



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE INGENIERÍA**  
**DIVISION DE INGENIERÍA MECANICA INDUSTRIAL**



## **“DISMINUCIÓN DE QUEJAS EN SINIESTROS GASTOS MÉDICOS MAYORES DENTRO DEL ÁREA DE ATENCIÓN A CLIENTES”**

MODALIDAD DE TITULACIÓN:

**“EXPERIENCIA PROFESIONAL”**

NOMBRE DEL ALUMNO: GONZÁLEZ GÓMEZ MIREL NAYELLI

NÚMERO DE CUENTA: 304027556

CARRERA: INGENIERÍA INDUSTRIAL

ASESOR: M.I. HÉCTOR RAÚL MEJÍA RAMIREZ

MÉXICO, D.F.

AÑO: 2012

**Facultad de Ingeniería**  
**División de Ingeniería Mecánica e Industrial**

**NOMBRE DE LA EMPRESA:** Grupo Nacional Provincial S.A.B.

**TÍTULO:** "Disminución de Quejas en Seguros de Gastos Médicos Mayores en el Área de Siniestros" Con aplicación de herramientas de la mejora continua y algunos elementos de la metodología Six Sigma.

**OBJETIVO**

Identificar y analizar las causas potenciales que generan desviaciones en los Seguros de Gastos Médicos Mayores al momento de un siniestro, a fin de disminuir el volumen de quejas que recibe la compañía y mejorar el servicio al cliente.

**INTRODUCCIÓN:**

El presente trabajo define como he llevado a cabo mis funciones como Supervisor del área de Mejora Continua dentro de la subdirección de Atención a Quejas que a su vez pertenece a la dirección de Atención a Clientes de Grupo Nacional Provincial S.A.B.

Dentro del Primer Capítulo se hablará de la historia de Grupo Nacional Provincial y su participación en México como una de las más importantes empresas aseguradoras del país, así como las bases que consolidan a esta gran empresa.

Posteriormente, en el Segundo Capítulo, hablaré de mi participación dentro de la organización y las funciones que desempeño en ella, y como me han ayudado mis conocimientos adquiridos durante la carrera para desarrollarme profesionalmente.

El Tercer Capítulo citará principalmente todas las herramientas y métodos utilizados que sirvieron para el desarrollo del proyecto encomendado.

Finalmente, en el cuarto capítulo mencionare cuales fueron las iniciativas de mejoras propuestas por el equipo de Mejora Continua después del análisis echo en el Capítulo 3.



## Capítulo 1

### Descripción de la empresa

Grupo Nacional Provincial es una empresa aseguradora mexicana reconocida en el mercado de los seguros que se ubica dentro de los 5 primeros lugares en ventas de las Aseguradoras Latinoamericanas, además cuenta con la mayor experiencia y solidez de nuestro país. Sus productos son: seguros de autos, seguros de gastos médicos mayores, vida y daños.

Su historia se remonta a más de 100 años, siendo parte de uno de los conglomerados empresariales más grandes del país: "Grupo Bal" donde se agrupan instituciones importantes como: Grupo Peñoles, El Palacio de Hierro, Profuturo GNP Afore, Médica Integral GNP, Médica Móvil, Valores Mexicanos, Casa de Bolsa, entre otros.

#### 1.1 Historia de Grupo Nacional Provincial S.A.B.

Grupo Nacional Provincial celebró en el año 2011, 110 años siendo una de las más importantes aseguradoras del país, a continuación se muestra la cronología y descripción de cada etapa de la empresa, así como sus más importantes logros.

**1901** En Noviembre se funda "La Nacional, Compañía de Seguros sobre la Vida, S.A." por los socios de la Casa Woodrow, señores William B. Woodrow y Luis E. Neergaard.  
Fig. 1.1

**1902** Se expide su primera póliza por una suma asegurada de 5,000 pesos.

**1917** La Nacional no se acoge al decreto de moratoria sobre las obligaciones de las aseguradoras expedido por Venustiano Carranza para aliviar la extraordinaria carga que se le presentó en el periodo de la Revolución, cumpliendo cabalmente los compromisos con sus clientes.



**Fig. 1.1**  
**Edificio Woodrow**



**Fig. 1.2**  
**Edificio "La Nacional"**

**1930** Se coloca la primera piedra del edificio la nacional en la esquina de Juárez y San Juan de Letrán y es el primer rascacielos de la ciudad.  
Fig. 1.2

**1936** La casa Woodrow se convierte en aseguradora con el nombre de "Seguros La Provincial, S.A.". En ese año fue expedida la primera póliza por 40,000 de suma asegurada cubriendo el riesgo de incendio.

**1941** A 40 años de su fundación, La Nacional expide la mayor póliza de vida por una suma de 500,000 pesos.

**1946** Adquiere La Nacional acciones de la compañía "El Águila, S.A." y la fusiona.

**1963** La Provincial adquiere y fusiona a "La Previsora, S.A.".

**1967** Se inauguran las instalaciones de La Provincial ubicadas en Miguel Ángel de Quevedo, al sur de la ciudad. Fig. 1.3



**Fig. 1.3**  
**Edificio Miguel Ángel de Quevedo**

**1969** Se hace la primera alianza estratégica del medio asegurador mexicano al unirse La Nacional y La Provincial formando a "**Grupo Nacional Provincial**".



**Fig. 1.4**  
**Logo de GNP y Grupo Bal**

**1972** Se integran las dos empresas al conglomerado empresarial Grupo Bal, encabezado por el Lic. Don Alberto Baillères, hecho que influye radicalmente en GNP para alcanzar el liderazgo del mercado mexicano y convertirse en la aseguradora con mayor solidez, experiencia, confiabilidad y calidad de servicio. En la Fig.1.4 se muestra el logo que representa la unión de GNP a grupo Bal.

**1975** GNP alcanza un récord por 1,000 millones de pesos en ventas, convirtiéndose en **líder en el mercado nacional**.

**1979** GNP establece la primera oficina especializada para corredores.

**1992** Se hace la fusión jurídica de las dos empresas en una sola bajo el nombre de "**Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**"

**1994** Se inaugura el edificio "**Plaza GNP**" con modernas instalaciones de las oficinas corporativas y que se constituyen en un ejemplo de funcionalidad en Latinoamérica. Se adquiere "**Médica Móvil S.A.**", ampliando los servicios de gastos médicos. Fig. 1.5



**Fig. 1.5**  
**Plaza GNP**

**1995** Se cumplen 20 años ininterrumpidos como la compañía aseguradora de mayor volumen de ventas.

**1996** Al liberarse el mercado de los servicios de pensiones, hasta entonces exclusividad del IMSS, se funda "**Profuturo GNP, S.A. de C.V.**". Afore GNP adopta una nueva estructura organizacional, transformando la empresa en una aseguradora multiespecialista.

**1997** Se funda aseguradora "*Porvenir GNP, S.A. de C.V.*"

**1998** Se cambia la imagen corporativa de GNP, actualizando su logotipo y se hace una amplia difusión del mismo. Se funda "*Médica Integral GNP, S.A. de C.V.*"

**2000** Se inauguran nuevas y modernas instalaciones de los centros regionales metropolitanos.

**2001** Se celebra el *Primer Centenario GNP*. Fig. 1.6

**2002** GNP es reconocida por primera ocasión como empresa socialmente responsable por el Centro Mexicano para la Filantropía CEMEFI.



Fig. 1.6

Logo de los 100 años de GNP

**2003** GNP inicia su programa social Gol por México apoyando en causas como educación, nutrición, salud y vivienda beneficiando a personas necesitadas de comunidades rurales/indígenas.

**2006** Alejandro Baillères es nombrado por el Consejo de Administración como el nuevo Director General de Grupo Nacional Provincial.

**2011** Se celebran *110 años de GNP* y planea cerrar con 30,000 millones de pesos en emisión de primas para el 2012, 10% más que en el año 2011. Fig. 1.7 y Fig. 1.8



Fig. 1.7

Logo de los 110 años de GNP

**Vivir es increíble<sup>®</sup>**  
Te aseguramos para que lo siga siendo.

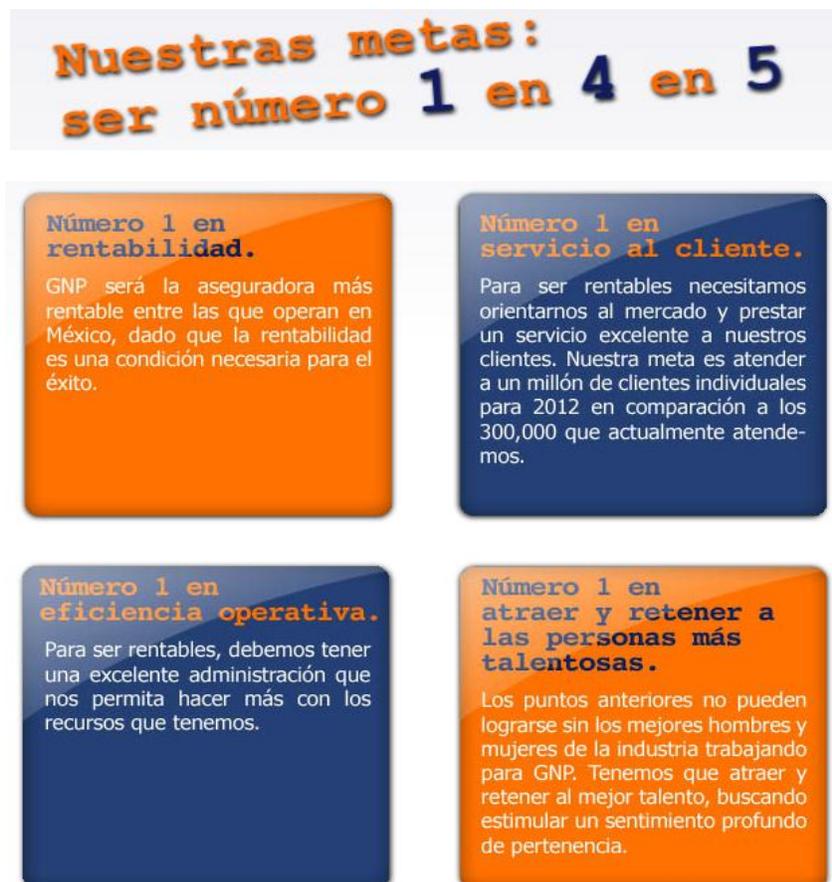
Fig. 1.8  
Eslogan de GNP

## 1.2 Misión, Visión y Valores

Los empleados de Grupo Nacional Provincial se rigen por una misión, visión y valores que se explican a continuación:

- **Misión de Grupo Nacional Provincial:**  
“Satisfacer las necesidades de protección, de previsión financiera y de servicios de salud de la sociedad mexicana”
- **Visión de Grupo Nacional Provincial:**  
La visión de GNP es ser el número uno en cuatro metas a alcanzar en 5 años. Esta visión se llama: “1 en 4 en 5”. Las metas de Grupo Nacional Provincial se definen de la siguiente forma:
  - **Ser Número 1** en rentabilidad. (meta 1)
  - **Ser Número 1** en servicio al cliente. (meta 2)
  - **Ser Número 1** en eficiencia operativa. (meta 3)
  - **Ser Número 1** en atraer y retener a las personas más talentosas. (meta 4)

En la Figura 1.9 se explica detalladamente cada meta:



**Fig. 1.9**  
**Visión “1 en 4 en 5” de GNP**

○ **Valores de Grupo Nacional Provincial:**

Los valores de GNP están enfocados en tres factores principales que son los pilares de la empresa: Negocio, Personas y Servicio.

▪ **Valores Orientados al Negocio:**

- Resultados
- Responsabilidad
- Innovación

▪ **Valores Orientado a las Personas:**

- Integridad
- Colaboración
- Pasión
- Lealtad

▪ **Valores Orientados al Servicio:**

"Tratamos a nuestros clientes como nos gustaría ser tratados como clientes"

Los valores de Grupo Nacional Provincial mencionados anteriormente se definen en la Figura 1.10.

**Fig. 1.10**  
**Valores de GNP**

**Nuestros valores...**

son la brújula que nos da guía,  
orientados al negocio, a las personas, al servicio...

**A. Valores "Orientados al Negocio"**

**Resultados.** Es indispensable entregar resultados. Se asignará prioridad a aquellas actividades con mayor impacto en los resultados, y si alguna no ayuda a lograr el crecimiento rentable, se reevaluará.

**Responsabilidad.** Ser consciente de la responsabilidad que significan las facultades de cada uno para el éxito de la compañía. La responsabilidad implica admitir un error, aprender de él y asegurarse de que los demás también aprendan.

**Innovación.** Para lograr la Visión GNP, es necesario hacer más eficientes, e incluso de forma diferente, las actividades actuales. La innovación busca retar constantemente al *status quo*. Es nuestra obligación y responsabilidad cuestionar periódicamente las ideas.

### A. Valores "Orientados a las Personas"

**Integridad.** Integridad significa ser congruente con las palabras, creencias y acciones. Significa retroalimentación honesta y constructiva para lograr un balance entre el reto para mejorar el negocio y la empatía.

**Colaboración.** La colaboración implica poner los intereses de GNP por encima de los personales o de un área. La colaboración también significa trabajar bien en equipo, esforzarse por ayudar a los otros y escuchar sus ideas.

