com/www_infomylsa/fraudes.htm

³⁰ Norma Internacional ISO-9000. Traducción Certificada. Vocabulario (ISO 9000:2005)

³¹ Otero, H. Análisis de procesos [En internet]. México [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en <http://torouno.files.wordpress.com/2008/01/analisis-de-procesos.pdf>.

³² Wyszewianski, L. Families with Catastrophic Health Care Expenditures. HSR: Health Services Research 1986; 21:618-619.

³³ Knaul, F, et al, Justicia financiera y gasto catastrófico en salud: impacto del Seguro Popular en México. Salud Pública de México, 2005; 47.

³⁴ Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS). Macroeconomía y Salud: Invertir en salud para el desarrollo económico. Puebla: IPD, Universidad de las Américas; 2004 (versión para el diálogo con la sociedad).

³⁵ Nieto-Enciso, L. Análisis del comportamiento de la siniestralidad por enfermedades catastróficas en una empresa promotora de salud-Colombia. Rev. Salud Pública 2005; 7 (3):296.

³⁶ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. [sitio de internet]. México: AMIS, 2010 [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/aye_tipo_seg_01.html

³⁷ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros AMIS. Información informante para el Asegurado Términos. Disponible en: <http://www.amis.org.mx>

³⁸ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: Intervenciones cubiertas por el fondo, [Página en internet] 2009 [Consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: http://www.seguropopular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=89&Itemid=124

³⁹ González E, Barraza M. Secretaria de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos, México: Editorial Fondo de cultura economía, 2006; 77.

⁴⁰ Institución Privada de Seguros de gastos Médicos. Dirección siniestra personas: Manual de operación. México, 2009.

⁴¹ Tartakowsky A. Ajuste de Riesgo y Enfermedades Catastróficas: Un Estudio de Competencia Administrada (tesis), Universidad de Chile, Facultad de ciencias económicas y administrativas. da, 2008; 29.

⁴² Otero, H. Análisis de procesos [En internet]. México [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en <http://torouno.files.wordpress.com/2008/01/analisis-de-procesos.pdf>.

⁴³ Rummler G, Brache A. Improving Performance: How to Manage the White Space on the Organization Chart. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.

⁴⁴ Normalización y Certificación Electrónica A. C. NYCE. [sitio de internet]. México [actualizado 2012; consultado 2012 abril 07]. Disponible en: <http://www.nyce.org.mx/>

⁴⁵ Rummler G, Brache A. Improving Performance: How to Manage the White Space on the Organization Chart. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1990.

⁴⁶ Nigeda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González M. Mezcla público-privadas en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. Innovaciones en salud, FUNSALUD. [En internet]. México [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/16%20MezclaPublicoPrivado.pdf>

Agradecimientos

Agradezco a Nuestro Padre Celestial, por heredarme “(...) un espíritu de poder, de amor y de dominio propio” (2 Timoteo 1:7). Por tener un testimonio, por darme la oportunidad vivir en esta época, tener una familia y concluir esta etapa en mi vida.

A mi mamá, porque gracias a su esfuerzo, apoyo y amor, he logrado una de mis grandes metas lo cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

A mi abuelo, por su ejemplo de trabajo y constancia.

A mi abuela, por su fortaleza, comprensión y por estar siempre al pendiente de mi.

A mi hermano, por su apoyo incondicional y por ser simplemente: “lo mejor que me ha pasado”.

A mis tíos por su cariño y apoyo moral.

Gracias familia, por su amor y por hacerme sentir especial todos los días.

Gracias a Lucia e Ivonne, por su animo y apoyo, me siento muy afortunada por contar con su amistad y comparto este logro con ustedes.

Gracias Dra. Alma González, por su confianza y por darme la oportunidad de combinar mi formación académica y desarrollo profesional.

A mis compañeros y ahora amigos de la maestría por compartir el aula y hacer que este logro tenga un sentido especial de fraternidad.

*Con profundo agradecimiento y amor
Tania*

Glosario

Actividad

Conjunto de tareas necesarias para la obtención de un resultado, que normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión. Se utilizan diferentes símbolos que representan el tipo de actividad que se realiza, apoyan el mapeo y análisis de las actividades del proceso.

