

72

Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica y ampliación de los existentes

**Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**



72

**Creación y desarrollo de nuevos Modelos
de Facturación Electrónica
y ampliación de los existentes**

Estudio realizado por: Rocío Moya Morón
Tutor: Albert Sarrá Escarré

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2008/2009

Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios está dirigida y editada por el Dr. José Luis Pérez Torres, profesor titular de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Presentación

Mi experiencia en el sector ha consistido en la dedicación íntegra al Área de Asistencia Sanitaria, concretamente en el Departamento de Facturación. A lo largo de todos estos años, he ido evolucionando a través de los diferentes campos dentro del mismo, desde introductora de datos a tramitadora de siniestros. En la actualidad, mi función es la de mejorar todos los circuitos en los que se sostiene el Departamento de Facturación, que se inicia en el momento de la recepción de las facturas. Éstas, en su mayor porcentaje, son presentadas manualmente, cosa que implica que la facturación electrónica quede muy lejos de lo que, en pleno siglo XXI, la era de sin papel, se pudiera esperar.

Esta tesis está enfocada al perfeccionamiento y automatización de los modelos actuales, así como a la creación de nuevos modelos que nos permitan la recepción de un 90 % de facturación en formato electrónico.

Agradecimientos

A Fiatc Mutua de Seguros, que me ha dado la oportunidad de ampliar mis conocimientos en el sector asegurador y de crecer en el ámbito profesional.

Al Sr. Albert Sarrá, Director General de Aresa, por sus aportaciones, fruto de su experiencia en el sector.

A Manel Delgado, por su ayuda y sin cuyo apoyo no habría sido posible llevar a cabo este proyecto.

A todas vosotras, que me habéis apoyado durante todo este año y me habéis animado a seguir.

A mis compañeros de promoción, por esos buenos momentos que hemos pasado juntos y por los que vamos a pasar.

A los profesores y al Director del Master por su esfuerzo y colaboración.

Resumen

El presente estudio ofrece un análisis global del funcionamiento de un Departamento de Tramitación de Siniestros de Asistencia Sanitaria.

Este estudio está destinado a mejorar el funcionamiento de dicho departamento, ampliando, en la medida de lo posible, la entrega de las facturas en formato electrónico. Para ello, se ha creado un plan estratégico para la implantación de la facturación electrónica en su totalidad, tanto de prestaciones sanitarias Extrahospitalarias como de las Hospitalarias, simplificando en el primer supuesto los requisitos administrativos que son necesarios actualmente para este tipo de prestaciones, y estableciendo semáforos de control, apoyados en verificaciones de diferentes parámetros, en el segundo caso.

Resum

El present estudi ofereix una anàlisi global del funcionament d'un Departament de Tramitació de Sinistres d'Assistència Sanitària.

Aquest estudi està destinat a millorar el funcionament de l'esmentat departament, ampliant, en la mesura de les seves possibilitats, el lliurament de factures en format electrònic. Per tal d'aconseguir-ho, s'ha creat un pla estratègic per a la implantació de la facturació electrònica en la seva totalitat, tant de prestacions sanitàries extrahospitalàries com de les hospitalàries, simplificant en el primer supòsit els requeriments administratius que, actualment, són necessaris per aquest tipus de prestacions, i creant semàfors de control, recolçats en verifications de diferents paràmetres, en el segon cas.

Summary

The current research offers a comprehensive analysis about the working of a Department Resposable For Medical Consultancy Fees.

This study seeks to improve its operations, increasing, as far as possible, the invoice delivery in electronic format. For that, it's set up un strategic plan in order to implant the electronic invoicing as a whole, both extra hospitalary assistance as well as the hospitalary services, simplifying in the first case the administrative requirements wich at the present time are necessary for this kind of services, and creating control traffic lights, supported by the checking of different parameters in the second case.

Índice

1. Presentación del problema	9
2. Objetivos	9
3. Definición de Seguro de Asistencia Sanitaria	9
4. Funcionamiento	10
5. Estructura organizativa	10
5.1. Departamento de Tramitación de Facturación	11
5.2. Departamento de Cuadro Médico	13
5.3. Departamento de Automatización	14
5.4. Departamento de Prestaciones	15
5.5. Departamento de Sistemas	16
6. Proveedor de Servicios	17
7. Automatización de Prestaciones	23
7.1. Automatización Proveedores NO Hospitalarios	23
7.2. Automatización Proveedores Máximo Volumen	26
8. Caso Práctico	41
9. Capítulo de Conclusiones	44
10. Bibliografía	44
11. Anexos	45

Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación electrónica y ampliación de los Modelos existentes

1. Presentación del problema

El problema con el que nos encontramos actualmente es la dificultad de codificar, tarifcar y verificar todos los siniestros sanitarios que a día de hoy tienen un tratamiento manual, cosa que obliga a las empresas a contar con un numeroso equipo humano formado para desarrollar esta tarea.

En la actualidad, existen diferentes modalidades dentro del Seguro de Asistencia Sanitaria que se diferencian por la forma de pago. Una de ellas es el pago por Caputivo, es decir, el proveedor recibe una cantidad estipulada por contrato a cambio de realizar la asistencia sanitaria a los asegurados de la Entidad con la que trabaja; la otra es la modalidad de Pago por Prestación, que es la que las Entidades que trabajan el Ramo de Asistencia Sanitaria suelen escoger en su mayoría, para lo cual, además de contar con un Departamento que tramita la facturación manual, utilizan diferentes sistemas de facturación electrónica. El problema de estos sistemas es que son muy limitados en cuanto al tipo de prestaciones a las cuales se puede aplicar este circuito de facturación, que en su mayoría se trata de actos Extrahospitalarios, por este motivo la primera propuesta de mejora consiste en aprovechar estos sistemas, ampliando su campo de actuación, y en crear un sistema que permita automatizar al máximo toda la facturación, inclusive la Hospitalaria.

2. Objetivos

Los objetivos a conseguir con la ampliación de prestaciones Extrahospitalarias y la incorporación de las Hospitalarias en la facturación electrónica son, en primer lugar, mejorar la tramitación de siniestros; en segundo lugar, eliminar los errores ocasionados por la introducción manual de los datos; y por ultimo tener un mayor control de las prestaciones, de manera que se puedan reducir en un gran porcentaje los posibles "fraudes" que se pueden originar, ya que, con este modelo de facturación se podrá disponer de todos los datos diariamente o en el mismo mes de su realización, y esto facilitará las revisiones, los estudios y las decisiones que tenga que tomar el Departamento de Control de Gestión.