**Pasión y Lealtad.** La pasión inspira a hacer el máximo esfuerzo para ser los mejores, es el orgullo de un trabajo bien hecho. La lealtad añade la idea de buena voluntad e implica un compromiso con accionistas, clientes, colaboradores, corredores, fuerza de ventas y proveedores.

### A. Valores "Orientados al Servicio"

La orientación al servicio se define como la regla de oro que dice "tratamos a nuestros clientes como nos gustaría ser tratados como clientes". La aplicamos a los asegurados, corredores, fuerza de ventas, colaboradores, proveedores y a todas las personas a las que GNP sirve.

**Los valores mencionados son tan importantes para el éxito de GNP, que parte del paquete de recompensas y consecuencias de los colaboradores de la compañía está vinculada a ellos.**

**Fig. 1.10**  
**Valores de GNP**

### 1.3 Organigrama de la empresa.

A fin de atender todas las Quejas y Aclaraciones que se generan en Grupo Nacional Provincial en seguros de autos, gastos médicos, vida y daños, se encuentra la Dirección de Atención a Clientes a cargo de Clemente Corona Gaytán, en donde una de sus principales ramificaciones es la subdirección de Atención a Quejas bajo la supervisión de Hugo Pérez Yáñez, quien tiene a su cargo dos gerencias, la primera llamada “Gerencia de quejas de contratación y siniestros” que se encarga de la atención de las quejas por errores en la contratación de pólizas y al momento de un siniestro, y la segunda con el nombre de “Gerencia de Calidad” tiene como objetivo identificar las desviaciones que ocurren durante el proceso y que generan insatisfacción del cliente, en esta área me encuentro como Jefe de Departamento de Mejora Continua bajo la supervisión de María Claudia González.

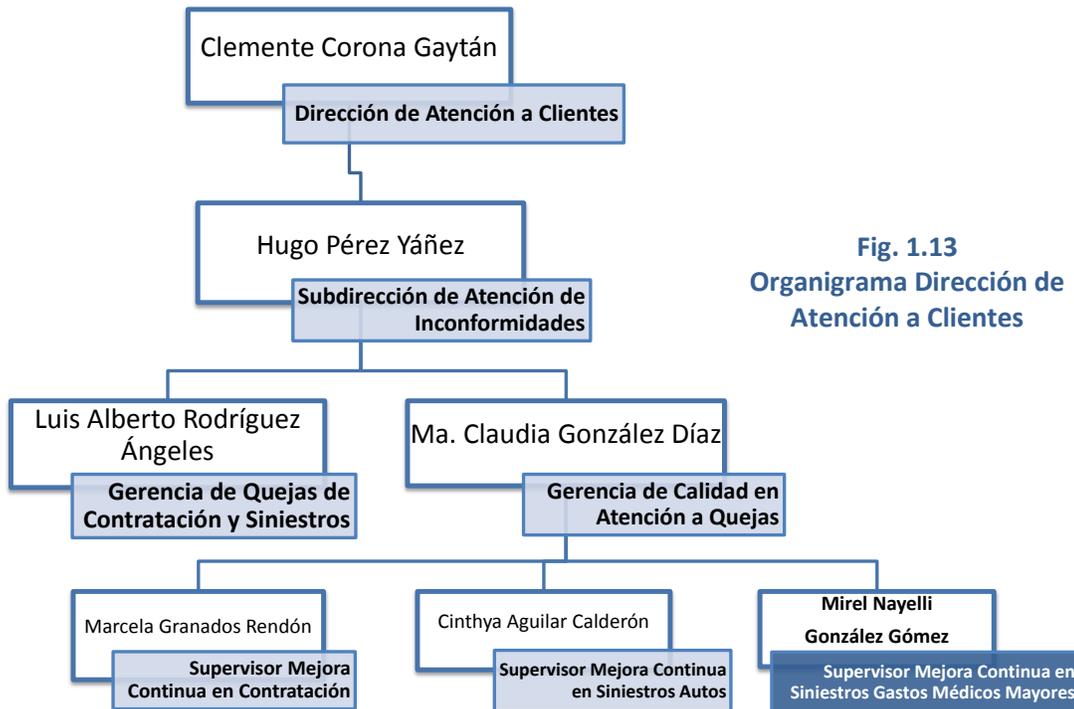
A fin de dar un panorama global de la localización de la Subdirección de Atención a Clientes dentro de GNP, así como su participación en ella, en la Figura 1.11 se muestra el organigrama de GNP seccionado por Direcciones resaltando la Dirección de Sistemas Servicio y Operaciones en donde se encuentra la Dirección de Atención a Clientes mostrada en la Figura 1.12, y finalmente en la Figura 1.13, se podrá observar la descripción grafica de mi participación dentro del área de Mejora Continua.



**Fig. 1.11**  
**Organigrama por Direcciones**



**Fig. 1.12**  
Organigrama Dirección Sistemas Servicios y Operaciones



**Fig. 1.13**  
Organigrama Dirección de Atención a Clientes

Con este diagrama se logra dar una visión de la función de la dirección de Atención a Clientes y su relevancia dentro de Grupo Nacional Provincial, ya que es la encargada de atender todas las inconformidades al cliente posteriormente de la adquisición de su seguro y brindarle un mejor servicio.

En el siguiente capítulo abordaré cual es mi función dentro de la empresa, mis labores llevadas a cabo y como han ayudado mis conocimientos adquiridos en la Facultad de Ingeniería a cubrir el perfil de mi puesto.

## Capítulo 2

### Descripción del puesto de trabajo

Como Supervisor de Mejora Continua dentro del área de atención a Quejas de GNP Seguros he logrado desarrollar habilidades que me han permitido identificar y proponer soluciones de mejora a todo aquello que se encuentra en manos de la empresa dar la solución requerida y que atienden a las solicitudes del cliente. A continuación describiré mis principales funciones y la interacción que tengo con las áreas involucradas en el proyecto.

#### **2.1 Perfil del puesto de Supervisor de Mejora Continua.**

El propósito general del puesto de Supervisor del departamento de Mejora Continua es coordinar e implementar proyectos de mejora para la disminución de quejas en el área de Atención a Clientes para Siniestros de Gastos Médicos Mayores.

Es indispensable la identificación de áreas de oportunidad en donde aplicar las soluciones encontradas, para esto es necesario contar con habilidades como: liderazgo y trabajo en equipo, visión estratégica, alta adaptación, colaboración con las diferentes áreas, ser proactivo, ser comprometido, responsable y creativo, así como tener iniciativa en propuestas innovadoras.

El presente proyecto muestra que las iniciativas de mejora propuestas por el departamento han requerido de constante contacto con el área a la que se implementará la misma, tanto para la obtención de datos para el análisis como de diferente tipo de información para entender el proceso.

En cuanto a conocimientos es fundamental saber sobre la metodología Six Sigma, Lean Manufacturing y Mejora Continua.

En el Capítulo 3 se menciona que herramientas de Six Sigma se utilizaron para identificar la forma más viable de atacar la problemática encontrada del proyecto a realizar y la justificación de la misma.

#### **2.2 Funciones de mí puesto como Supervisor de Mejora Continua.**

A fin de emprender un proyecto e implantar mejoras es indispensable hacer una serie de estudios y mediciones que permitan abordar las principales causas de la problemáticas de la empresa, a continuación mencionaré cuales son mis tareas principales a fin de alcanzar los objetivos esperados:

- ✓ **Generación de estadísticas históricas y actuales de Siniestros de Seguros de Gastos Médicos Mayores.** Cada mes el área de Siniestros Gastos Médicos Mayores genera una base de datos mediante una macro, en cual se registran todas las queja recibidas durante ese periodo de tiempo, posteriormente esa base es proporcionada al área de Mejora Continua para generar las estadísticas del comportamiento de las quejas mes por mes. Estas gráficas y análisis se muestran en el Capítulo 3.
  
- ✓ **Mapeos de procesos en donde se recorra pasó a paso lo que se lleva a cabo hoy en día.** El área de Siniestros Gastos Médicos requiere de otras áreas internas de GNP para poder valorar los casos de quejas recibidos y darle la respuesta correcta al cliente. El área de Mejora Continua es la encargada de observar cómo se hacen estos procedimientos y documentarlos mediante un mapa de proceso. En Capítulo 3 se muestra un ejemplo del mismo.
  
- ✓ **Identificar todo aquello que interviene en el proceso, tanto recursos humanos, sistemas y materiales utilizados que afectan el proceso.** A fin de generar propuestas de mejora es necesario tener identificado que tipo de recursos intervienen en cada subproceso y cuál es su importancia dentro del mismo. Esta información se plasma de la misma forma en los mapeos de proceso realizados.
  
- ✓ **Creación de juntas en donde se involucren a todas las áreas que requieran participar y sean fundamentales en el proceso de mejora.** Cada vez que se tiene una idea de mejora o dentro del proceso mismo existe algún cambio de procedimientos, es necesario que las áreas que intervienen en el proyecto se encuentren en constante intercambio de información para poder lograr acuerdos en conjunto y se puedan generar nuevas propuestas. Estas juntas se realiza aproximadamente una vez a la semana.
  
- ✓ **Mediante la metodología Six Sigma analizar y medir los datos encontrados.** Además de obtención de estadísticas con las bases de datos proporcionada cada mes por el área de Siniestros Gastos Médicos Mayores, es indispensable obtener otro tipo de información enriquecedora para el análisis de proyecto, un ejemplo es la tipificación de la queja, mismo que se mencionará en el Capítulo 3.
  
- ✓ **Proponer lluvia de ideas que mejoren el estado actual y generen menos defectos.** Posteriormente del análisis de los datos obtenidos cada participante del equipo se reúne para exponer sus ideas y proponer una idea de mejora y así hacer un análisis en conjunto para llegar a acuerdos en común.

- ✓ **Implementar y Controlar los remedios encontrados.** Cada vez que el área implemente un proyecto es necesario que se tenga el control de la realización del mismo y observar los resultados obtenidos.

### 2.3 Objetivos y Metas a alcanzar del puesto.

- **Objetivos:** Reducción del volumen de quejas de gastos médicos mayores recibidas en el área de siniestros.
- **Metas:** Facilitar y agilizar el proceso de atención a quejas y dar soluciones al primer contacto, es decir, dentro de las primeras 24 hrs, o con un máximo de 72 hrs. después de que el cliente ingreso su trámite.

### 2.4 Relación de las actividades con la ingeniería Industrial.

El puesto requiere que se tengan conocimientos, la relación de algunas de las materias cursadas durante la carrera y la utilización estas son:

- ✓ **Estadística Básica.**  
Esta materia me ha sido de utilidad para hacer un análisis adecuado y manejo de datos correcto con las gráficas de comportamiento de cada mes de las quejas ingresadas al área de Siniestros Gastos Médicos Mayores y así obtener información que enriquezca al proyecto.
- ✓ **Diseño de Sistemas productivos.**  
Las herramientas adquiridas en esta materia me ayudaron a visualizar un todo como un sistema, no por áreas ni departamentos, realizar un análisis de los procesos considerando todo lo que interviene entre las partes del mismo proceso, las áreas responsables y las áreas de soporte para lograr sistemas productivos y operativos más eficientes y eficaces con contacto del proceso del momento actual. Para este proyecto en específico, fue de gran ayuda tener este conocimiento ya que pude visualizar a Grupo Nacional Provincial como un sistema en conjunto y así mismo esto se ha plasmado dentro de los mapeos de proceso realizados.
- ✓ **Estudio del Trabajo.**  
En Estudio del trabajo aprendí a elaborar diagramas de flujo y de procesos, mapeos, paretos y diagramas de Ishikawa los cuales fueron de indispensable utilización en este trabajo, mismos que mencionaré y mostraré en el Capítulo 3.
- ✓ **Relaciones Laborales y Organizacionales.**  
Esta materia me ha ayudado profesionalmente porque me ayudo a tener una mejor visión y comprensión de la importancia del factor humano en la organización y desarrollar empatía para el trabajo en equipo. Ha sido importante ya que para la correcta realización de un proyecto no se puede manejar individualmente, siempre es indispensable buena comunicación con el quipo interno y con las áreas externas involucradas en el proyecto.

✓ **Reingeniería de Procesos.**

Los conocimientos adquiridos en esta materia han sido determinantes en el desarrollo profesional dentro de mi área, me brindo una amplia visión en la mejora de procesos, aprendí la metodología Six Sigma, y múltiples herramientas de lean manufacturing, Considero que estos conocimientos son muy significativos para un ingeniero industrial, ya que son enfocados a mejorar procesos, uno de los objetivos de esta ingeniería.

Fue muy relevante en mi formación, seguir una metodología para la implantación de proyectos. Contar con las herramientas para analizar las partes del proceso, utilice mapas de procesos, gráficas de Pareto, el SIPOC , VOC y CTQ's. Ejemplos de estos se mencionan en el Capítulo 3.

Como mencioné anteriormente, los conocimientos adquiridos durante la carrera, me brindaron las herramientas necesarias para llevar a cabo mis funciones dentro del proyecto encomendado en Grupo Nacional Provincial. En el siguiente capítulo explicare como se ha hecho el estudio del proyecto y los resultados obtenidos.

## Capítulo 3

### Desarrollo del Proyecto

Para describir el proyecto realizado, en el presente capítulo hablaré primeramente de todos los datos históricos del comportamiento de las quejas dentro de área de Siniestros Gastos Médicos durante el 2011, posteriormente explicaré cuales herramientas de Six Sigma se ocuparon para la solución de las problemáticas encontradas por qué se eligieron.