Actividad crítica

Actividades que se consideran críticas por el valor que tienen en la percepción y servicio al cliente.

Asegurado

Persona expuesta a cualquier accidente o enfermedad cubierto por la póliza con derecho a los beneficios de la misma.

Cirugía programada

Confirmación que la compañía aseguradora proporciona al asegurado, la cual autoriza el servicio de pago directo previo a la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria o tratamiento médico.

Coaseguro

Cantidad a cargo del asegurado como porcentaje de los gastos cubiertos después de aplicar el deducible. Dicho porcentaje, así como el monto máximo a cargo del asegurado por este concepto, quedan indicados en la carátula de la póliza.

Cobertura del Contrato

- a) Accidente. Los asegurados inscritos en la presente póliza quedarán cubiertos en el caso de accidente cubierto, a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza.
- b) Enfermedad. Si se trata de una enfermedad salvo mención contraria, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días de la fecha de alta del asegurado en la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

Contratante

Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

Convenio

Hospitales y Médicos vinculados con la compañía de seguros por convenio.

Copago

Cantidad fija a cargo del asegurado correspondiente a una parte de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la póliza para los gastos médicos.

Deducible

Cantidad fija que aplica a los primeros gastos a cuenta del asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada accidente o enfermedad cubierta. Una vez que el gasto cubierto ha rebasado este monto comienza la obligación de la compañía aseguradora.

Diagrama de flujo

Es la representación de la secuencia de actividades del proceso. Este diagrama de flujo puede representar un proceso completo o una fase de un proceso, es el primer nivel de información del proceso.

Endoso

Documento que modifica las condiciones del contrato y forma parte de éste.

Entradas

Son elementos tangibles o intangibles que son entregados por un proveedor, introducidos en el proceso y transformados en salidas.

Equipo

Instrumentos y aparatos que utiliza el capital humano para agilizar uno o varios procesos y así transformar los insumos en productos y /o servicios.

Indicador

Instrumento que permite recoger de manera adecuada y representativa la información relevante respecto a la ejecución y los resultados de uno o varios procesos, de forma que se pueda determinar la capacidad y eficacia de los mismos, así como su eficiencia

Insumos

Son los bienes y servicios que se incorporan al proceso, que con el trabajo de los empleados y el apoyo de equipo, son transformados en otros bienes y /o servicios con un valor agregado mayor.

Macro procesos

Proceso global, de gran alcance que normalmente suele atravesar las delimitaciones de una unidad o área de trabajo.

Micro procesos

Un proceso más definido compuesto de una serie de pasos y actividades detalladas. Podría ser llevado a cabo por una sola persona. Un micro proceso puede convertirse en un subproceso de un macro proceso.

Pago Directo

Pago que realiza directamente la compañía aseguradora al prestador de servicios, por la atención médica de un accidente o enfermedad cubierta.

Periodo de Espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del asegurado para cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones del contrato.

Prima

La tarifa total de la póliza de acuerdo a las coberturas contratadas, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

Procedimiento

Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso. Los procedimientos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse y quién debe hacerlo; cuándo,

dónde y cómo se debe llevar a cabo; qué materiales, equipos y documentos deben utilizarse; y cómo debe controlarse y registrarse.

Proceso

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, y que transforman elementos de entrada en resultados. Pall (1986) define un proceso como “la organización lógica de personas, materiales, energía, equipamiento e información en actividades de trabajo diseñadas para producir un resultado final requerido (producto o servicio)”.

Procesos de apoyo o soporte

Son aquellos esenciales que permiten la operación de la institución. Se trata de actividades orientadas al “cliente interno” que sirven, por así decirlo, de infra-estructura a los procesos clave de negocio. Muchas veces se trata de actividades de tipo administrativo.

Procesos clave

Aquellos que se distinguen por tener características especiales que los hacen sobresalientes en la prestación de un servicio o producción de un producto y por lo tanto, en la satisfacción del usuario. Son aquellos que tienen una gran influencia sobre la consecución de una ventaja competitiva para la organización, o bien sobre una ventaja competitiva nueva establecida por la dirección.