3. Definición de seguro de asistencia sanitaria

Aquel que cubre el riesgo de enfermedad o accidente del asegurado, proporcionándole servicios médicos y quirúrgicos, farmacéuticos e internamiento en

clínicas o centros médicos, dentro de las especialidades y con los límites que figuren en póliza.

(MAPFRE- Diccionario de Términos de Seguros)

4. Funcionamiento

Para el correcto desarrollo de lo que tratamos de exponer es necesario hacer un planteamiento general de la Estructura Organizativa de una Entidad modelo, de manera que podamos concebir las necesidades reales que la caracterizan y de qué forma puede afectar cualquier decisión que se tome al respecto.

5. Estructura organizativa

La tramitación de una factura consiste, en primer lugar, en la verificación de la documentación que se requiera, que normalmente varía en función de la prestación que se esté tramitando y de la actividad del proveedor, en segundo lugar, la codificación de las prestaciones realizadas por el Proveedor Sanitario, para la que se utiliza un Nomenclator del Colegio de Médicos o de la propia Entidad; en tercer lugar, la comprobación de las tarifas acordadas y realización de ajustes si procede y, por último, la introducción del siniestro en la base de datos de la Entidad, el cuadro de la factura introducida y archivo de la misma.

La facturación se divide en dos grandes grupos:

1. Facturación prestaciones No Hospitalarias- Extrahospitalarias

Este grupo se divide en:

- Visitas a especialistas
- Pruebas realizadas en consulta
- Laboratorio
- Pruebas Diagnósticas Ambulatorias
- A.T.S

2. Facturación prestaciones Hospitalarias

Este grupo se divide en diferentes tipos de actividades:

- Urgencias
- Honorarios Médicos

- Pruebas Diagnósticas
- Ingresos y Bloques Quirúrgicos

Las diferencias entre estos dos grandes grupos, sobre todo entre las prestaciones Extrahospitalarias y la actividad Hospitalaria de Ingresos y Bloques Quirúrgicos, radica primeramente en los documentos administrativos que se requieren para cada uno de ellos: en el primer caso es suficiente con la tarjeta del asegurado, en el segundo además es necesaria la petición de ingreso y la autorización previa de la compañía. En segundo lugar, en la documentación que se requiere para una correcta tramitación: en el primer caso dependiendo de la prestación puede realizarse a través de la facturación automática y, en su defecto, sólo es necesario aportar un justificante de asistencia firmado por el asegurado, sin embargo en el segundo caso es necesaria la aportación de la autorización de la compañía, los informes médicos de los procesos y la justificación de todas las pruebas complementarias que se realizan en el mismo. Esto hace que la documentación a revisar sea muy elevada, que la factura de un proceso hospitalario sea muy amplia en conceptos y, por lo tanto, que el tiempo de tramitación sea muy elevado.

Vamos a analizar los Departamentos que interactúan en estos procesos dentro de una Entidad que trabaja el Ramo de Asistencia Sanitaria. A lo largo de este análisis, comprobaremos la necesidad de que todos estos Departamentos estén interrelacionados entre sí y la importancia de que entre ellos exista una comunicación fluida y un correcto intercambio de información.

5.1. Departamento de Tramitación de Facturación

Debemos aclarar que existen dos procesos de facturación:

- Manual
- Automático

Proceso Manual

Lo primero a destacar es que la recepción de las facturas de prestaciones se realiza en cada una de las delegaciones, de las que dispone la Entidad, repartidas por el territorio nacional. Éstas son las encargadas de poner en marcha los primeros pasos necesarios para una correcta tramitación. Estos pasos son los siguientes:

- Registro de la fecha de recepción en la Sucursal
- Codificación/ Identificación del proveedor
- Codificación de la prestación
- Verificación o, en su defecto, tarificación de la prestación

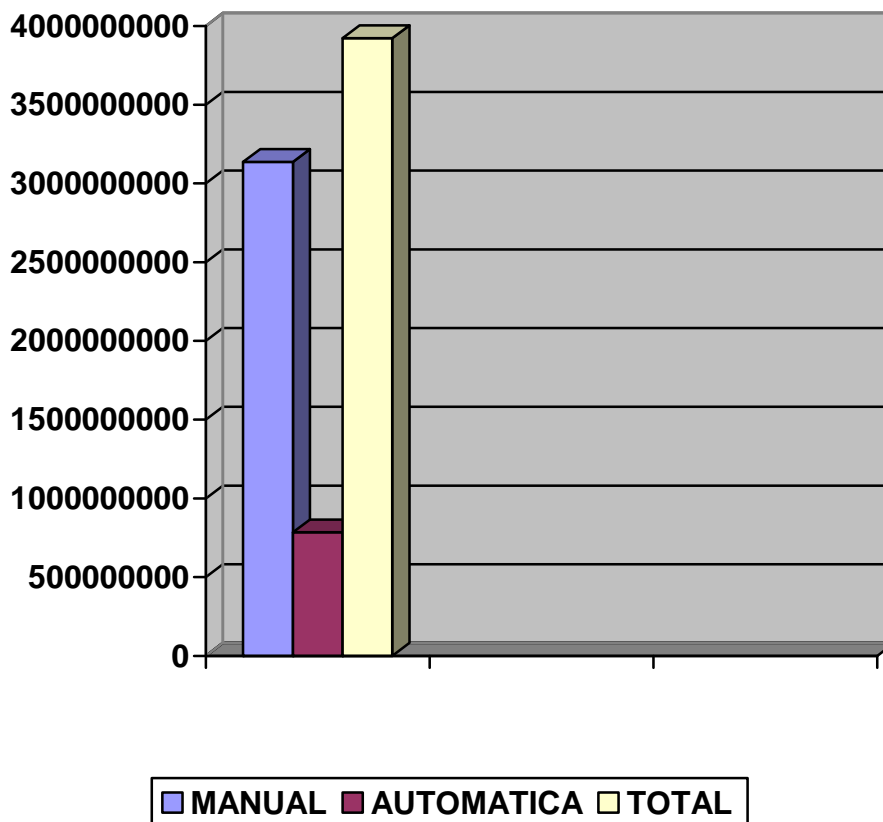
- Registro de la fecha de salida de Sucursal

Revisados todos estos conceptos, las facturas de los proveedores son enviadas a Central para su registro, que consiste en incluir en la base de datos de la Entidad todos los datos referentes a la factura entregada por el Proveedor.