#### 3.1. Antecedentes del proyecto.

Con fin de tener un control interno de las quejas recibidas, el área de Siniestros Gastos Médicos Mayores cuenta con un catálogo de tipificación en el cual cada queja recibida se va identificando según la inconformidad de la petición. Este catálogo se encuentra dentro de un listado de una macro interna utilizada por los doctores y administrativos que resuelven la inconformidad enviada.

Este catálogo me proporcionó información para poder identificar en un principio cuáles eran las razones que generaban que un asegurado de GNP ingresara una reclamación a la compañía.

Las tipificaciones antes mencionadas son las siguientes:

- ✓ **Gastos no Relacionados:** Las quejas catalogadas como "Gastos No Relacionados" se refieren a reclamaciones de reembolsos monetarios en las cuales el asegurado pide que se cubran los gastos hechos al momento de su percance y estos no están ligados a su padecimiento, medicamentos, terapias, estudios y/o procedimientos (cirugías), cuando la documentación que presenta ante GNP para comprobar todos los gastos que realizó al momento de ocupar su seguro de Gastos Médicos Mayores no especifican exactamente por que se deben de cubrir algunos de los conceptos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si el asegurado reclama gastos por medicamentos para infección en vías urinarias y el médico dentro de su receta médica le prescribe algún medicamento para gastritis ya que las dosis del tratamiento son muy fuertes y corre el riesgo de generar el padecimiento, si el médico no especifica el motivo de esta medicina, la empresa no la pagará ya que su reclamación solo atiende gastos por infección en vías urinarias.
- ✓ **Endoso:** Un endoso es una adición, cambio o exclusión de condiciones a la póliza contratada en un principio, para seguros de gastos médicos mayores se refiere a excluir o agregar padecimientos o condiciones a la póliza. Por lo tanto una queja atribuida a esta tipificación se refiere a que GNP omite el endoso de la póliza y rechaza la reclamación del cliente. Por ejemplo si el asegurado dentro de sus condiciones generales de la póliza contratada tiene la exclusión de tratamientos dentales sin no es por tratarse de un accidente, él tiene la

opción por una prima extra quitar esta exclusión de su póliza y posteriormente reclamar gastos por este tipo de tratamiento.

- ✓ **Tabulador:** Dentro del área de Siniestros de Gastos Médicos Mayores el tabulador es una base de datos bajo la cual se pagarán las reclamaciones utilizando una tabla de honorarios médicos y de hospitales, según el plan cubierto de la póliza contratada, basado en un sistema de costos por CPT y área geográfica. El CPT es un conjunto de códigos conocido como Current Procedural Terminology. Es un catálogo mantenido por la Asociación Médica Americana. Este catálogo describe los servicios médicos, quirúrgicos y de diagnóstico con el fin de unificar dicha información entre médicos, codificadores, pacientes, instituciones, organizaciones de acreditación y administradores. Esta codificación unificada permite homogenizar tareas administrativas, financieras y analíticas en el sector.

Esta base de datos de más de 900 millones de transacciones de facturación por servicios de salud se actualiza en línea a través cada 6 meses.

Por consiguiente una queja por "Tabulador" es cuando el asegurado al momento de hacer una reclamación se percató que la cantidad pagada no es la indicada debido a que no se calculó correctamente su tabulador o el CPT asignado según su padecimiento es incorrecto, por esto puede pedir que se le cambie y se le pague lo correspondiente. En la Tabla 3.1 se muestra un ejemplo de un tabulador médico.

The diagram shows a table with columns for 'CPT', 'Descripción', 'Optime', and eight 'Metro A' plans. A box labeled 'Área Geográfica' points to the 'Optime' column. A box labeled 'Plan de la póliza' points to the 'Metro A' columns. A box labeled 'Número de CPT' points to the 'CPT' column.

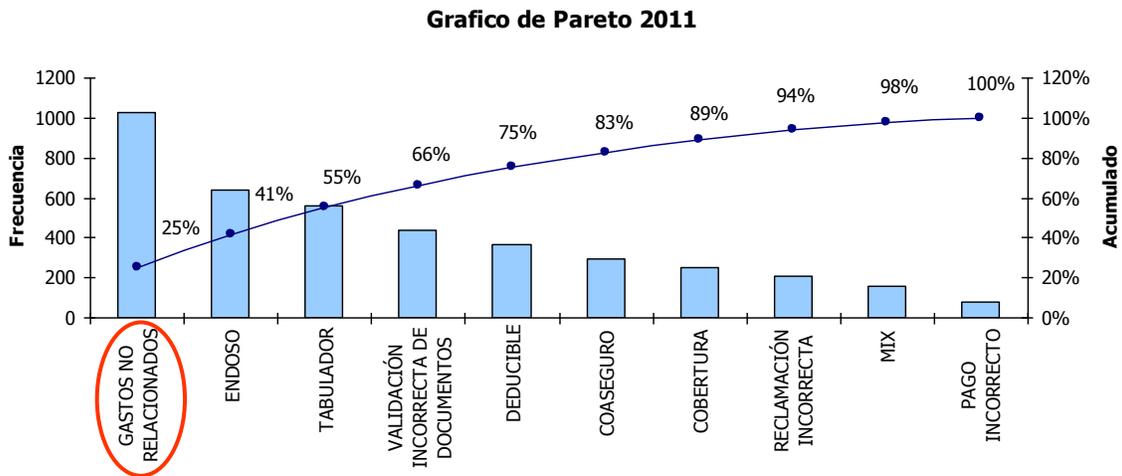
CPT	Descripción	Optime	Metro A Novus VIP	Metro A Novus	Metro A Excelsis	Metro A Tempus	Metro A Omnia	Metro A Decus	Metro A Certum
<b>SISTEMA TEGUMENTARIO</b>									
10040	Quirugia para acné (ej.marzupialización,remoción de comedones, quistes y pústulas)	440	1,290	1,070	930	760	630	500	390
10060	Incisión y drenaje de absceso(ej.hidroadenitis supurativa,abscesos cutáneos o subcutáneos)simple.	690	2,030	1,690	1,480	1,200	1,000	790	620
10120	Incisión y extracción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo; simple.	860	2,520	2,100	1,830	1,490	1,240	980	770
10121	- complicado	1,970	5,800	4,830	4,210	3,420	2,850	2,250	1,760
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida	690	2,030	1,690	1,480	1,200	1,000	790	620
10180	Incisión y drenaje de absceso secundario a herida quirúrgica	2,050	6,030	5,020	4,380	3,560	2,960	2,340	1,830
11000	Debridación de piel infectada y eczematosa; más del 10% de superficie corporal	690	2,030	1,690	1,480	1,200	1,000	790	620
11001	- cada 10% de superficie corporal adicional	340	1,000	840	730	590	490	390	310
11040	Debridación de piel parcialmente hipertrófica	840	2,480	2,060	1,800	1,460	1,220	960	750
11041	- PIEL, ESPESOR TOTAL			2,290	1,990	1,620	1,350	1,070	840
11042	- PIEL Y TEJIDO SUBCUTANEO.			3,360	2,920	2,380	1,980	1,570	1,230
11043	- PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO Y MUSCULO.			4,580	3,990	3,240	2,700	2,130	1,670
11044	- PIEL, TEJIDO SUBCUTANEO, MUSCULO Y HUESO			6,100	5,310	4,320	3,600	2,850	2,230
11100	Biopsia de piel	1,060	4,180	3,490	2,260	1,830	1,530	1,210	950
11101	- CADA LESION SEPARADA/ADICIONAL (ANOTAR SEPARADAMENTE ADEMAS DEL CODIGO PARA EL PROCEDIMIENTO								

**Tabla. 3.1**  
**Tabulador Médico**

- ✓ **Validación Incorrecta de Documentos:** Este se refiere a omisión de conceptos o recibos en las facturas que entrega el asegurado cuando comprueba todos los gastos relacionados a su padecimiento, por tanto se pueden pagar incompletos. Por ejemplo, el asegurado pide reembolso de gastos por medicamentos, consultas y estudios de radiografías para el mismo padecimiento y justificados debidamente, pero el administrador o médico que atiende el caso omite la receta médica y solo paga la consulta y los estudios.
  
- ✓ **Deducible:** El deducible es una cantidad fija estipulada en la carátula de la póliza, que aplica una sola vez para cada enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones vigentes en el contrato al momento de realizar el primer gasto. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de GNP. Cuando un cliente se queja por esta causa es porque reclama devolución de deducible por que este ya esta topado o se cobran de más. Por ejemplo, si el asegurado cuenta con un deducible de \$6,000 por hospitalización dentro de sus condiciones de la póliza y se cobran \$7,000.
  
- ✓ **Coaseguro:** El coaseguro es la cantidad que pagará el asegurado del total de los gastos cubiertos por esta póliza una vez descontado el deducible contratado. Cuando un cliente se queja por esta causa es porque reclama devolución de coaseguro porque este ya está topado. Por ejemplo, dentro de un plan de Seguro de Gastos Médicos dentro de las condiciones generales se especifica que en caso de hospitalización se pagara el 20% de los gastos totales del hospital después del deducible, existe ocasiones que el personal administrativo realiza mal el cálculo y este se cobra de más.
  
- ✓ **Cobertura:** Al momento de contratar una póliza esta cuenta con coberturas respecto a un padecimiento, según el plan elegido. Cuando un asegurado ingresa un trámite de reembolso por alguna de las coberturas de su póliza y esta se rechaza por omisión de GNP, se genera una inconformidad. Dentro de las pólizas de Gastos Médicos Mayores se puede contratar la cobertura de Cero Deducible por Accidente y por omisión se le llega a cobrar el mismo.

- ✓ **Reclamación Incorrecta:** Se ingresan documentos en una reclamación que no corresponde al padecimiento, es decir, los papeles entregados por el asegurado se ingresan en una reclamación diferente o se cubren gastos en una reclamación incorrecta. También corresponde a una apertura de reclamación ya existente. Por ejemplo se ingresan documentos de padecimiento por gastritis a una reclamación de padecimiento de sinusitis.

A fin de abordar la principal causa que genera mayor desviación en la empresa, se hizo un análisis estadístico con todas las inconformidades atendidas durante el año 2011 según la tipificación del área, y los resultados se muestran en el Gráfico 3.2 y la Tabla 3.3:



**Gráfico 3.2**  
Gráfico de Pareto de Quejas recibidas en el 2011

Quejas Siniestros GMM 2011	%	Acumulado
GASTOS NO RELACIONADOS	25%	25%
ENDOSO	16%	41%
TABULADOR	14%	55%
VALIDACIÓN INCORRECTA DE DOCUMENTOS	11%	66%
DEDUCIBLE	9%	75%
COASEGURO	7%	83%
COBERTURA	6%	89%
RECLAMACIÓN INCORRECTA	5%	94%
MIX	4%	98%
PAGO INCORRECTO	2%	100%

**Tabla 3.3**  
Tabla de Porcentajes Acumulados de Quejas en Siniestros GMM 2011

El Gráfico de Pareto 3.2 y la Tabla 3.3 muestran que el 25% de las quejas recibidas durante el año 2011 se encuentra dentro de la categoría de quejas por **Gastos no Relacionados**. El detalle del número de quejas recibidas durante el 2011 en cada mes se muestra en la Gráfico 3.4, en el cual, para fines estadísticos y a fin de acotar las causas principales de desviaciones, se ocupan las primeras 8 causas, definiéndolas como Top 8 de Quejas que representan el 88% de las quejas totales.

Este gráfico contiene círculos de colores que indican cual fue el número de quejas recibidas por cada tipificación por mes, además en el conteo global se menciona cual fue su porcentaje de participación respecto a las quejas totales de todo el año 2011.