Procesos Operativos

Transforman los recursos en el producto/servicio aportándoles valor, es decir, conforme a los requisitos de los clientes tanto internos como externos. Son la razón de ser de la organización y los responsables de lograr los objetivos de la empresa.

Reembolso

Restitución por parte de la compañía de aseguradora de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a lo estipulado en el contrato.

Reservas

Representan un pasivo o compromiso a cargo de la compañía aseguradora, son en sí las reservas que tienen que constituir y mantener las aseguradoras para atender los compromisos con los asegurados y/o sus beneficiarios o prestadores de servicios. Son de riesgos en curso de pago y para pagos pendientes.

Salidas

Es el producto o servicio que resulta de las actividades realizadas en el proceso dirigido al cliente.

Sistema

Todo proceso forma parte de un conjunto de elementos que interactúan para lograr un propósito común.

Sistema de control

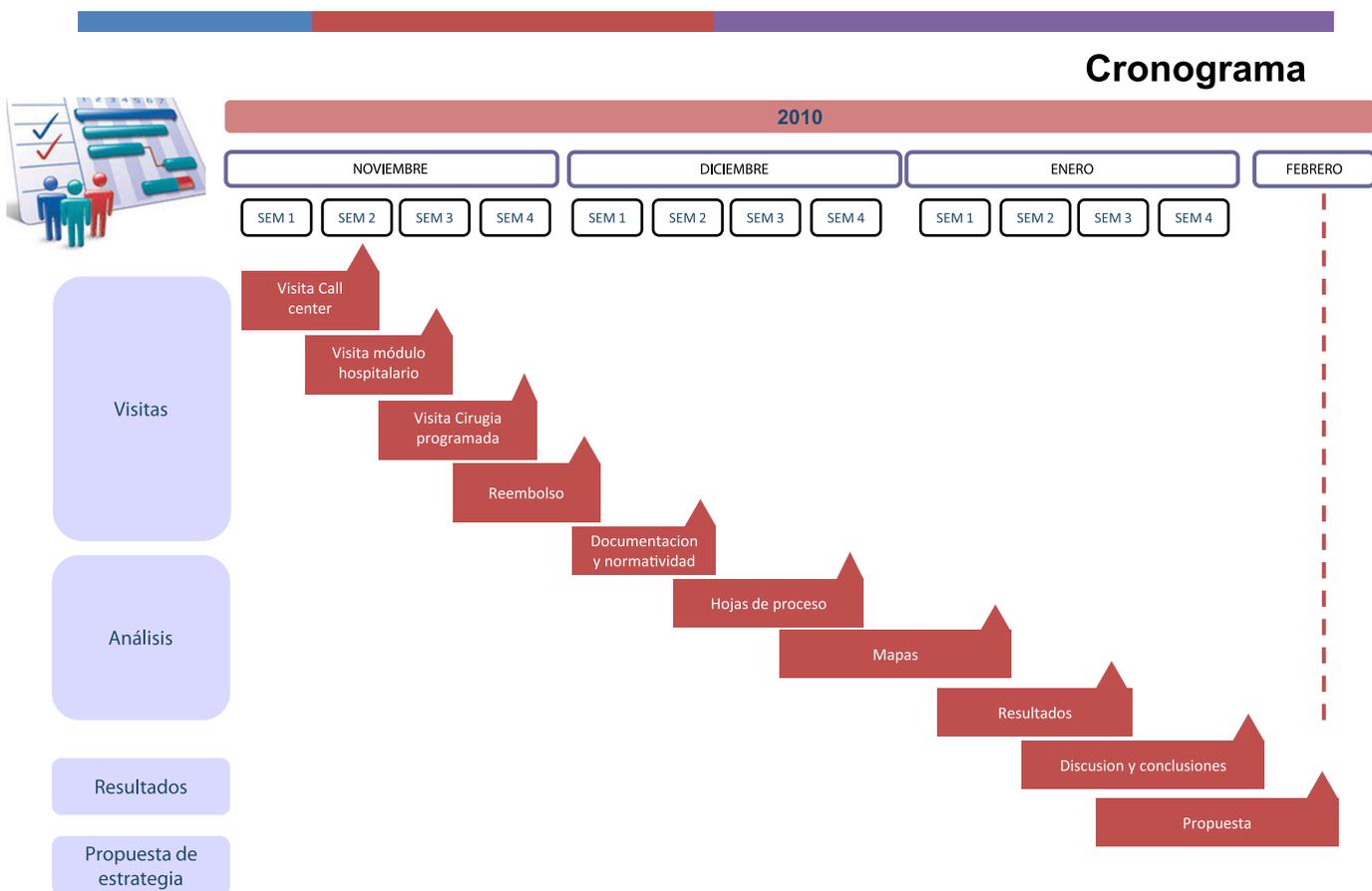
Formado por los indicadores, sus objetivos y los cuadros de mando resultantes para la toma de decisiones. Es fundamental para evaluar la marcha del proceso, corregir deficiencias y mejorar continuamente.