Una vez registradas, estas facturas pasan al Departamento de Tramitación, dónde se cuenta con un equipo humano dedicado íntegramente a su tramitación y control.

Tenemos que tener en cuenta que más del 80% de la facturación de una Entidad que trabaja el Ramo de Asistencia Sanitaria es recibida de forma manual, es decir, que 3.921.334.345,76 € de prestaciones sanitarias (datos ICEA 2008) son tratadas manualmente. Esto conlleva que los procesos de facturación se alarguen, que la exposición a posibles errores sea alta, que el seguimiento de incidencias sea complejo y que los plazos de pagos se prolonguen.

FACTURACIÓN ASISTENCIA SANITARIA



Fuente ICEA

Proceso automático

Como se ha comentado anteriormente, existen diferentes sistemas de facturación electrónica enfocados básicamente a las prestaciones Extrahospitalarias. La recepción de esta facturación se realiza por ficheros electrónicos que son tratados en una primera fase por los Proveedores de Servicios que realizan los primeros filtros de control. Estos filtros consisten principalmente en:

- Identificación de la tarjeta del asegurado
- Verificación del estado de la póliza
- Comprobación de carencias
- Control de los filtros establecidos por las compañías

Una vez recibida esta facturación, la compañía marca las normas de este proceso por medio de las pautas establecidas para cada una de las prestaciones sanitarias facturadas de forma automática por el Departamento de Prestaciones, el Departamento Médico y el Departamento de Facturación, y que se materializan a través de los sistemas informáticos. Debemos aclarar, que actualmente es necesario contar con revisiones manuales, ya que, existen controles que, con los procesos de los que se dispone, no se pueden automatizar.

Hasta hace un par de años, este tipo de facturación se reducía a Visitas y Pruebas realizadas en consulta, pero a día de hoy la facturación electrónica se ha ampliado al ámbito de los Análisis Clínicos y Pruebas de Diagnóstico Ambulatorias. En estos casos, los proveedores introducen en un formato de fichero concreto, normalmente establecido por cada una de las Entidades, los datos del asegurado con la comprobación previa del estado de la póliza y carencias, el acto a facturar, la fecha de realización y el prescriptor de la prestación. Todos estos datos son enviados a la Entidad que realiza las verificaciones y aplica los mismos filtros de control mencionados anteriormente.

Veremos de forma más detallada estos procesos en el punto 7 de Automatización de Prestaciones. Tanto en este caso como en el anterior, la carga de los siniestros es automática a la base de datos de la compañía, esto quiere decir que no es necesaria la introducción manual de los mismos.

5.2. Departamento de Cuadro Médico

Departamento que recibe las comunicaciones de profesionales médicos, profesionales sanitarios y otros proveedores que, ofreciendo sus técnicas de diagnóstico, están interesados en formar parte del cuadro médico de la compañía para ofrecer su colaboración atendiendo a los mutualistas de la compañía.

En virtud del tipo de solicitud recibida, y en estrecha colaboración con la Dirección Médica de la Entidad, se encarga de valorar, entre otros, mediante estudio de asegurados y especialistas por zona, así como supra especialización del

solicitante, si la incorporación del mismo es valorada como inclusión, o por el contrario se pospone para valorarla nuevamente en un tiempo prudencial atendiendo a las circunstancias del momento.

Es muy importante mencionar que este circuito puede sufrir variación en función del tipo de solicitud, los considerados proveedores de pruebas diagnósticas, e incluso profesionales “autónomos” ó Policlínicas cuyas pretensiones económicas resulten atractivas para la Entidad, pasarán en primer lugar a ser valoradas por el Departamento de Prestaciones.

Por circuito ordinario y una vez establecida la preceptación del Profesional/Centro Médico por parte de Dirección Médica, la solicitud prosigue su trámite. Por una parte el Departamento de Prestaciones es el encargado de la notificación de las tarifas a aplicar, atendiendo a las técnicas y actos utilizados por el profesional; por la otra, el Departamento de Cuadro Médico procede a emitir la documentación necesaria para formalizar la contratación del Profesional/Centro Médico con la Entidad.

Cabe la posibilidad de no llegar a un acuerdo económico entre ambas partes, en cuyo caso el profesional o el mismo Departamento de Prestaciones, hace llegar al Departamento de Cuadro Médico la información oportuna para no proseguir con el trámite de la contratación.

Al tratarse del primer Departamento que tiene contacto directo con los Profesionales/Centros, es el encargado de gestionar cualquier tipo de comunicación que vaya relacionada con ellos – por ejemplo: Traslados de consulta, sustituciones, cese de colaboración, etc. – así como las correspondientes actualizaciones en el directorio de la base de datos que resulten de tales acontecimientos.

Una vez que han sido cerrados los circuitos de contratación y concierto de prestaciones/tarifas, se deriva la información al Departamento de Automatización para la puesta en marcha de la implantación de los Terminal Red que cubrirán las necesidades del profesional a la hora de realizar la facturación electrónica de sus prestaciones.

5.3. Departamento de Automatización

La tarea principal de este Departamento consiste en procurar la implantación de todos los medios informáticos y electrónicos (Terminal Red) a los profesionales que prestan su colaboración con la Entidad, así como velar por el buen funcionamiento de los mismos a fin de obtener un buen producto final (fichero electrónico ó Base de Datos) que se traduzca tanto en simplicidad como agilidad de facturación para el profesional y para la Entidad.

Tomados como referencia estudios exhaustivos de los Profesionales Sanitarios/Proveedores acreditados para la colaboración con la compañía, se localizan en primera instancia aquellos que cuentan con un gran volumen de actos facturables, ejerciendo derecho de prioridad frente aquellos otros que por sus condiciones particulares lo son en menor medida, para proceder a la instalación

de Terminales Red que les permitan cubrir al máximo sus necesidades de facturación.