El Gráfico 3.4, antes mencionado, se encuentra en la pág. 17 y tuvo el siguiente comportamiento:

# QUEJAS SINIESTROS ENERO- DICIEMBRE 2011

Total de Quejas  
4620

Num. Quejas Top 8 Quejas (88%)

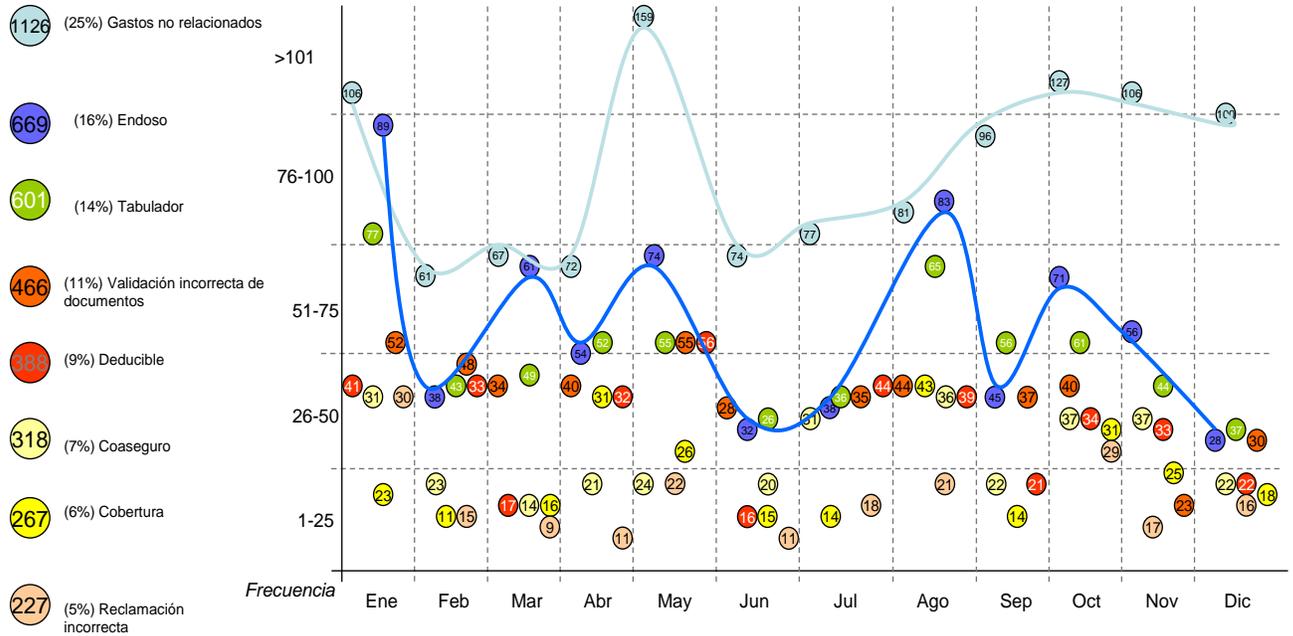


Gráfico 3.4  
Gráfico de Porcentajes GMM 2011

La interpretación del Grafico 3.3 es la siguiente:

- Número de Quejas recibidas por Gastos no Relacionados
- Número de Quejas recibidas por Endosos
- Número de Quejas recibidas por Tabulador
- Número de Quejas recibidas por Validación Incorrecta de Documentos
- Número de Quejas recibidas por Deducible
- Número de Quejas recibidas por Coaseguro
- Número de Quejas recibidas por Cobertura
- Número de Quejas recibidas por Reclamación Incorrecta

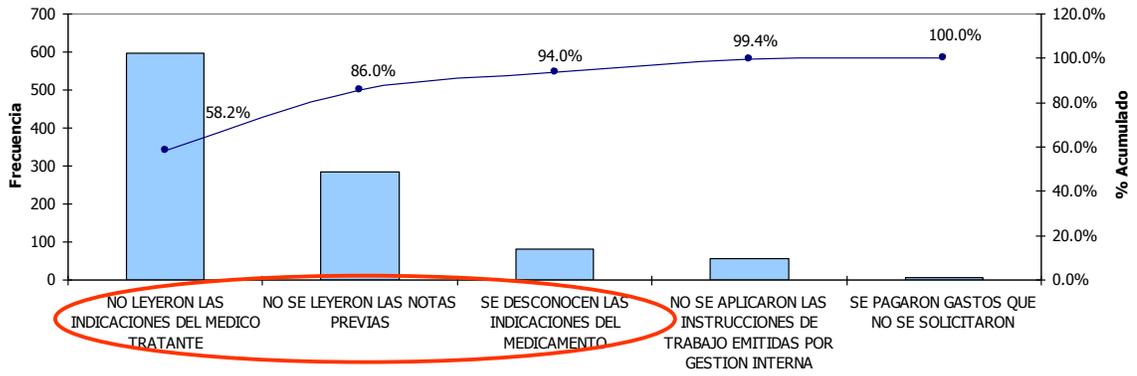
En el Gráfico 3.4 se observa como el comportamiento por quejas en **Gastos no Relacionados** se mantiene por muy encima de las otras causalidades, por lo tanto el presente proyecto solo se enfocará en aplicar las estrategias de mejora al Top 1 de Quejas en Siniestros Gastos Médicos del año 2011.

Una vez echo el análisis de la inconformidad ingresada, se identificó cual fue la causa de dicha reclamación, para esto, también existe un catálogo de tipificación para cada tipo de queja en el área de Siniestros Gastos Médicos, es decir, en el caso de una queja por Gastos no Relacionados, el catalogo existente es el siguiente:

- ✓ **No leyeron las indicaciones del médico tratante:** Esta tipificación corresponde cuando no se analiza correctamente las recetas del medico que ingresa el asegurado y se rechaza su pago.
- ✓ **No se leyeron las notas previas:** Dentro de la administración de las quejas, en el área de Siniestros Gastos Médicos se utilizan sistemas los cuales contienen información de todos los movimientos realizados en cada póliza existente. Cada vez que se ingresa una inconformidad al área se deben de hacer notas en el sistema a fin de quien las consulte se pueda informar del histórico de cada reclamación, por lo tanto esta tipificación se refiere a que no se leen dichas notas y se hace un incorrecto análisis del caso y se rechaza la reclamación.
- ✓ **Se desconocen las indicaciones del medicamento:** Cuando se ingresan las recetas médicas del padecimiento del asegurado, estas deben de especificar por que se le esta indicando al paciente tomar el tratamiento prescrito y además mencionar que relación se tiene con el diagnóstico hecho, a fin de un correcto análisis de los gastos reclamados. En algunas ocasiones estas recetas médicas no vienen con las especificaciones antes mencionadas y por lo tanto se rechaza el pago.
- ✓ **No se aplicaron las instrucciones de trabajo emitidas por Gestión Interna:** Dentro de GNP existe un área llamada Gestión Interna, quien tiene la función de dar la normatividad para aceptar o rechazar trámites, existen casos que se evaden estas normas y se pagan reclamaciones que no deben de hacerse, y cuando el asegurado vuelve a hacer una petición por un gasto similar, este se le rechaza y se ingresa una inconformidad.
- ✓ **Se pagaron gastos que no se solicitaron:** El asegurado pide que se le paguen cierto tipo de conceptos y se le pagan otros.

Una vez identificadas las causas antes mencionadas, se hizo de nuevo un Gráfico de Pareto para evaluar que cuales de ellas generan mayores desviaciones. Los resultados se muestran en el Grafico 3.5 y la Tabla 3.6

**Gráfico de Pareto 2011**



**Grafico 3.5**  
**Gráfico de Pareto de Causalidades en el 2011**

GASTOS NO RELACIONADOS	%	Acumulado
NO SE LEYERON LAS INDICACIONES DEL MEDICO TRATANTE	58.2%	58.2%
NO SE LEYERON LAS NOTAS PREVIAS	27.7%	86%
SE DESCONOCEN LAS INDICACIONES DEL MEDICAMENTO	8%	94%
NO SE APLICARON LAS INSTRUCCIONES EMITIDAS POR GESTIÓN INTERNA	5.5%	99.4%
SE PAGARON GASTOS QUE NO SE SOLICITARON	0.6%	100%

**Tabla 3.6**  
**Tabla de Porcentajes Acumulados de Quejas en Siniestros GMM 2011**

El Gráfico de Pareto de la Fig. 3.4 y la tabla de la Fig.3.5 muestran que el 94% de las causalidades de las quejas durante el año 2011 se encuentra dentro de las categorías de: **No se leyeron las indicaciones del médico tratante, No se leyeron las notas previas y Se desconocen las indicaciones del medicamento.** El detalle del número de quejas recibidas durante el 2011 en cada mes se muestra en el Gráfico 3.7:

## QUEJAS GASTOS NO RELACIONADOS ENERO- DICIEMBRE 2011

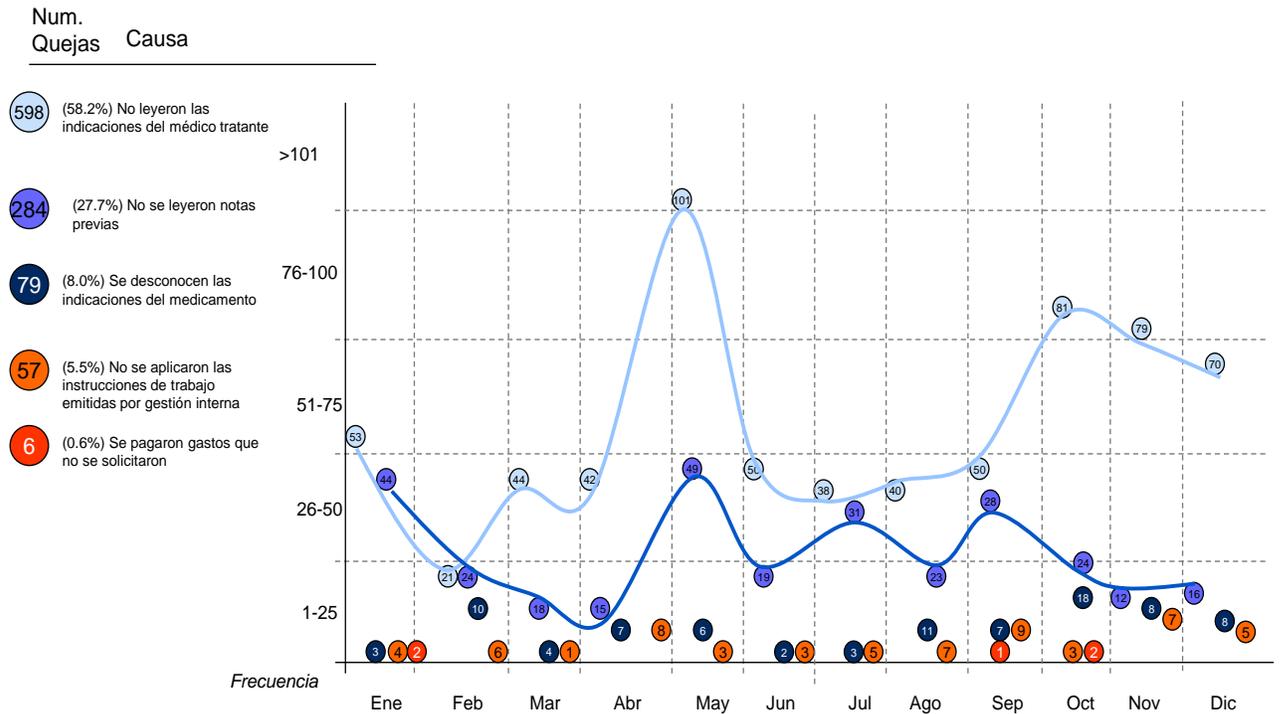


Gráfico 3.7  
Gráfico de Porcentajes GMM 2011

La interpretación de la Gráfico 3.7 es la siguiente:

- Número de causalidades de queja por que no se leyeron las indicaciones del medico tratante
- Número de causalidades de queja por que no se leyeron las notas previas
- Número de causalidades de queja por que se desconocen las indicaciones del medicamento
- Número de causalidades de queja por que no se aplicaron las IT's.
- Número de Quejas recibidas por que se pagaron gastos que no se solicitaron

Dentro de cada circulo de cada color se menciona cual fue el número de causalidades por quejas recibidas por mes, además se menciona cual fue su porcentaje de participación respecto a las quejas totales de todo el año 2011.

**\*Nota:** En los Gráficos 3.4 y 3.7 se puede observar que en ambas se muestra un incremento importante en Quejas en el mes de Mayo a comparación con el resto de los demás meses, dentro del primer top de causas. Esto debido a una incidencia en la macro utilizada en el área para la tipificación de Inconformidades, ya que atribuía la mayoría de ellas a Gastos no Relacionados. Aun así, se decidió dejar esta como primer causa dado que su comportamiento durante todo el año fue el mayor.

### 3.2 Herramientas de Six Sigma.

Six Sigma es una metodología de mejora de procesos, centrada en la reducción de la variabilidad de los mismos, consiguiendo reducir o eliminar los defectos o fallas en la entrega de un producto o servicio al cliente. La meta de 6 Sigma es llegar a un máximo de 3,4 defectos por millón de eventos u oportunidades (DPMO), entendiéndose como defecto cualquier evento en que un producto o servicio no logra cumplir los requisitos del cliente.

El método conocido como DMAIC (por sus siglas en inglés), es un proceso que consiste en 5 fases.

- ✓ **Define (Definir):** Se identifican los posibles proyectos Six Sigma, que deben ser evaluados. Una vez seleccionado el proyecto se prepara su misión y se selecciona el equipo más adecuado para el proyecto.
- ✓ **Measure (Medir):** Identificar los requisitos clave de los clientes, las características clave del producto y los parámetros que afectan al funcionamiento del proceso. Es en la fase en que se determina los datos a considerar, el sistema de medida en que se tomaran.
- ✓ **Analise (Analizar):** Para esta fase, ya se cuenta con las mediciones las cuales serán evaluadas en esta parte de la metodología, desarrollando y comprobando hipótesis sobre posibles relaciones causa-efecto basadas en herramientas estadísticas. En esta fase se realizan análisis de procesos, así como lluvia de ideas.
- ✓ **Improve (Mejorar):** Se determina la relación causa-efecto para predecir, mejorar y optimizar el funcionamiento del proceso. Por último se determina el rango operacional de los parámetros o variables de entrada del proceso. Y se realiza las mejoras en las áreas correspondientes.
- ✓ **Control (Controlar):** La última fase de la metodología, consiste en diseñar y documentar los controles necesarios para asegurar que lo conseguido mediante el proyecto Seis Sigma se mantenga una vez que se hayan implementado los cambios. Cuando se han logrado los objetivos y la misión se dé por finalizada, el equipo informa a la dirección.