Suma Asegurada

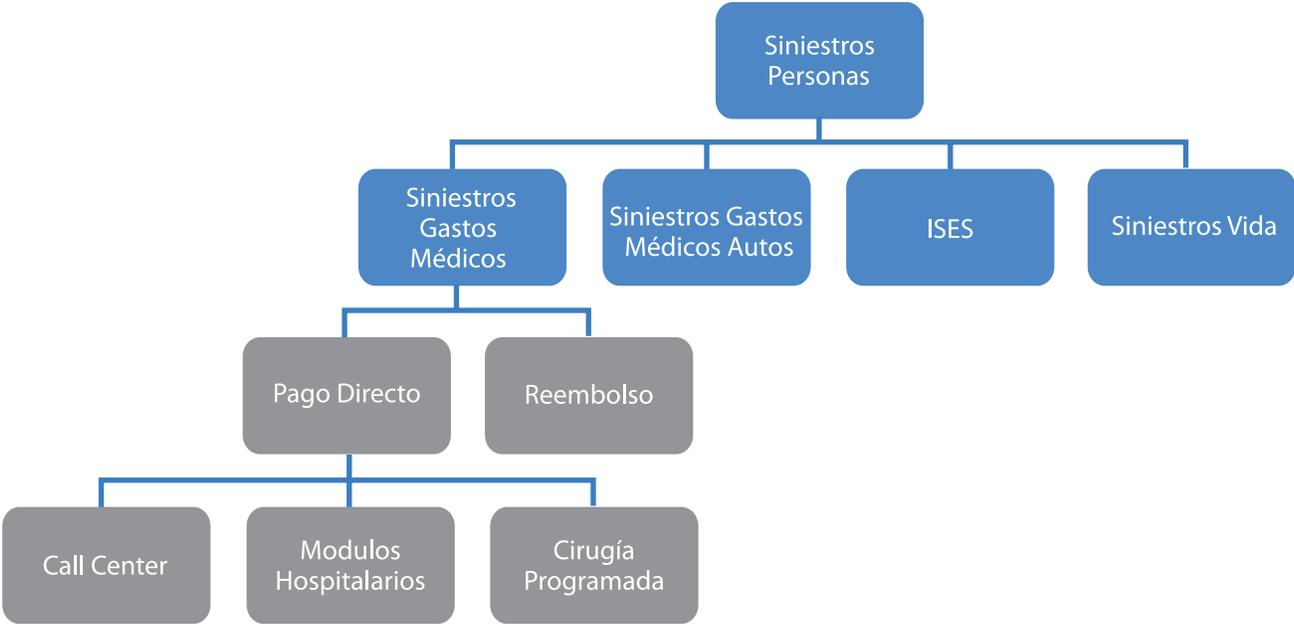
Límite máximo de responsabilidad de la compañía aseguradora por cada asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en el contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.

Anexos

Anexo 1. Cronograma para la recolección de información.