Para ello se deberá tener en cuenta, además del volumen de facturación -en número de actos-, la zona en la que se prestan los servicios y el tipo de actividad generada, por lo que es necesario utilizar todas las herramientas informáticas disponibles para la extracción de información y posteriores cruces de datos que determinen finalmente aquellos Profesionales/Proveedores que entrarán en el proceso de implantación de Terminal Red.

Por las características propias del Departamento, son los encargados de realizar un seguimiento regular del proceso de implantación para conocer en todo momento el estado de las nuevas instalaciones.

De igual manera, se realizan estudios periódicos de la actividad generada por el profesional que ya dispone de todos los medios necesarios para comprobar el buen uso de los Terminales Red y poder determinar – si la actividad generada a través de lo mismos no se encuentra en los parámetros establecidos - si nos encontramos ante una incidencia que sea imputable al propio Terminal Red, al Proveedor de las telecomunicaciones, o bien a la Entidad. Una vez determinado el origen de la incidencia se toman las medidas oportunas, ya sea girando instrucciones al Proveedor del Servicio Técnico, generando nueva formación para el personal usuario del sistema, subsanando un posible error de datos en la propia Entidad, etc.

En mayor grado, este Departamento ofrece soporte diariamente, atendiendo las posibles dudas y/o necesidades de los Profesionales/Centros usuarios que acuden a la Entidad como fuente principal de información, asimismo, interactúa con las diferentes áreas y delegaciones de la Entidad como fuente principal de información automática, facilitando estadísticas on-line y de confirmación de transacciones realizadas.

5.4. Departamento de Prestaciones

Este es uno de los departamentos más influyentes en todo este circuito, dado que es clave a la hora de marcar las reglas de negocio en cuanto a tarifas y normas de facturación que ha de seguir la compañía.

Es imprescindible que este Departamento disponga de las herramientas necesarias para realizar un estudio de costes a diferentes niveles - a nivel Proveedor Sanitario, prestación, actividad y/o delegación - que le proporcione estadísticas de actividad, precios medios de prestaciones y de procesos y un mayor control de gastos que permita conseguir una correcta negociación. Además, este Departamento tiene que introducir y gestionar el mantenimiento de las bases de datos de las tarifas asociadas de los Proveedores Sanitarios, para que la información esté siempre actualizada y pueda ser utilizada por las diferentes Áreas de la Entidad.

La negociación debe seguir unas pautas muy definidas en el ámbito de delegaciones y tipo de actividad para que el mantenimiento de las mismas sea flui-

do y no se produzcan grandes diferencias de tarifas y así facilitar el mantenimiento de las bases de datos.

Una adecuada negociación se podrá llevar a cabo si se conoce al cien por cien la actividad del Proveedor Sanitario, las prestaciones que tiene acreditadas, volumen de facturación anual, número de prestaciones que prescribe a nuestros asegurados, en qué porcentaje la facturación es manual y/o electrónica, las incidencias que genera su facturación, delegación en la que presta sus servicios, número de asegurados que tenemos en esa zona, etc.

Con esta información y con los datos de los que se puede disponer por medio de las bases de datos, se podrá llegar a una negociación que proporcione beneficios a la Entidad y una reducción de Siniestralidad.

Tal y como se indica en los anteriores puntos, el Departamento de Prestaciones tiene que estar en contacto directo con el Departamento de Automatización, ya que una de sus funciones es que, en el momento en que se instala un terminal, debe encargarse de la acreditación interna pertinente de las prestaciones que cada uno de los proveedores van a tener autorización para realizar y facturar tanto de forma manual como de manera automática, así como de tener actualizadas las tarifas de los mismos, para que a la hora de realizar las cargas automáticas en los sistemas de siniestros de la Entidad, no se generen incidencias en cuanto a tarificación.

5.5. Departamento de Sistemas

Departamento encargado de poner en marcha los Sistemas de Información acordes a las reglas de negocio y necesidades de control tanto en los procesos manuales como en los automáticos, incluida la validación informática de las tarifas acordadas con cada uno de los proveedores.

Proceso Manual

Los controles se pueden realizar en diferentes fases del proceso de facturación: durante la tramitación de las prestaciones manuales, marcando filtros que detecten irregularidades referentes al asegurado y verificación de tarifas, y/o después de la introducción del siniestro, dónde se ponen en marcha todos los controles y filtros creados por el Departamento de Prestaciones, encargado de marcar los filtros relacionados con la tarifa del proveedor, el Departamento de Asesoría Médica, que confecciona los filtros relacionados con la reiteración innecesaria de las prestaciones que no requieran de una autorización previa de la compañía y que junto con el Departamento de Facturación, crean todos los semáforos de control relacionados con las prestaciones Extrahospitalarias y Hospitalarias.

Proceso Automático

En este proceso los primeros controles son realizados por el Proveedor de Servicio como veremos a continuación en el punto 6.

Una vez realizados estos controles, la facturación es introducida directamente en la base de datos de siniestros de la compañía. Es en este momento en el que se ponen en marcha todas las validaciones internas marcadas por los Departamentos mencionados anteriormente.

6. Proveedor de servicios

Actualmente existen en el mercado diferentes Proveedores de Servicios que ofrecen a las compañías la automatización de su facturación. En este estudio vamos a ver dos de los modelos actuales y las diferencias que existen entre ellos.

MODELO 1

Características Generales de este Modelo:

Dispone de un Parque de Terminales propio conectado a un Centro Autorizador que es controlado y gestionado directamente por el Proveedor de Servicios. Este Centro Autorizador puede ser instalado e integrado en la propia infraestructura informática del Cliente (Entidad Aseguradora), por lo que puede ser totalmente personalizado.