Dado que dentro del área ya se cuenta con la contabilización diaria y mensual de las quejas recibidas y su tipificación, datos que se obtienen dentro de la parte de Medir de la metodología y como se mencionó anteriormente, mediante los Gráficos de Pareto y Gráficos de comportamiento mensual realizados se pudieron encontrar las posibles causas raíz a atacar para la disminución de quejas. Por lo tanto, la problemática del proyecto no fue difícil de identificar y fácil de saber atacar, por lo que el equipo de Mejora Continua decidió solo tomar la parte de Definir y Analizar de

la metodología de Six Sigma para poder delimitar el alcance del proyecto y saber cómo mejorarlo.

El presente proyecto se enfoca en la parte de Mejora y por lo tanto no se pueden obtener aun datos para la parte de Control de la Metodología.

Dentro de Definir se utilizarán las herramientas de:

- ✓ Project Charter
- ✓ SIPOC
- ✓ VOC y CTQ's
- ✓ Mapa de Proceso Nivel 1

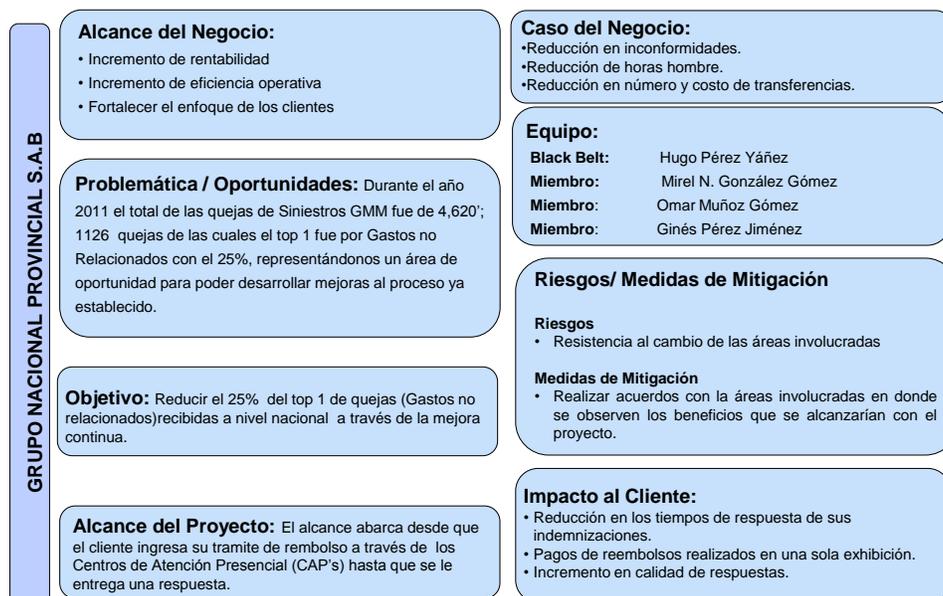
Para Analizar se utilizaran las herramientas de:

- ✓ Diagrama Causa y Efecto (Diagrama de Ishikawa o Diagrama de pescado)
- ✓ Matriz Causa y Efecto

A continuación definiré a que se refiere cada herramienta y la forma en que se utilizó para fines del proyecto.

### 3.2.1 Elaboración de Project Charter.

Un Project Charter o Carta Proyecto es un documento que define cuales serán las metas y alcances del proyecto, así mismo justifica el fin del mismo, menciona cuales serán los beneficios para la empresa y para el cliente y define quien será el equipo de trabajo durante la elaboración del proyecto. Con el apoyo de le herramienta del Project Charter el equipo de Mejora Continua tuvo claramente definido el proyecto a realizar para la disminución de Quejas en Siniestros Gastos Médicos, el cual se muestra en la Fig. 3.8.



**Fig. 3.8**  
**Project Charter**

Considerando que el proyecto está siendo realizado dentro del área de Atención a Clientes, el objetivo principal es brindarle un mejor servicio al asegurado y conservar la fidelidad del cliente hacia el producto adquirido, aun así, cada queja que se atiende, tiene un costo para la empresa, por lo tanto, la disminución de ellas conlleva un ahorro para la organización y acompañado de la mejora en el servicio al cliente.

Dado que no se ha podido obtener toda la información necesaria de los gastos que se generan por atender una inconformidad tales como la infraestructura, los sistemas utilizados, el costo por la luz y teléfono utilizados etc., estimo que solamente considerando el sueldo anual de todas las personas que atienden quejas y la productividad diaria, el costo por queja es aproximadamente de \$347.40.

Teniendo en cuenta que en el año 2011 se atendieron 4620 quejas, el gasto anual que genera la empresa para la resolución de las mismas fue de **\$1,604, 971.80** aproximadamente y sabiendo que el objetivo principal es la disminución del 25% de las quejas procedentes por "Gastos no Relacionados", el ahorro anual para Grupo Nacional Provincial se estimaría de **\$401, 242.95** aproximadamente.

El desglose de todos los costos antes mencionados se muestran en la tabla 3.9.

Personal de Atención a Quejas	Sueldo integrado Anual	Tiempo dedicado	Total Anual
Administrativo	\$ 273,540.00	100%	\$ 273,540.00
Administrativo	\$ 273,540.00	100%	\$ 273,540.00
Administrativo	\$ 273,540.00	100%	\$ 273,540.00
Médico Dictaminador	\$ 273,541.00	100%	\$ 273,541.00
Médico Dictaminador	\$ 273,542.00	100%	\$ 273,542.00
Jefe de Departamento B	\$ 395,448.00	60%	\$ 237,268.80
			<b>\$1,604,971.80</b>

Costo Anual	Inconformidades atendidas anualmente	Costo por queja	Ahorro por disminución del 25% de Quejas por Gastos no Relacionados
\$ 1,604,971.80	4620	\$ 347.40	\$ 401,242.95

**3.9**  
**Tabla de Costos**

Debido a que estos números no representan exactamente el costo de una Queja, por falta de cifras que complementen todos los recursos utilizados en la atención de la misma, he decidido no incluirla dentro del Project Charter antes mostrado, ya que solo representan un número que he supuesto solo por el sueldo del personal que atiende inconformidades en el área de Siniestros Gastos Médicos.

### 3.2.2 Elaboración del SIPOC.

El SIPOC es un mapa de procesos de alto nivel que identifica los Proveedores (Supplier-S), Entradas (Input - I), Pasos del Proceso (Process - P), Salidas (Output - O) y Clientes involucrados en el proyecto (Customer - C). El propósito de un mapa de alto nivel es identificar las fronteras (inicio/final) y crear un entendimiento común acerca del proceso y el mismo puede proveer una primera lista de factores potenciales de mejora.

El SIPOC realizado en el equipo se muestra en la Fig. 3.10.

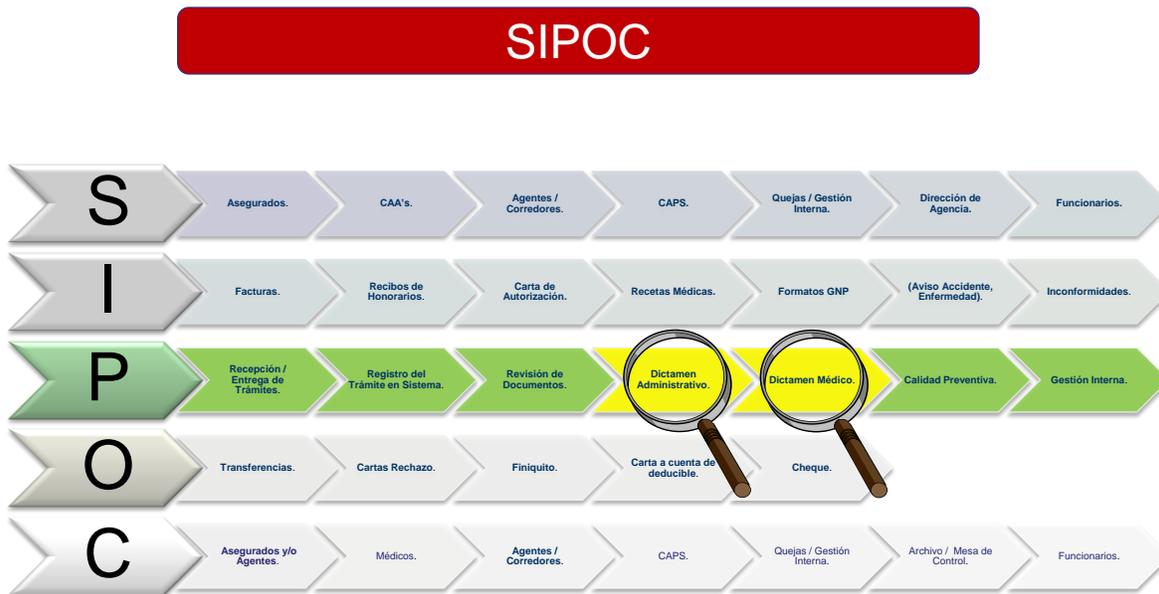


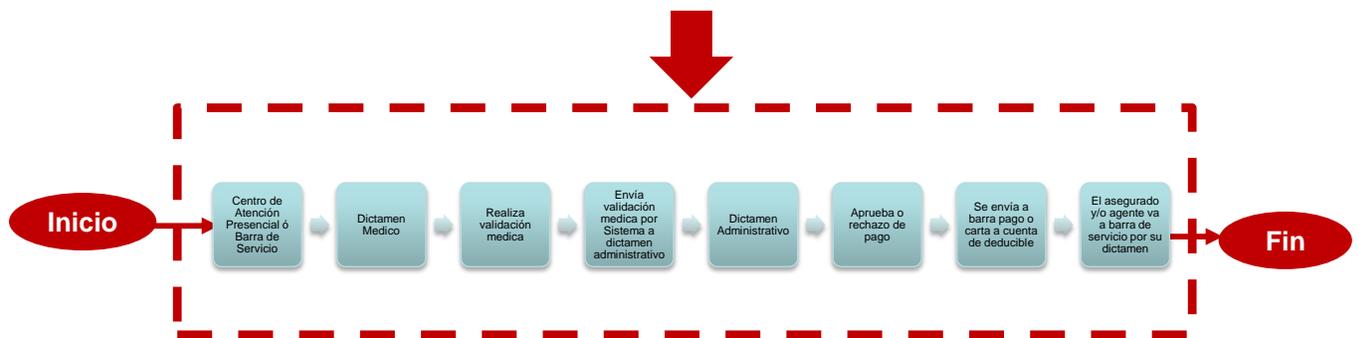
Fig.3.10  
SIPOC

En la Fig. 3.10 se identifican los principales conceptos del SIPOC, es decir, se definió cual es el proceso bajo análisis, cuales son las fronteras del proceso a considerar y se enlistaron a los clientes y sus requerimientos del proceso (salidas). Con el dibujo de las lupas se puede observar que el presente proyecto se enfocará en los subprocesos de dictamen médico y administrativo ya que estos dos son parte medular del análisis médico y pueden generar una reclamación por parte del cliente.

### 3.2.3 Elaboración de Mapas de Proceso Nivel 1.

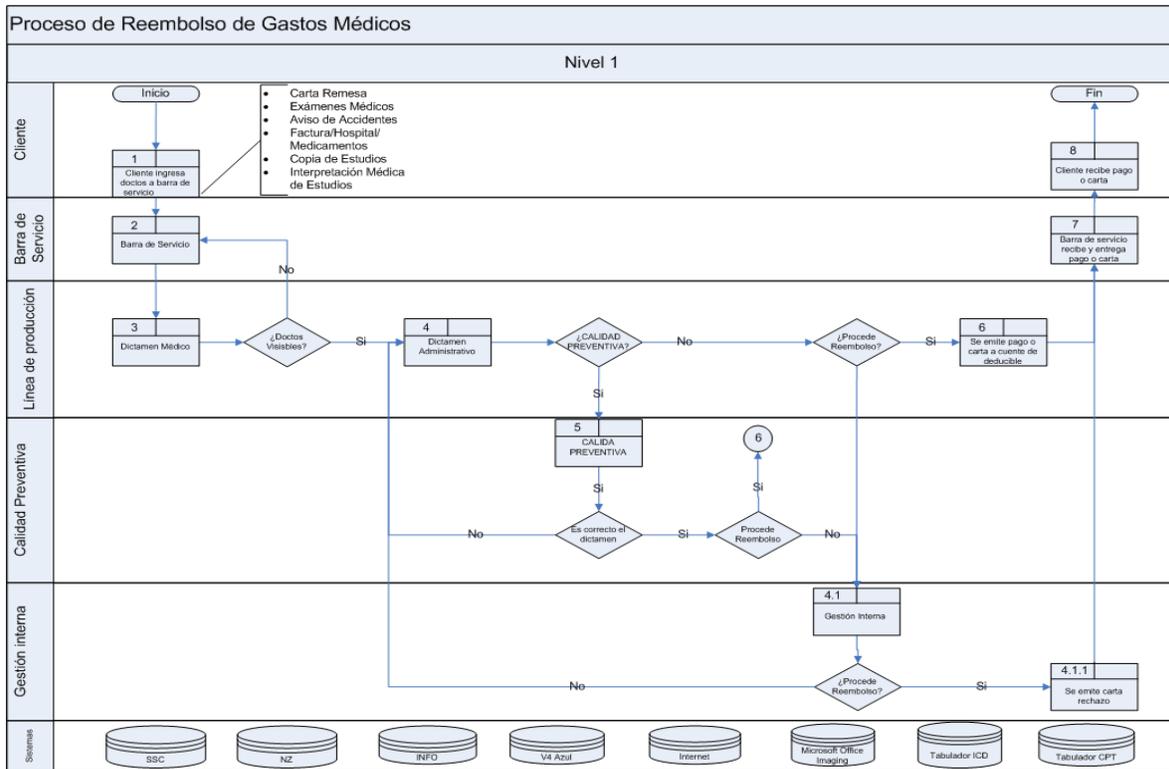
Los mapas de proceso tienen como objetivo suministrar varios formatos para documentar y analizar el proceso en detalle, también identifica medidores del proceso de interés para el proyecto y proporciona una vista centrada en los procesos del problema que se aborda.