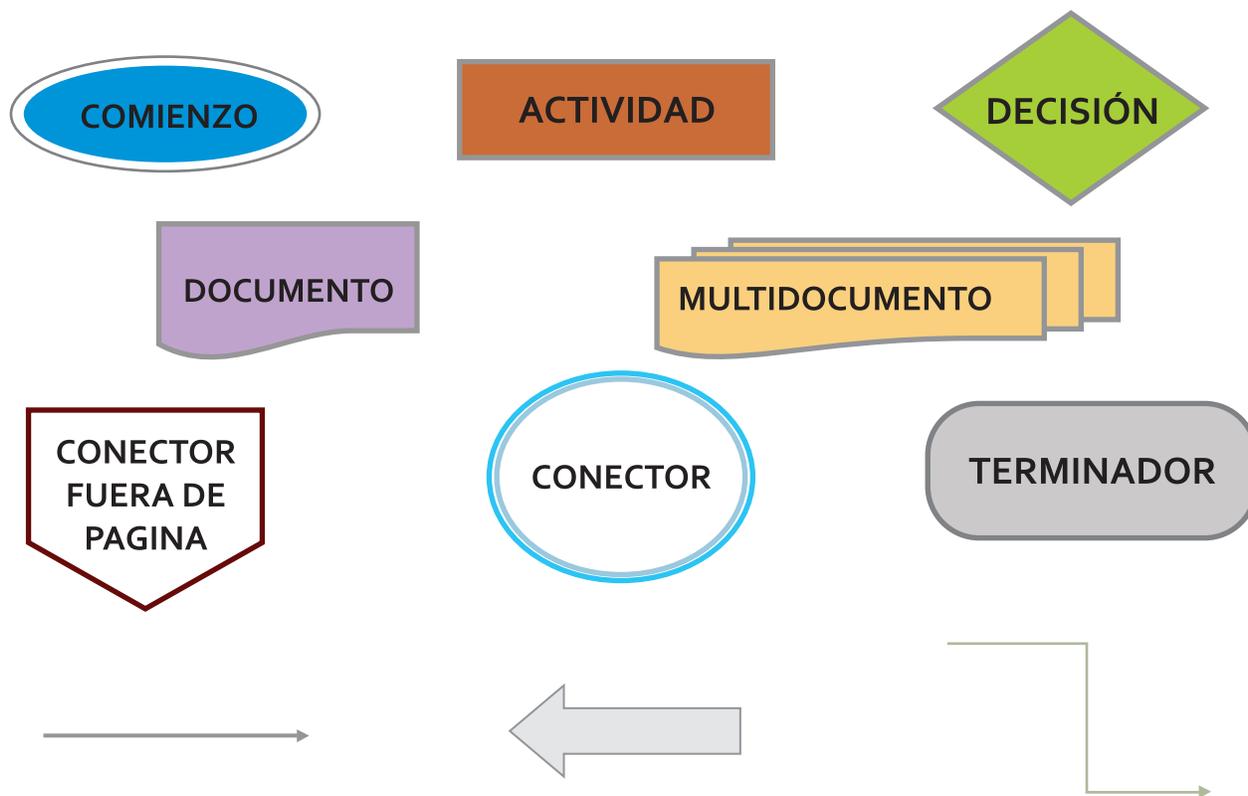
Anexo 2. Estructura de la Dirección Siniestros Personas (DSP).



Anexo 3. Matriz de selección de procesos de la Dirección de Siniestros Personas (DSP).

<p>Objetivo de la Dirección de siniestros personas: Brindar atención y cobertura de los gastos por el tratamiento medico-quirurgico de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza, a través del pago directo a proveedores y/o reembolso de los gastos, de acuerdo a las coberturas y limites consignados en la caratula de la póliza, endosos y tipo de plan.</p>			
Proceso	Inicio	Fin	Tipo
<p>1. Pago Directo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modulos Hospitalarios y Call Center • Cirugia Programada 	<p>El asegurado ingresa a un hospital en convenio y reclama la cobertura de una accidente o enfermedad cubierta.</p>	<p>Pago de los gastos cubiertos (facturas) relacionadas a la atención</p>	Clave
	<p>El asegurado ingresa documentos para la programación del pago a proveedores en convenio de tratamientos medicos o quirurgicos relacionados a un accidente o enfermedad cubiertos.</p>	<p>Pago programado a proveedores en convenio de los gastos cubiertos relacionados la atención de un accidente o enfermedad cubierta (se genera una carta compromiso para el pago)</p>	Clave
<p>2. Reembolso</p>	<p>El asegurado reclama el reembolso de los gastos relacionados a la atencion medica de un accidente o enfermedad cubierta. Ingresa comprobantes y facturas para su pago.</p>	<p>Pago de facturas y comprobantes de los gastos realizados.</p>	Clave
<p>3. Convenios</p>	<p>Recibe los documentos para la contratación de proveedores.</p>	<p>Realiza contratos con los proveedores.</p>	Soporte