Cuenta con numerosas validaciones a distintos niveles, algunas de ellas son las siguientes:

GENERALES:

- Tarjeta del Asegurada Activa
- Profesional Existente y Activo
- Terminal Activo
- Acto Médico Existente
- Acto Médico Excluido

POR ASEGURADO:

- Plazos de Carencia
- Cobertura
- Exclusiones e Inclusiones de Actos

POR PROFESIONAL:

- Especialidad Acreditada al Profesional

- Exclusiones e Inclusiones de Actos Médicos

Dentro de este modelo existen tres sistemas posibles de automatización:

Primer Sistema

Se dispone del Parque de Terminales con los que cuenta el Proveedor de Servicios. Las transacciones son recogidas por el Proveedor de Servicios y enviadas a la compañía. En este caso no existe Centro Autorizador, por lo que simplemente se recogen las transacciones generadas por el Proveedor Sanitario y son enviadas al Cliente sin realizar ningún tipo de validación (Ver Anexo 1)

Segundo Sistema

Se dispone del Parque de Terminales del Proveedor de Servicios. Las transacciones generadas por el Proveedor Sanitario son enviadas al Proveedor de Servicios que en este caso actúa de concentrador de transacciones, y, a través de líneas exclusivas, son enviadas al Software de Autorizaciones, que conecta directamente con la base de datos del Cliente, y por las mismas líneas exclusivas envían la respuesta de la transacción, tanto al Proveedor Sanitario como al Cliente. El Software de Autorizaciones utilizado en este sistema, es propio del Proveedor de Servicios, y puede ser realizado a la medida del Cliente para adaptarlo a sus necesidades.

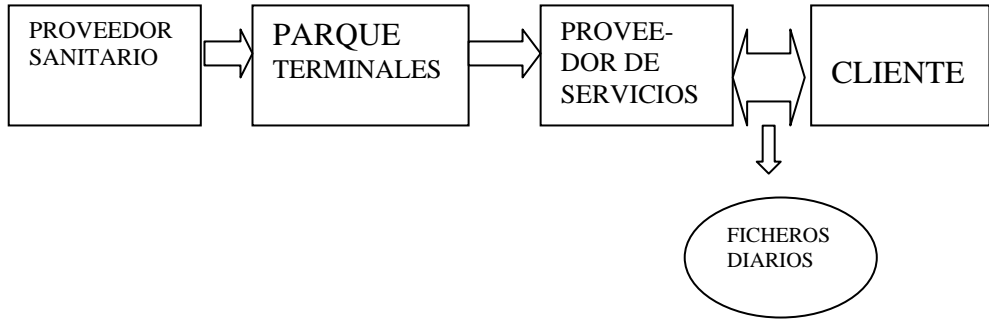
Las transacciones llegan por dos vías diferentes: por Terminal Analógico o por Terminal Virtual. Éste último es una dirección propia y una aplicación creada por el Proveedor de Servicios. La WEB que es una URL directa, está preparada para leer tanto Banda Magnética, como Chip (ver Anexo 2).

Tercer Sistema

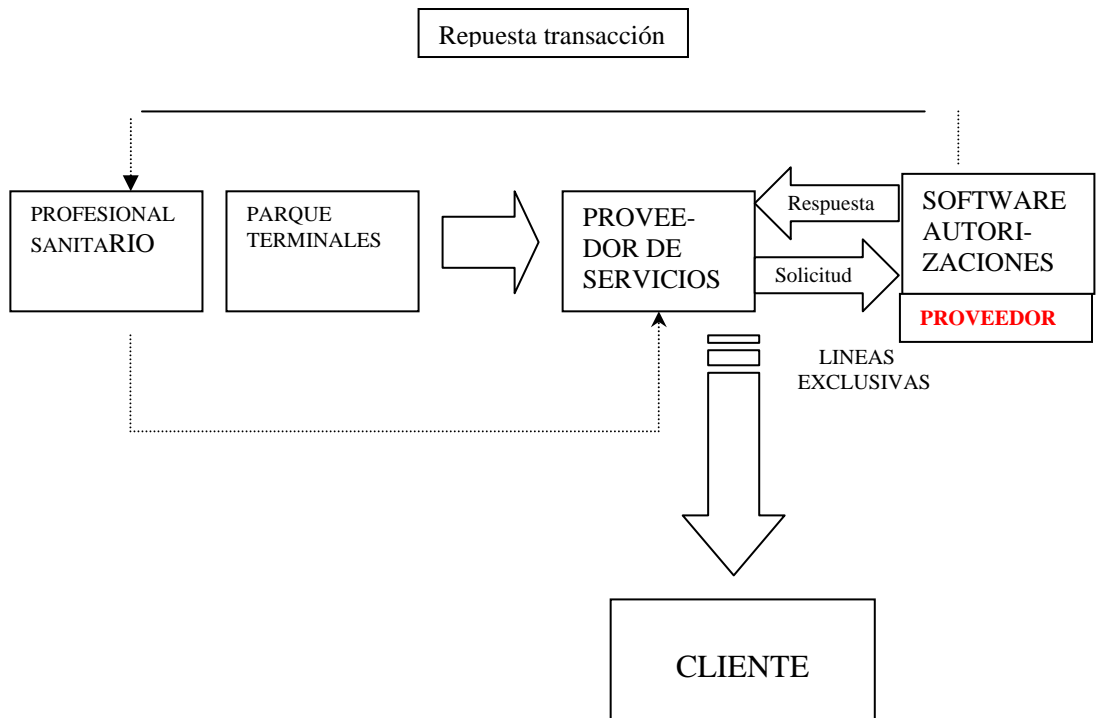
Igual que los dos sistemas anteriores, dispone de parque de Terminales propio. Las transacciones generadas por el Proveedor Sanitario son recogidas por el Proveedor de Servicios, pero no son enviadas al Software de Autorizaciones del Proveedor, porque, en este caso, todo el sistema de autorizaciones está desarrollado por el propio Cliente.