En este proyecto se hicieron dos mapeos, el primero se refiere a una vista rápida del proceso de reembolso, es decir, cuando el cliente hace uso de su póliza de Gastos Médicos Mayores y pide se le haga el pago de todos los gastos realizados según el padecimiento a tratar; en este mapeo se observa cual es el proceso del trámite mencionado anteriormente, desde que el cliente ingresa su documentación hasta que se le da una respuesta del mismo, además define cual es el alcance del proyecto, este se muestra en la Fig. 3.11.



**Fig. 3.11**  
**Mapa de Proceso**

El Segundo Mapeo realizado a Nivel 1, es un mapa de sub- procesos detallado en donde se especifica el flujo de la información del trámite realizado, también incluye los ciclos de re-trabajo, utiliza símbolos de mapeo de procesos y se identifican pasos como acciones y la interactuación de las diferentes áreas involucradas. También se especifican el nombre de los sistemas internos de las áreas utilizados en cada paso del proceso. Se muestra en la Fig. 3.12.



**Fig. 3.12**  
**Mapa de Proceso a Nivel 1**

En los gráficos 3.11 y 3.12 se observa cual es el proceso del trámite de reembolso, es decir, cuando el asegurado ha hecho uso de su póliza de gastos médicos mayores y posteriormente de haber sido atendido en algún hospital de acuerdo al plan contratado y recibir su tratamiento el paga directamente. El proceso empieza cuando el cliente realiza la reclamación de la cantidad pagada a la aseguradora.

Como primer paso el cliente requiere llevar todos los documentos de los gastos realizados a algún Centro de Atención Presencial también llamado "CAP'S o Barra de Servicio" en donde le recibirán los siguientes papeles: Informe Médico llenado por el médico que atendió al paciente, exámenes médicos, en caso de que así fuera llevar el aviso de accidentes, factura de hospital y medicamentos, copia de estudios e interpretación de los mismos por el médico. Posteriormente estos documentos son llevados al corporativo de GNP al área de Línea de Producción, ahí son revisados por los médicos dictaminadores de GNP y también los gastos son valorados por dictamen administrativo quienes decidirán mediante a las coberturas y exclusiones de la póliza si el trámite de reembolso es procedente o no, en caso de haber sido procedente se le informa al Centro de Atención Presencial que el trámite ha sido aceptado y el mismo le informa al asegurado que puede pasar por su dinero; y en dado caso de que el trámite hubiera sido rechazado, la misma documentación analizada por el médico

dictaminador y dictamen administrativo son pasados a las áreas de Calidad Preventiva y Gestión Interna en donde son analizados más a detalle la información recibida por el asegurado, es decir, si la información es correcta o no, así como también se vuelven a revisar las cláusulas de la póliza, finalmente ellos deciden si el trámite es procedente, improcedente o el asegurado requiere llevar más información para analizar el caso.

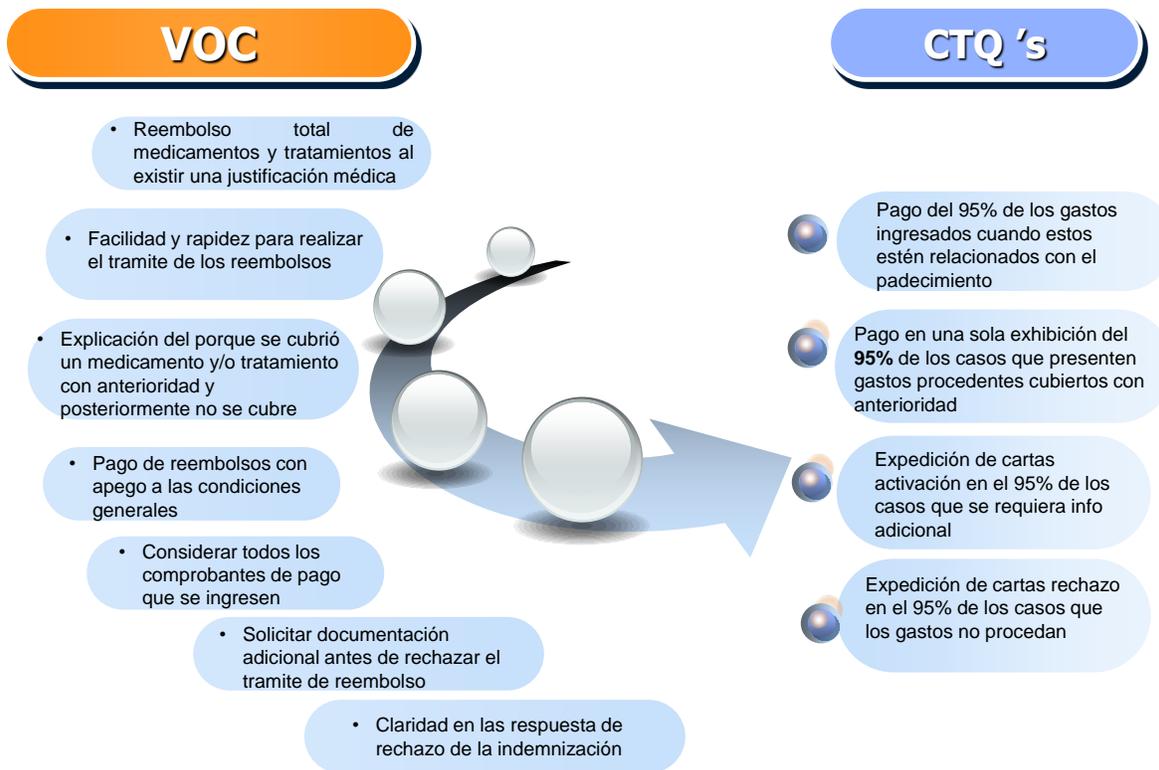
### **3.2.4 Elaboración de la Voz del Cliente (VOC) y el Critico para la calidad (CTQ's)**

Posteriormente de haber analizado todo el proceso que se recorre en el trámite de reembolso, se prosiguió a realizar el VOC, es decir, la voz del cliente o en inglés Voice of Client, y el CTQ, es decir, el Critico para la Calidad o en Inglés Critical to Quality.

Tanto el VOC como el CTQ son herramientas que aseguran que los que los líderes del proyecto y los miembros de equipo entiendan que el cliente define los requisitos de desempeño del proceso que se esta mejorando, por lo tanto se deben obtener datos de la voz del cliente para determinar metas de desempeño y posteriormente para definir las características criticas para la calidad (CTQ's) y guiar los esfuerzos para la recolección de datos.

En otras palabras, el VOC es el enfoque al cliente, es decir, obtener una información de necesidades potenciales o actuales, de un consumidor, respecto a lo que deben ser los requerimientos de un producto o servicio. El CTQ se refiere a una característica del producto o servicio que se debe cumplir para satisfacer las especificaciones o requisitos del cliente.

Por lo tanto nuestra voz del cliente obtenida y sus mitigaciones se muestran en la Fig.3.13.



**Fig. 3.13**  
**VOC y CTQ'S**

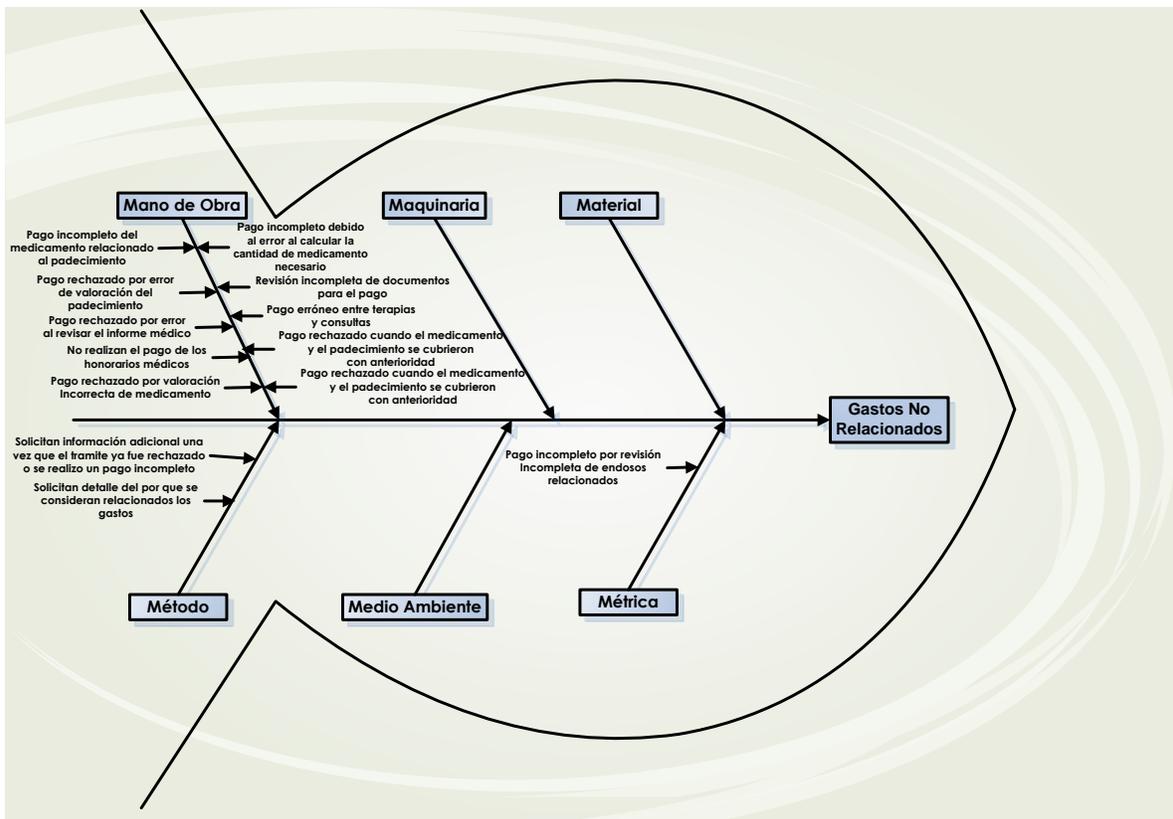
La figura 3.13 primero explica las necesidades del cliente y lo mínimo que espera como respuesta de GNP al hacer el trámite de reembolso después de haber pagado la prima acordada. En la segunda parte se explica cuales son las responsabilidades de GNP para cubrir todos los requerimientos del cliente y tener un asegurado satisfecho.

### 3.2.5 Elaboración del diagrama Causa y Efecto (Diagrama de Ishikawa o de pescado).

Con el motivo de poder atacar las principales causas raíz de la problemática del proyecto, se procedió a realizar una Diagrama Causa y Efecto o también llamado diagrama de Ishikawa o de pescado. La función de este diagrama es:

- ✓ evisar el problema enfocado R
- ✓ identificar posibles causas I
- ✓ clasificar posibles causas en grupos razonables C
- ✓ escoger un grupo y marcar meta principal E
- ✓ seleccionar posibles causas para verificar con datos. S

Este diagrama realizado se muestra en la figura 3.14. Este grafico se midió tomando en cuenta 6 principales ramificaciones del pescado, las cuales son: Mano de Obra, Maquinaria, Material, Método, Medio Ambiente y Métrica.



**Fig. 3.14**  
**Diagrama de Ishikawa**

### 3.2.6 Elaboración de la Matriz Causa & Efecto

Posteriormente de haber obtenido las principales causas raíz que generan una queja por gastos no relacionados, y tomando en cuenta la voz de nuestros clientes y cual es la responsabilidad de Grupo Nacional Provincial ante ella se elaboro la Matriz Causa y Efecto. Esta matriz se usa para relacionar y priorizar las entradas del proceso a los requisitos del cliente a través de la clasificación jerárquica numérica. Las salidas se anotan de acuerdo a la importancia del cliente (CTQ) y las entradas se anotan de acuerdo a la relación de importancia con la salida.

La Matriz C&E realizada se muestra en la Fig. 3.15 y así mismo los resultados en la Fig.3.16.