Anexo 4. Símbolos básicos utilizados en los diagramas de flujo.



Anexo 5. Formato de Informe médico.

**FIM
INFORME MÉDICO**

LOGOTIPO

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA TRATAMIENTO MÉDICO REEMBOLSO

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MÓLDE.
- 2.- FAVOR DE NO DEJAR PREGUNTAS NI ESPACIOS SIN CONTESTAR.
- 3.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL PACIENTE:	(ESPACIO LIBRE)
	EDAD: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CAUSA DE ATENCIÓN <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> ACCIDENTE	REFERIDO POR OTRO MÉDICO O UNIDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____
HISTORIA CLÍNICA (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS	ANTECEDENTES PERINATALES (SI ES NECESARIO)
PADECIMIENTO ACTUAL	
PRINCIPALES SIGNOS Y SÍNTOMAS	
	FECHA DE INICIO DIA MES AÑO
CÓDIGO CIE-10	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
	FECHA DIAGNÓSTICO DIA MES AÑO
TIPO DE PADECIMIENTO <input type="checkbox"/> CONGÉNITO <input type="checkbox"/> ADQUIRIDO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÓNICO	
¿SE LE HA RELACIONADO CON ALGÚN OTRO PADECIMIENTO, ENFERMEDAD O ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____	
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES QUE CONFIRMAN DIAGNÓSTICO)	

TRATAMIENTO			
CÓDIGO CPT-4	DESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO		
FECHA DE INICIO DIA MES AÑO			
¿HUBO COMPLICACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES		
OBSERVACIONES			
NOMBRE DEL HOSPITAL	TIPO DE ESTANCIA <input type="checkbox"/> URGENCIA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA / AMBULATORIA	FECHA DE INGRESO DIA MES AÑO	FECHA DE EGRESO DIA MES AÑO
CIUDAD:			
DATOS GENERALES DEL MÉDICO TRATANTE			
APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DEL MÉDICO _____		TELÉFONO: _____	
ESPECIALIDAD _____	R.F.C. _____	CELULAR: _____	
CÉDULA PROFESIONAL _____	CÉDULA DE ESPECIALIDAD O CERTIFICACIÓN _____		
NÚMERO DE PROVEEDOR _____	E-mail _____		
(ESPACIO LIBRE)			
PRESUPUESTO			

NOTA.- LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES PROPORCIONADA CONFORME A LA EVALUACIÓN MÉDICA QUE HE BRINDADO AL PACIENTE Y CONFORME AL CONOCIMIENTO Y LOS ESTUDIOS MÉDICOS QUE LE HE REALIZADO O SOLICITADO BAJO MI RESPONSABILIDAD, Y ASIMISMO POR LAS REFERENCIAS DEL PROPIO PACIENTE O DE SUS FAMILIARES.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

AMIS JULIO, 2006.

Anexo 6. Formato de Informe médico.

FAE

FORMATO DE AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

LOGOTIPO

INSTRUCCIONES:

- 1.- ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER LLENADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO CON LETRA DE MOLDE.
- 2.- ES NECESARIO LLENAR LA FORMA EN SU TOTALIDAD Y DAR INFORMACIÓN COMPLETA Y DETALLADA.
- 3.- POR EL HECHO DE PROPORCIONAR ESTE FORMULARIO, LA INSTITUCIÓN NO QUEDA OBLIGADA A ADMITIR LA VALIDEZ DE LA RECLAMACIÓN NI A RENUNCIAR A LOS DERECHOS QUE SE RESERVA CONFORME A LA PÓLIZA.
- 4.- ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