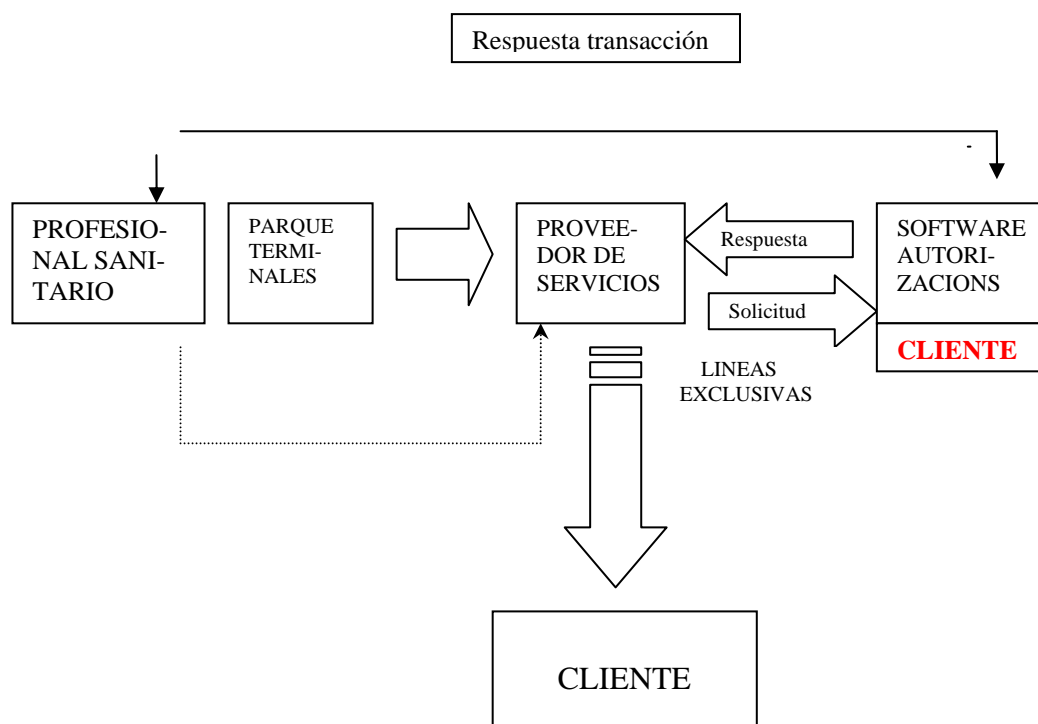
El funcionamiento es el mismo, las transacciones se reciben por Terminal Analógico o Virtual y son enviadas al Proveedor de Servicios, que a través de líneas exclusivas las envía al Centro de Autorizaciones del Cliente y devuelven la respuesta de la transacción tanto al Profesional Sanitario como al Cliente (ver Anexo 3).

ANEXO 1 - Primer Sistema



ANEXO 2 - Segundo Sistema





En la actualidad, de estos tres sistemas expuestos el más utilizado dentro de este modelo es el segundo, por lo cual vamos a verlo de una forma más detalla.

Características:

- Son necesarios dos servidores propios del Cliente para poder acceder al Software del Proveedor de Servicios.
- Hay una respuesta de la transacción tanto al Cliente como al Proveedor Sanitario.
- Existen dos líneas exclusivas para el envío y respuesta de las transacciones, si alguna de las dos fallan en la conexión provoca el rechazo de todas las transacciones al no obtener respuesta del Centro Autorizador. Para evitar esto, el Proveedor de Servicios dispone de una copia de la base de datos del Cliente que se actualiza cada 24 horas, cosa que permite, en caso de fallar la conexión, realizar la consulta directamente a esta base de datos.
- Hay un servicio de CAU Telefónico al que se puede dirigir el Profesional Sanitario en caso de fallo de la lectura de la tarjeta del asegurado, en el que se verifica el estado de la póliza y se le proporciona un número de autorización para que pueda introducir la prestación por el Terminal.

Ventajas:

- Permite facturar al momento.
- Conocer la actividad por profesional en el mismo instante de la transacción, al ser on-line.
- Se dispone de la información de todas las transacciones generadas, ya que quedan registradas tanto si son autorizadas como denegadas.
- Seguimiento de las operaciones de la red (periodo de consulta una semana).

Desventajas:

- Al tratarse de un Software propio del proveedor de Servicios, cualquier modificación sobre éste, ha de ser realizada directamente por el proveedor.
- Este modelo genera lentitud en los tiempos de respuesta de las transacciones
- El Proveedor Sanitario no puede realizar anulaciones automáticas, tiene que pasar las incidencias al Dpto. de Facturación de forma manual.
- No permite conocer la actividad por Terminal

Una vez que las transacciones recibidas han pasado todas las validaciones por parte del Proveedor de Servicios, son enviadas al Cliente una vez al mes. Toda la información recibida se graba en unas tablas, a través de programas Batch se extrae toda la información de las tablas y se realizan las VALIDACIONES INTERNAS contra el sistema general de Siniestros del Cliente. Una vez realizadas las Validaciones, se valoran cada uno de los actos médicos contra el programa de Tarifas de forma automática, y acabado este proceso se introduce la información en el sistema de pagos de la compañía.

Finalizado este circuito, toda esta información pasa a disposición del Departamento de Facturación, que se encarga de la revisión.

MODELO 2

Dispone de un Parque de Terminales propio conectado a un Centro de Autorizaciones que se encuentra en las instalaciones del Proveedor de Servicios, este Centro se mantiene periódicamente mediante la información que va remitiendo la Entidad sobre sus asegurados y Proveedores Sanitarios que trabajan con ella.

El Proveedor de Servicio actúa de intermediario entre el Cliente y el Proveedor Sanitario centralizando todos los procesos de intercambio de información, canalizando los distintos flujos y autorizando, por delegación, las solicitudes entre ambos.

Las transacciones llegan por dos vías; por Terminales Analógicos y por Terminales Virtuales, y son enviadas al Software a través de MODEM X25 o conexiones entre redes.

Al igual que el anterior Modelo, cuenta con numerosas validaciones a distintos niveles.

Características

- Hay una respuesta de la transacción tanto al Cliente como al Proveedor Sanitario.
- Hay un servicio de CAU Telefónico al que se puede dirigir el Proveedor Sanitario en caso de fallo de la lectura de la tarjeta del asegurado, en cuyo servicio se verifica el estado de la póliza y se le proporciona un número de autorización para que pueda introducir la prestación por el Terminal.

Ventajas

- Conocer la actividad por Profesional Sanitario y/o por Terminal en el mismo instante de la transacción
- Permite facturar al momento
- El Profesional Sanitario puede realizar Anulaciones automáticas de la última operación
- Todas las transacciones quedan registradas, tanto si son autorizadas como denegadas.
- Seguimiento de las operaciones de la red (periodo de consulta una semana)
- Posibilidad de personalización de Terminales
- Permite cambiar la operativa de los Terminales con telecarga de parámetro sin necesidad de cambiar el Software.