Causas	Áreas que intervienen en la desviación	10	8	6	4	TOTAL
		Pago del 95% de los gastos ingresados cuando estos estén relacionados con el padecimiento	Pago en una sola exhibición del 95% de los casos que presenten gastos procedentes cubiertos con anterioridad	Expedición de cartas rechazo en el 95% de los casos que los gastos no procedan	Expedición de cartas activación en el 95% de los casos que se requiera info adicional	
<b>MO.</b>						
Pago incompleto de medicamento relacionado al padecimiento	Dictamen médico	10	8	6	4	216
Pago rechazado por error de valoración de padecimiento	Dictamen médico	6	8	4	2	156
Pago rechazado por error al revisar el informe médico	Dictamen médico	10	6	8	0	196
No realizan el pago de los honorarios médicos	Dictamen médico / Dictamen Administrativo	10	4	6	0	168
Pago rechazado por valoración incorrecta de medicamento	Dictamen Médico	10	8	8	0	212
Pago incompleto debido a error al calcular la cantidad de medicamento necesario	Dictamen Médico	10	8	4	2	196
Revisión incompleta de documentos para el pago	Dictamen médico/ Dictamen Administrativo	10	8	0	4	180
Pago erroneo entre Terapias y Consultas	Dictamen médico	8	6	0	0	128
Pago rechazado cuando el medicamento y el padecimiento se cubrieron con anterioridad	Dictamen médico	6	10	8	0	188
Pago incorrecto debido a valoración incompleta de la documentación	Dictamen médico	10	8	0	2	172
<b>MÉTODO</b>						0
Solicitan información adicional una vez que el tramite ya fue rechazado o se realizo un pago incompleto	Dictamen administrativo/Gestión interna	6	4	10	8	184
Solicitan carta con detalle del porque no se consideran relacionados los gastos	Dictamen administrativo/Gestión interna	0	2	10	4	92
<b>MÉTRICA</b>						0
Pago incorrecto por revisión incompleta de endosos	Dictamen Administrativo	10	8	0	0	164

**Fig. 3.15**  
**Matriz Causa y Efecto**

## RESULTADOS

Pago incompleto de medicamento relacionado al padecimiento	216	←
Pago rechazado por valoración incorrecta de medicamento	212	←
Pago incompleto debido a error al calcular la cantidad de medicamento necesario	196	←
Pago rechazado por error al revisar el informe médico	196	←
Pago rechazado cuando el medicamento y el padecimiento se cubrieron con anterioridad	188	←
Solicitan información adicional una vez que el trámite ya fue rechazado o se realizó un pago incompleto	184	

**Fig. 3.16**  
**Resultados de la Matriz Causa y Efecto**

En el cuadro de la Figura 3.16 se puede observar el gran apoyo de la Matriz C&E realizada, ya que nos permitió priorizar nuestras principales causas raíz a abordar en este proyecto, por lo tanto las propuestas de mejora hechas por el equipo de Mejora Continua que se mencionarán en el siguiente capítulo se enfocarán a los siguientes puntos:

- ✓ **Pago incompleto de medicamentos relacionados al padecimiento.**
- ✓ **Pago rechazado por valoración incorrecta del medicamento.**
- ✓ **Pago incompleto debido al error al calcular la cantidad de medicamento necesario.**
- ✓ **Pago rechazado por error al revisar el informe médico.**
- ✓ **Pago rechazado cuando el medicamento y el padecimiento se cubrieron con anterioridad.**

## Capítulo 4

### Propuestas de Mejora

Como se mencionó en el capítulo anterior, mediante la selección de algunas herramientas de la metodología Six Sigma aplicadas en el proyecto, a fin de priorizar nuestras metas a mejorar, el equipo de Mejora Continua se dio a la tarea de realizar una lluvia de ideas la cual es una técnica que se utilizó para aprovechar al máximo las diferentes ideas de los miembros del equipo y llegar a conclusiones y acuerdos en conjunto para llevar a cabo las propuestas de mejora.

Durante la sesión de la lluvia de ideas se utilizaron preguntas que deberían ser contestadas después de cada idea, estas preguntas fueron:

- ✓ ¿Cómo?
- ✓ ¿Porque?
- ✓ ¿Para qué?

Solamente las propuestas que pudieran cubrir las respuestas de estas tres preguntas se consideraron como mejoras al proceso y al proyecto, por lo tanto las principales ideas de solución obtenidas durante la sesión antes mencionada son las siguientes:

- ✓ **Check List de Documentación**
- ✓ **Informe de Seguimiento**
- ✓ **Estandarización de Notas en el Sistema**

A continuación explicaré mediante las preguntas antes mencionadas cuales son las principales funciones de cada propuesta y el valor agregado que generaran al proceso de Siniestros Gastos Médicos Mayores en la empresa.

#### 4.1 Check List de Documentación.

- **¿Cómo?** Es un programa que será controlado por el personal de los Centros de Atención Presencial o Barra de Servicio, en el que pedirá toda la información mínima indispensable que el asegurado deberá ingresar cuando se pida un reembolso, el programa aceptará cuando este completa o rechazará cuando este incompleta el ingreso de la documentación, permitiéndonos desde un inicio no aceptar la reclamación.
- **¿Por qué?** Para evitar recibir información incompleta e inservible cuando esta llegue a manos del médico dictaminador.
- **¿Para que?** Para no hacer un reproceso de trabajo solicitando nuevamente la documentación y omitiendo un retraso en el pago a nuestro asegurado que al mismo tiempo genera una expectativa de indemnización en el mismo.

El programa propuesto anteriormente se muestra en la figura 4.1, la cual indica cual será el diseño del mismo, y que información deberá de revisar el personal de los Centros de Atención Presencial en cada rubro del programa antes de aceptar o rechazar la documentación entregada por el cliente.

The form is titled "CHECK LIST DE VERIFICACION DE DOCUMENTOS PARA TRAMITE DE REEMBOLSO GMM" and is part of the "GNP SEGUROS" system. It includes a header with the slogan "vivir es increíble.", the GNP logo, and a "6σ" quality management logo. The form contains several input fields: "FECHA", "N. de Folio", and "ASESOR". The main body consists of a list of items to be verified, each with a "SI" (Yes) and "NO" (No) column containing radio buttons. A red arrow points to the "SI" column for each item, indicating that all items are to be marked as present. Below the list is an "OBSERVACIONES" (Observations) field. At the bottom, there are "ASESOR" and "ACEPTAR" buttons. A green arrow points to the "ACEPTAR" button, which is highlighted in a red box with a green checkmark and the text "DOCUMENTACION COMPLETA PARA DICTAMEN TRAMITE NUEVO/SEGUIMIENTO".

**Callout Box 1 (Top Left):**

- Mencionar concepto(s) reclamado(s).
- Costos unitarios detallados.
- Receta médica con nota de compra de medicamentos.
- Mencionar en la nota de compra, medicamentos o artículos que no sean parte de la reclamación.
- En caso de ser menor de edad a nombre del titular de la póliza, detallar las atenciones que ampara el recibo.

**Callout Box 2 (Middle Left):**

- Fotocopia del Expediente Clínico del Hospital

**Callout Box 3 (Middle Left):**

- Interpretación de estudios que corroboren el diagnóstico.
- Copia de los estudios de laboratorio y/o gabinete o interpretación.

**Callout Box 4 (Middle Left):**

- Para dos reclamaciones simultáneas, presentar toda la documentación requerida, separar los gastos y llenar para cada accidente o enfermedad dicho formato.

**Callout Box 5 (Bottom Left):**

- Incluir folio de identificación.

**Callout Box 6 (Right):**

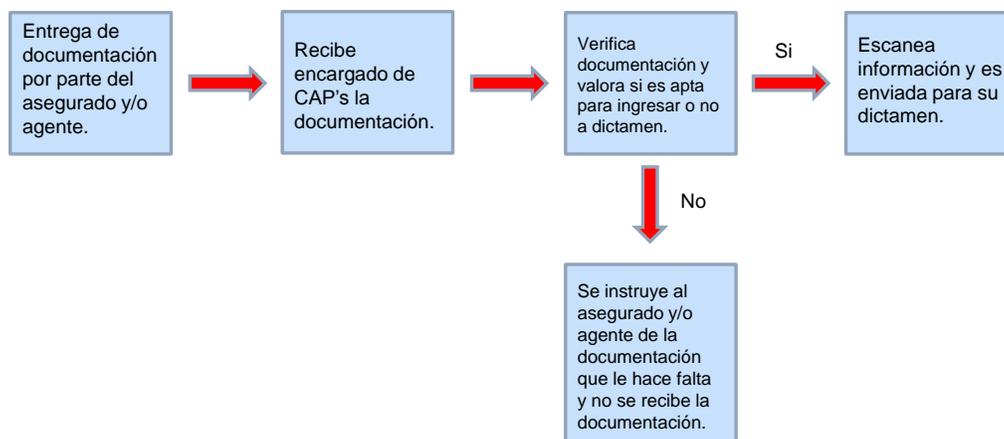
- Formato por cada especialista de quien haya recibido el asegurado atención médica.
- Mencionar los síntomas en orden de aparición, estudios realizados, exploración física y el diagnóstico definitivo.
- Mencionar descripción de medicamentos y tratamientos.

**Callout Box 7 (Right):**

- Este formato debe ser llenado y firmado en su totalidad y con letra de molde por el Asegurado.
- Persona Física:** Copia de la identificación oficial vigente.
- Persona Moral:** Copia del Acta constitutiva de la empresa.
- Copia de la cédula fiscal de la razón social.
- Copia de la identificación vigente del representante legal.
- En caso de que su representación obre en una escritura diferente al acta constitutiva, anexas copia del poder del representante legal.

**Fig. 4.1**  
**Check List de Documentación**

La función principal del Check List de documentación se observa en la Figura 4.2 la cual describe el proceso estratégico de su utilización.



**Fig. 4.2**  
**Proceso Estratégico del Check List de Documentación**

El propósito general de esta propuesta es evitar que desde un principio que se ingrese una reclamación por reembolso, aceptar documentación que no es correcta o incompleta y esta se envíe a Línea de Producción, ya que el medico dictaminador que analice el caso requerirá informar al Centro de Atención Presencial (Barra de Servicio) que el tramite no podrá ser realizado por falta de información o error en ella y se iniciará de nuevo el proceso generando inconformidad al cliente, quien, por haber sido aceptada su documentación desde que se ingresó su trámite, tuvo una expectativa de pago.

De esta forma se podrá garantizar que tanto como médicos o administrativos tengan toda la información indispensable y adecuada para analizar la reclamación y evitar rechazos por documentación faltante o errónea. Con esta mejora se atiende la mejora para:

- ✓ **Pago incompleto de medicamentos relacionados al padecimiento:** Se tendrá toda la documentación con la información necesaria para aceptar el pago de todos los medicamentos reclamados.
- ✓ **Pago rechazado por valoración incorrecta del medicamento:** Se evitará el rechazo de pago de medicamentos ya que el médico dictaminador podrá tener más información para analizar el caso y entender el porqué de los medicamentos recetados por el médico tratante.
- ✓ **Pago rechazado por error al revisar el informe médico:** El personal de Centro de Atención Presencial tendrá la obligación de revisar que el Informe Médico este llenado correctamente y con toda la información correspondiente al padecimiento, y así al llegar al médico dictaminador de Líneas de Producción tendrá un documento completo para revisar.

## 4.2 Informe de Seguimiento.

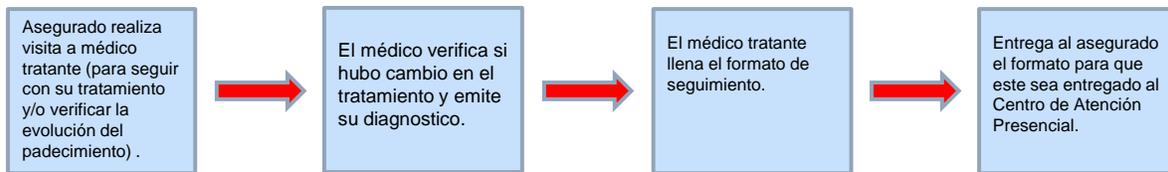
- **¿Cómo?** Se propone un Informe de Seguimiento el cual se va a entregar cada vez que se el asegurado visite a su médico tratante para observar el seguimiento de su padecimiento inicial, el cual pide historia clínica del padecimiento actual, tratamiento y medicamentos administrados y posibles complicaciones relacionadas a los anteriores. Es un informe médico simple de fácil llenado donde se menciona la evolución de la enfermedad.
- **¿Por qué?** Porque es necesario tener toda la información necesaria y clara que pueda modificar la información del dictamen medico, como complicaciones o desarrollo de nuevos padecimientos, a fin de tener una base clara y justificada del asegurado.
- **¿Para qué?** Para tener un control de la evolución de la recuperación.

El informe propuesto anteriormente se muestra en la figura 4.3, la cual indica cual será el diseño del mismo, y que información deberá de llenar el medico tratante a fin de facilitar el trámite de reembolso para el asegurado

Informe médico de seguimiento.	
1. Detallar historia clínica del padecimiento actual:	
2. ¿Por que se esta llegando al diagnostico de este padecimiento?	
3. Enlistar medicamentos y/o procedimientos fijados; así como el motivo de prescripción:	
Descripción	Motivo
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
4. Nombrar posibles complicaciones relacionadas con los prodecimientos prescritos, el padecimiento y/o con el uso de los medicamentos:	
Fecha de elaboración.	
día mes año	

**Fig. 4.3**  
**Informe de Seguimiento**

La función principal del Informe de seguimiento se observa en la Figura 4.4 la cual describe el proceso estratégico de su utilización.