<input type="checkbox"/> REEMBOLSO <input type="checkbox"/> PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA -TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> PAGO - DIRECTO		NO. DE PÓLIZA
<input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD		R.F.C. Ó C.U.R.P.
TIPO DE RECLAMACIÓN MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN		R.F.C. Ó C.U.R.P.
NO. CERTIFICADO DEL AFECTADO _____ FECHA DE ALTA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ NACIONALIDAD _____		
FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO _____ PARENTESCO CON EL TITULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ (OPCIONAL) CLAVE LADA () _____		
DOMICILIO / CALLE _____ NO. EXTERIOR _____ NO. INTERIOR _____ COLONIA _____		
C.P. _____ ESTADO _____ DELEGACIÓN _____ OCUPACIÓN ó PROFESIÓN _____ LUGAR DONDE TRABAJA / EMPRESA _____ GIRO DE LA EMPRESA _____		
¿HA PRESENTADO GASTOS ANTERIORES POR ESTE PADECIMIENTO O ACCIDENTE EN ESTA U OTRA COMPAÑÍA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SU RESPUESTA FUE AFIRMATIVA INDIQUE NO. DE SINIESTRO _____ COMPAÑÍA _____ FECHA DE ALTA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____		
¿ACTUALMENTE TIENE OTRO SEGURO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO COMPAÑÍA _____		
TIPO DE RECLAMACIÓN: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> COMPLEMENTARIA INDIQUE TIPO DE ALTERACIONES Y/ O SÍNTOMAS QUE PRESENTÓ _____ FECHA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE O APARICIÓN DE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____		
FECHA EN QUE VISITÓ POR PRIMERA VEZ AL MÉDICO POR ESTA ENFERMEDAD _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____		
INDIQUE EL DIAGNÓSTICO MOTIVO DE SU RECLAMACIÓN _____ SI ES ACCIDENTE DETÁLLESE, ¿CÓMO Y DÓNDE FUE? _____ AUTORIDAD QUE TOMÓ CONOCIMIENTO DEL ACCIDENTE (ANEXAR COPIAS DEL MINISTERIO PÚBLICO) _____		
EN CASO DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO ¿CUENTA CON SEGURO DE AUTOMÓVIL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NOMBRE DE LA COMPAÑÍA _____ COBERTURA _____ SUMA ASEGURADA _____ NO. DE PÓLIZA _____ COMPAÑÍA DEL TERCERO _____ HOSPITAL EN QUE FUE AFINADO _____ ESTUVO HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DÍAS DE ESTANCIA _____ ¿QUÉ ESTUDIOS SE LE REALIZARON PARA EL DIAGNÓSTICO Y/ O TRATAMIENTO? _____		
NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____ ESPECIALIDAD _____ DIRECCIÓN _____ TEL. Y/ O E-MAIL _____ ¿MÉDICOS QUE HA CONSULTADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS? _____ CAUSA Y FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ TEL. Y/ O E-MAIL _____		
DOCUMENTOS A PRESENTAR 1.- COPIA DE LA ACTUACIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO O ATENCIÓN RECIBIDA (EN CASO DE ACCIDENTE). 2.- INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O DE GABINETE. 3.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL ASEGURADO/AFFECTADO (IFE, PASAPORTE Y EN CASO DE MENORES DE 5 AÑOS ACTA DE NACIMIENTO). 4.- RECIBOS DE GASTOS QUE CUENTEN CON LOS REQUISITOS FISCALES (QUEDARAN SIN VALIDEZ COPIAS, RECIBOS PROVISIONALES, ESTADOS DE CUENTA, ETC). 5.- POR CADA MÉDICO TRATANTE SE DEBERÁN LLENAR LOS INFORMES MÉDICOS CORRESPONDIENTES Y SU PARTICIPACIÓN EN EL EVENTO. 6.- COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA EL CONTRATANTE (IFE, PASAPORTE) SOLO SI ES PERSONA FÍSICA. NOTA: AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, CLÍNICAS, SANATORIOS, LABORATORIOS Y/O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, A LOS QUE HAYA ACUDIDO PARA TRATAMIENTO Y/ O DIAGNÓSTICO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, ACCIDENTE, O LESIÓN Y/ O A LAS AUTORIDADES JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS QUE HAYAN TENIDO CONOCIMIENTO DE MI CASO PARA QUE PROPORCIONEN A (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS), AUN CUANDO NO EXISTA UNA ORDEN JUDICIAL O ADMINISTRATIVA TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A MIS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS, HISTORIAL CLÍNICO, INDICACIONES MÉDICAS, RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE Y CUALQUIER INFORMACIÓN CONTENIDA EN MI EXPEDIENTE CLÍNICO, MISMA QUE PODRÁ SER REQUERIDA EN CUALQUIER MOMENTO QUE (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) LO CONSIDERE OPORTUNO, INCLUSIVE DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO, CON LA PRESENTE AUTORIZACIÓN RELEVÓ DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL SECRETO MÉDICO A LAS PERSONAS RESPONSABLES DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN REQUERIDA, ASIMISMO AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO LA CELEBRACIÓN DE CUALQUIER CONTRATO O SOLICITUD DE SEGUROS PARA QUE PROPORCIONEN A (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) LA INFORMACIÓN DE SU CONOCIMIENTO Y QUE ASU VEZ (NOMBRE COMPAÑÍA DE SEGUROS) PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL SECTOR ASEGURADOR LA INFORMACIÓN QUE REQUIERA Y QUE SE DERIVE DE ESTE DOCUMENTO Y DE OTROS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO.		
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR		_____ NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO
FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ LUGAR _____		