Desventajas:

- Mantenimiento continuo de las bases de datos para que las reglas de validación se apliquen correctamente
- Software propio del Proveedor de Servicios, cualquier modificación sobre éste, ha de ser realizada directamente por el proveedor

7. Automatización de prestaciones

Lo primero que debemos de tener en cuenta antes de realizar una automatización masiva de prestaciones, es poner en marcha la instalación de los Red Terminales al máximo volumen de proveedores que trabaja con la Entidad, siguiendo siempre los criterios de actuación que hemos mencionado anteriormente en el punto 5.3 (Dpto. Automatización).

Una vez realizada la puesta en marcha de los Terminales, para llevar a cabo la automatización se debe tener en cuenta el número de prestaciones con las que trabaja la Entidad y las múltiples casuísticas con las que nos podemos encontrar. En general se divide en dos grandes grupos, dependiendo de la actividad: Proveedores No Hospitalarios y Proveedores de máximo volumen, por este motivo, se trataran ambos grupos por separado.

7.1. Automatización Proveedores No Hospitalarios

Este grupo supone aproximadamente el 25 % de la facturación total del Área de Asistencia Sanitaria de una Entidad. Actualmente, es el grupo de prestaciones que más utiliza los diferentes Modelos de Automatización que existen en el mercado. El problema que conllevan estos modelos es la limitación en cuanto a prestaciones que pueden ser introducidas a través de los mismos. Hoy en día la facturación automática se reduce a visitas de especialistas y actos médicos realizados en consultas, que son en su mayoría los actos que no necesitan grandes requisitos administrativos, y suelen coincidir con prestaciones que no requieren pasar los periodos de carencia para los asegurados.

Para poder ampliar este campo de actuación debemos empezar por crear un proyecto de Liberación de Actos.

Proyecto de Liberación de Actos:

Lo primero sería definir lo que significa la Liberación de Actos; es reducir al máximo los requisitos establecidos en una prestación sanitaria, como puede ser la autorización de la prestación, para gestionar su inclusión en la facturación automática, con esta reducción se facilitara a los proveedores la automatización de la facturación .

Para conseguir llevar a cabo este proyecto correctamente, deberemos seguir las siguientes fases:

Primera Fase

Consiste en llevar acabo un estudio previo de impacto por costes, para lo que debemos utilizar todos nuestros sistemas de información y analizar las prestaciones con una mayor reiteración dentro de las diferentes especialidades, así como calcular el impacto que esto supone dentro de nuestro sistema. Este es el primer requisito que tenemos que analizar antes de decidir la inclusión de una prestación a la automatización. Este mismo estudio ha de ser realizado por

proveedores de manera individual, ya que, no todos los especialistas realizan de forma homogénea los mismos actos, así que, nos servirá para localizar y controlar a aquellos que realizan o generan un gran volumen de prestaciones.

Una vez localizadas las prestaciones que según nuestro estudio pueden ser incluidas en la automatización, debemos de poner en marcha la siguiente fase.

Segunda Fase

Se realizan las acciones oportunas sobre el Nomenclator utilizado por la compañía, es decir, se actualizan todos los requisitos para que los Departamentos correspondientes dispongan de la información adecuada y necesaria para realizar su trabajo.

Estos requisitos pasan por informar en primera instancia al Departamento de Automatización, que ha de realizar un estudio previo que determine si es necesario instalar nuevos terminales red para poner en marcha esta decisión; en segundo lugar, al Departamento de Prestaciones, para que comunique a todos los proveedores de la incorporación de las nuevas prestaciones y así conseguir automatizarlas lo antes posible además de comprobar que esa información ha sido trasladada a nuestra base de datos y en el sistema de tarifas; al Departamento de Autorizaciones, para que sean concededores de las prestaciones que han sido incorporadas a este circuito y evitar así que se realicen autorizaciones administrativas innecesarias; y por último al Departamento de Facturación, que, junto con el de Asesoría Médica y Prestaciones, implantarán los filtros y semáforos de control que se van a establecer en cada uno de los actos.

En este grupo los filtros y semáforos de control son los siguientes:

- verificación del estado de la póliza
- comprobación periodos de carencia del asegurado
- detección de duplicados de un mismo acto
- control de prestaciones no cubiertas por la Entidad
- comprobación de preexistencias
- control de sexo
- control de edad
- control prestaciones con límite de cobertura
- control de repetición innecesaria
- localización de coincidencias entre actos que engloban una misma prestación

Tercera fase

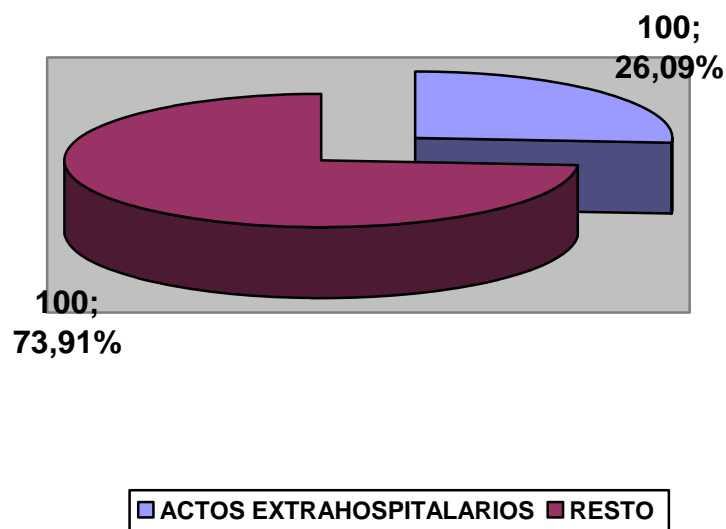
Consiste en la negociación de tarifas con los proveedores y control de costes. Una vez realizada la primera y segunda fase, se contará con unas herramientas que permitirán todo tipo de estadísticas a nivel proveedores y un conocimiento claro de los costes que representa a nuestra compañía cada uno de ellos y cada una de las prestaciones que realicen o prescriban, con lo que se podrá llevar a cabo una correcta negociación que tiene que ser lo más clara posible, intentando con ello reducir al máximo los “casos especiales”, de manera que consigamos reducir el coste del mantenimiento de nuestras bases de datos y que la información de la misma sea fluida.