**Fig. 4.4**  
**Proceso Estratégico del Informe de Seguimiento**

Con esta propuesta se pretende evitar rechazar pagos que se tipifiquen como **“Gastos no Relacionados”** y mantener informados a los médicos dictaminadores de GNP de la evolución de la enfermedad del paciente, ya que de esta forma ellos podrán tener conocimiento de la continuidad de la misma y los tratamientos y medicamentos proporcionados, y así tener más información que sustente el porque se deberá pagar una reclamación en caso de haber generado un padecimiento nuevo a consecuencia del que se tenía anteriormente, o requerir tratamientos, cirugías o medicamentos extras. De la misma forma se atiende la problemática de:

- ✓ **Pago incompleto debido al error al calcular la cantidad de medicamento necesario:** Se sabrá que cantidad es necesaria de medicamento ya que se tendrá un historial que valide el porqué de la dosis recetada al paciente.

#### 4.2 Estandarización de Notas en el Sistema.

- **¿Cómo?** Mediante la estandarización de notas, creadas para pago inicial, seguimiento y pago administrativo se pretende que cada vez que sea revisada por el médico dictaminador o el administrativo tratante sea entendible, clara y concisa, a fin de tener la información principal para poder realizar un pago o un rechazo correctamente con base a la información que se tiene plasmada en las notas anteriores.
- **¿Por qué?** Porque hoy en día existe una variación en las notas y datos que se ingresan al terminar una reclamación.
- **¿Para qué?** Para evitar confusión cuando las notas son leídas y hacerlas entendibles acerca del dictamen final para cualquier persona que las consulte.

La estandarización de notas en los sistemas de Grupo Nacional Provincial en el área de Gastos Médicos Mayores, consiste fundamentalmente en que cualquier nota realizada contenga el mismo tipo de información indispensable que se requiere para hacer un dictamen médico y administrativo efectivo, este se muestra en la figura 4.5 en la cual se muestra el diseño propuesto que contiene la información indispensable para el llenado.

No. de folio: _____	Modalidad _____	Plan: _____
Póliza pagada hasta: <u>(dd/mm/aa)</u>		
Cobertura: _____		
Deducible _____ Coaseguro _____		
Exclusiones: _____		
Médico dictaminador: _____		
Nombre del médico tratante: _____		
Diagnostico: _____		
_____		
CPT: _____		
Resultado de dictamen: _____		
_____		
Monto pagado: _____		
Relación de gastos con el padecimiento: _____		
Información médica que modifique el dictamen inicial: _____		
_____		
Gastos no relacionados con el padecimiento:		
_____		
Cuales y Por que?:		
_____		
_____		

**Fig. 4.5**  
**Llenado de notas en sistemas**

La función principal del formato de la estandarización de las notas en sistemas se observa en la Figura 4.6 la cual describe el proceso estratégico de su utilización.

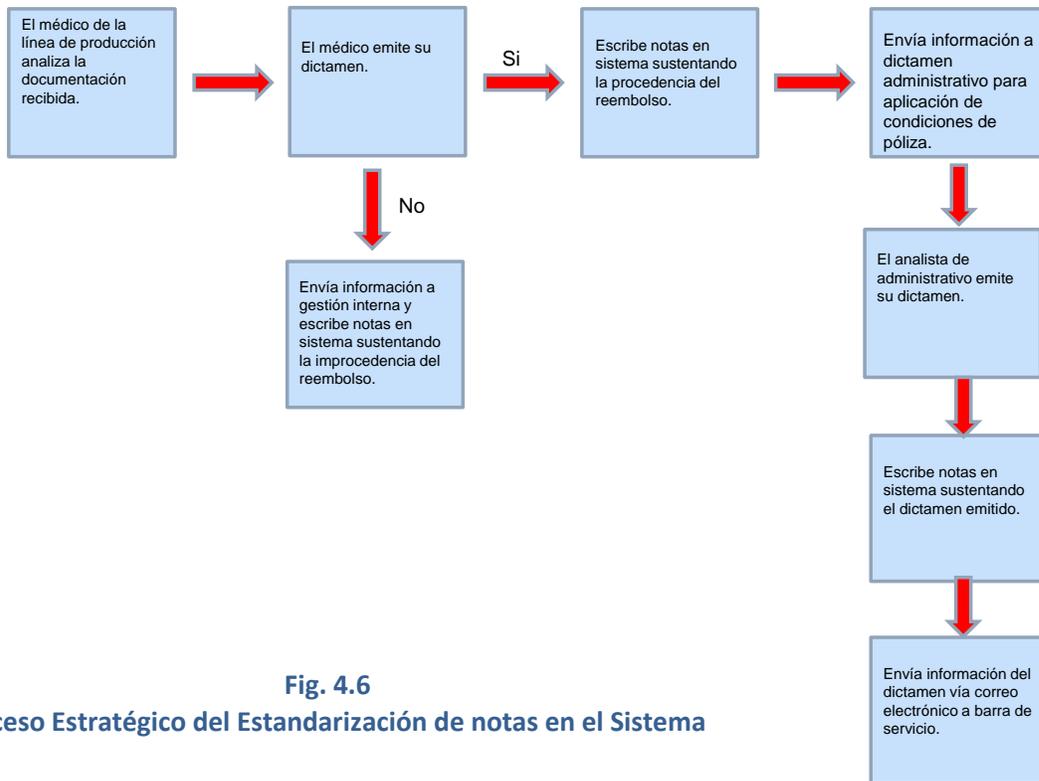


Fig. 4.6

#### Proceso Estratégico del Estandarización de notas en el Sistema

La estandarización de los sistemas en el área de Gastos Médicos Mayores en I tiene el propósito de que cada modificación, movimientos, pago o rechazos en los siniestros de los asegurados contengan la misma información a fin de generar un historial similar para cada caso atendido.

En la primera sección se tendrá la información básica de la póliza contratada (modalidad, plan, vigencia, cobertura, deducible, coaseguro y exclusiones) y el número de folio generado para el trámite echo.

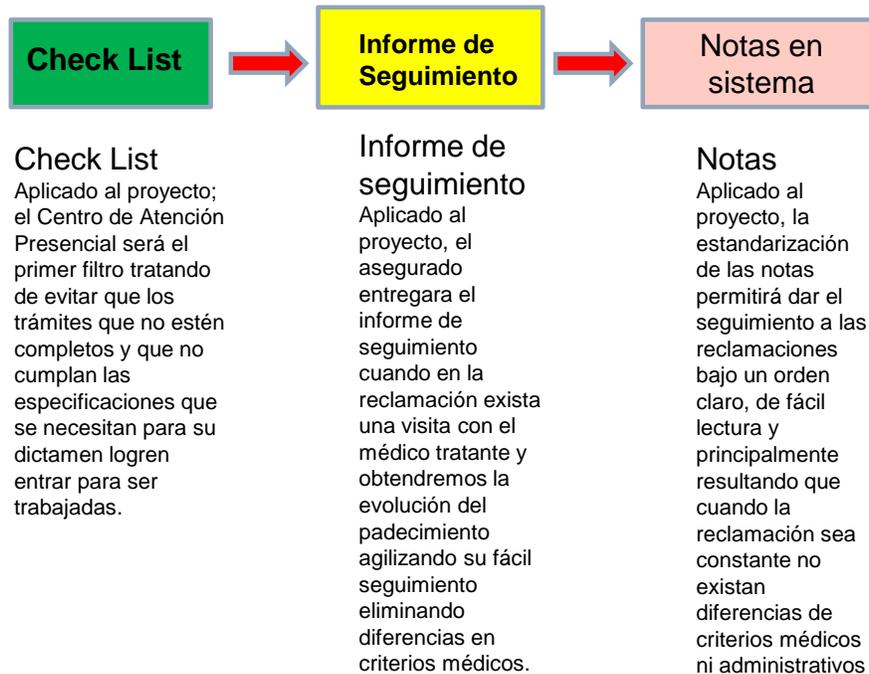
Posteriormente se pide la información relacionada al padecimiento reclamado (Médico Dictaminador, Médico tratante y CPT).

Finalmente se pedirá toda la información generada al dar el resultado final de la reclamación (Resultado del dictamen, monto pagado, relación de los gastos con el padecimiento, información médica que modifique el dictamen inicial, gastos no relacionados al padecimiento, ¿Cuáles y porque?).

También se pretende resolver la problemática de:

- ✓ **Pago rechazado cuando el medicamento y el padecimiento se cubrieron con anterioridad:** Las notas registrarán toda la información que valide por qué se le paga al asegurado ciertos conceptos, y así cualquier médico que valore las diferentes tipos de reclamaciones sabrá el historial que tiene el paciente con el padecimiento.

Una vez hechas estas tres propuestas y como se mencionó en un principio, tienen el objetivo de atacar en conjunto todas las casusas de desviaciones encontradas, obligando al proceso tener que hacer una primera función para continuar con la siguiente y así poder tener la certeza de la realización de cada una de ellas. La dependencia y el proceso en conjunto se muestran en la Fig. 4.7.



**Fig. 4.7**

**Proceso Estratégico para mejoras propuestas**

Para poder proponer las mejoras antes mencionadas el proceso de toma de decisiones consideró como primer soporte todos los resultados estadísticos obtenidos del comportamiento de las quejas durante el año 2011, posteriormente el equipo hacia un análisis de estos y se comentaban con nuestra Gerente quien al mismo tiempo complementaba el trabajo con sus observaciones. Finalmente se presentaban los mismos con nuestro subdirector, quien nos indicaba cual era el siguiente paso, si aun era necesario recabar más datos históricos y seguir analizando datos o empezar con la metodología Six Sigma. Una vez que se inició con la misma, nuestro subdirector nos indicaba que herramienta se iba a utilizar de la metodología, con que áreas internas acercarnos y los resultados esperados en cada paso. En cuanto a este proceso utilizado, mis jefes directos han fungido como líderes importantes del proyecto ya que me han desarrollado en la utilización de las herramientas de Six Sigma. Me he podido dar cuenta que estas herramientas permiten encontrar la causa raíz que provoca desviaciones en el sistema, así mismo, me permitió conocer el proceso de una forma muy detallada y fue más simple entender el motivo de las quejas que ingresaban al área y como poder implementar una iniciativa de mejora.

## Conclusiones

La realización del proyecto presentado en este trabajo, me ha dejado aprendizajes y experiencias tanto personales como profesionales que han contribuido en mi crecimiento como Ingeniero Industrial dándome una visión más amplia de lo que significa aplicar los conocimientos y herramientas adquiridas en el transcurso de la carrera e implantarlos en la empresa en la cual laboro hoy en día.

Mi primer reto al cual me enfrente durante el planteamiento del proyecto, es el trabajo en equipo, ya que la integración con un grupo de personas en un ambiente multidisciplinario quienes tienen diferentes ideas y puntos de vista de cómo alcanzar los resultados esperados en este trabajo, requirió de mi parte entender y aceptar todas las propuestas, ideas y comentarios de cada persona sin descartarlas, posteriormente obtener lo mejor de cada una y en acuerdo mutuo llegar a una conclusión de cuál sería el mejor método a aplicar para poder trabajar en conjunto y de manera satisfactoria para todos.

El siguiente reto fue la negociación con las áreas involucradas en el proyecto a las cuales se deberían de implementar las iniciativas de mejoras propuestas por el equipo, ya que la resistencia al cambio sigue siendo en algunos grupos de trabajo una limitante a la cual me enfrente constantemente, por lo tanto, aprendí a escuchar la voz de mis clientes tanto internos como externos y así poder manejar una técnica en la cual ambos equipos se vean beneficiados sin perjudicar el trabajo de uno o de otro.

Finalmente, mi último reto, fue saber de qué manera aplicar mis conocimientos adquiridos en la Facultad de Ingeniería en el proyecto asignado en la empresa, cómo y que herramientas utilizar según los objetivos deseados y cuál sería la manera más óptima de alcanzarlos. Con la guía de mi jefe directo, mis compañeros de trabajo y algunos libros utilizados en el transcurso de mis estudios, pude encontrar el camino correcto a seguir para continuar con mi trabajo dependiendo de lo que se necesitara en cada paso del planteamiento del mismo.

Me siento muy orgullosa de pertenecer a la Facultad de Ingeniería, Institución que me brindo todas las herramientas suficientes y necesarias para poder desarrollarme eficientemente en un ambiente profesional. En tanto a lo personal, puedo decir que gracias a la Facultad, hoy en día no habría podido alcanzar todos los logros obtenidos, de no haber sido por todas las oportunidades que esta gran Institución me brindó.

## Bibliografía

### Material Bibliográfico

- Condiciones Generales, Póliza de Gastos Médicos Mayores, Línea Azul, Grupo Nacional Provincial S.A.B.
- Preparación de Green Belt, Overview Seis Sigma, Process Excellence Consulting. Manual de Capacitación.
- Manual de Capacitación en Administración de Proyectos y Mejora Continua, C. Enrique Castro Bendimez, Strategic Impact Solutions, International Business Consulting, México D.F.
- Freivalds, Niebel (2004), Ingeniería Industrial, Decima Edición, México, Alfaomega. Pags. 21, 22, 23, 53 y 293-295.

### Material Electrónico

- <http://servicioalcliente.gnp.com.mx/Logon.asp>
- Foro de Control de Inconformidades Gastos Médicos Mayores, GNP, Lotus Notes.
- <http://forotecacno.gnp.com.mx/cheques/politicas/gmmsiniestros/Index2.html>
- <http://forotecacno.gnp.com.mx/cheques/politicas/atencionQuejas/index.html>
- <http://www.contanctognp.com.mx>
- <http://www.gnp.com.mx>