AMIS AGOSTO, 2006.

Anexo 7. Montos y nivel de autorización para el pago de siniestros.

Nivel jerárquico	Hasta el monto
Pago Directo y Reembolso	
Médico Dictaminador	50,000
Médico Supervisor	100,000
Médico Coordinador	150,000
Gerente	250,000
Subdirector	1'500,000
Director	10'500,000
Reembolso	
Médico Dictaminador	50,000
Médico Coordina	100,000
Coordinador Admtvo.	150,000
Gerente	250,000
Subdirector	1'500,000
Director	10'500,000
Pago Directo Internacional	

Fuente: Direccion Siniestros Personas,2009

5) Relación de comprobantes:

No. de recibo	Nombre	Monto	No. de recibo	Nombre	Monto
1	_____	\$ _____	8	_____	\$ _____
2	_____	\$ _____	9	_____	\$ _____
3	_____	\$ _____	10	_____	\$ _____
4	_____	\$ _____	11	_____	\$ _____
5	_____	\$ _____	12	_____	\$ _____
6	_____	\$ _____	13	_____	\$ _____
7	_____	\$ _____	14	_____	\$ _____
					Total \$ _____

Conducto por el cual entrega documentación a:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____

Conducto por el cual desea recibir su respuesta:

Titular Afectado Agente Tercero Teléfono: _____

Observaciones: _____

Artículo 140 (LGISMS)

Para ser llenado por el Beneficiario del pago

Exclusivo para personas físicas.

1.- Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeñan funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales, funcionarios o miembros de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo describa el puesto _____ Parentesco o vínculo _____

Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociaciones? Sí No

Especifique: _____

2.- Para el trámite de esta reclamación ¿Actúa en nombre y cuenta propia? Sí No

En caso negativo. Mencione el nombre del tercero por el cual actúa: _____

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación: _____

Parentesco o vínculo con usted: _____

3.- ¿Es accionista o socio de una sociedad o asociación? Sí No

4.- Nombre _____ Porcentaje de participación: _____

Atentamente _____

Nombre y firma del reclamante

Lugar donde se presenta la reclamación

Centro de Contacto 24 horas:

Gastos Médicos

Lada sin costo

Lada sin costo EUA y Canadá

51 69 27 27

01 800 900 1

18 88 29 37 221

Nota: La institución de seguros procederá al pago de los gastos médicos que se encuentren cubiertos en el contrato de seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza de seguro. Queda expresamente convenido que al recibir el abono como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorga a favor de el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercitar en contra de la Aseguradora, sea de naturaleza civil, penal, mercantil o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la póliza de seguro contratada.