Cuarta fase

Una vez decididas las prestaciones que se van a automatizar, la siguiente fase consiste en decidir las reglas y normas de Negocio que se van a implantar. Para ello es necesario que el resultado del estudio de impacto por costes sea revisado por el Departamento de Asesoría Médica, que es el que se encargará de marcar las reglas “médicas” en cuanto a las prestaciones y, junto con el Departamento de Facturación, marcará los filtros de control necesarios para controlar la repetición de los actos. Además de marcar los filtros de control se deben marcar Reglas de Negocio.

Con las cuatro fases del proyecto puestas en marcha, ya está definida la automatización de las prestaciones, el siguiente paso a seguir es trasladar toda la información referente a la automatización al Proveedor de Servicio o en su defecto al Departamento de Sistemas, dependiendo del modelo de automatización que haya elegido la Entidad, ellos realizarán la inclusión en el sistema.

ACTOS EXTRAHOSPITALARIOS



Fuente ICEA

La facturación de Actos Extrahospitalarios representa más de un 26% de la facturación total de una Entidad.

7.2 Automatización Proveedores de Máximo Volumen

Este punto se divide en estos tres grandes grupos de actividades Extrahospitalarias:

- Laboratorios
- Centros de Radiodiagnóstico
- Centros Hospitalarios

7.2.1 Laboratorios

Este grupo supone aproximadamente el 10 % de la facturación total del Área de Asistencia Sanitaria de una Entidad.

La diferencia de este grupo con el de No Hospitalario es el tipo de actividad. En este caso, hablamos exclusivamente las prestaciones realizadas por los proveedores de Laboratorio, es decir, las determinaciones de Análisis Clínicos realizadas ambulatoriamente.

Para llevar a cabo la automatización de la actividad de Laboratorio, lo primero que se debe realizar es solicitar a cada uno de estos proveedores la información sobre los puntos de extracción de los que disponen a nivel nacional, con la finalidad de realizar un estudio que determine el volumen de facturación en cada uno de ellos y así decidir el orden de implantación de los Red Terminales para conseguir en el mínimo tiempo posible la máxima automatización.

Una vez instalados los terminales en cada uno de los puntos de extracción, las fases a seguir para la automatización son prácticamente iguales que las anteriores mencionadas en el grupo de No Hospitalarias.

En la actualidad, existen varios modelos de automatización para la actividad de Laboratorio, vemos dos de ellos:

Modelo 1 Laboratorio

Es un modelo creado directamente por la Entidad aseguradora que crea un formato de fichero con los campos que consideran necesarios para una correcta facturación y lo envía a los Laboratorios que tienen concertados. Para la aplicación de este modelo es necesario que el Laboratorio disponga en todos sus puntos de extracción de Terminales, de manera que pueda realizar mediante el pase de tarjeta la verificación del estado de la póliza y la comprobación de las carencias. El Laboratorio es el encargado de generar el fichero y enviarlo por WEB a la compañía, dónde se realizan las comprobaciones y validaciones de toda la información solicitada, que normalmente es la siguiente:

- Número de Póliza del Asegurado
- Número de operación que determine el estado de la póliza y periodos de carencia
- Fecha de realización
- Autorización si corresponde
- Información de todas las Determinaciones realizadas por asegurado
- Importe detallado por determinación

Una vez informados todos estos campos, el fichero es enviado a la Entidad. Una vez recibido, el Departamento de Sistemas pone en marcha todas las verificaciones pertinentes que consisten en:

- o Verificar la existencia de la póliza
- o Comprobar que el número de operación informado existe y es correcto
- o Corroborar la existencia de las determinaciones facturadas
- o Comprobar que el importe por determinación corresponde a la tarifa acordada con el Laboratorio

Realizadas todas estas verificaciones, todos estos datos son introducidos al Sistema General de Siniestros de la compañía.

Ventajas

La Entidad Dispone de toda la información detallada de las determinaciones realizadas a cada uno de los asegurados, por lo que se pueden realizar estudios y estadísticas de determinaciones por Laboratorios.

Los plazos de pago se reducen.

Desventajas

La información que se solicita al Laboratorio es excesiva, además están obligados a entregarla en un formato impuesto por la Entidad por lo que han de adaptar todos sus sistemas para poder automatizar la facturación, esto provoca que la inclusión a este proyecto sea larga.

El exceso de información, obliga a la Entidad a verificar cada uno de los campos informados, por lo que el proceso es costoso y muy complejo.

Modelo 2 Laboratorio

Modelo creado por un Proveedor de Servicios, que es el encargado de solicitar los datos necesarios para automatizar la facturación directamente a los Laboratorios, que la facilitarán en el formato que ellos mismos elijan, es decir, que en este caso no hay un formato estipulado por la Entidad. En este modelo, al igual que en el anterior, es necesario que los Laboratorios dispongan en cada uno de los puntos de extracción de Terminales que les permita verificar las tarjetas de los asegurados y los periodos de carencia, también deben informar de los mismos datos que en el anterior modelo. Una vez generado el fichero, éste se envía al Proveedor de Servicios que recoge la información y la trabaja directamente en su sistema, desde el cual realiza la traducción al sistema del Cliente con el que estén trabajando, es decir, actúan de intermediarios generando la información de tal manera que se pueda introducir en el sistema de Siniestros del Cliente directamente.

Las validaciones que se realizan son las mismas que en el anterior modelo, con la diferencia de que en el primer modelo son realizadas directamente por la Entidad Aseguradora, y en éste las realiza el Proveedor de Servicio. Una vez realizada la traducción y las validaciones, el Proveedor de Servicios envía el fichero al Cliente que sólo deberá introducirlo en su sistema.

Ventajas

El Laboratorio, en este caso, no ha de adaptar sus sistemas para poder automatizar la facturación, ya que puede utilizar el formato que decida.

La Entidad recibe la información traducida y verificada directamente por el Proveedor de Servicios, por lo que sólo ha de introducirla en su sistema.

Los plazos de pago se reducen.

Desventajas

La información que se solicita al Laboratorio es excesiva, cosa que conlleva que la preparación del fichero sea compleja debido a todos los campos que se tienen registrar.

El coste del Proveedor de Servicios para la Entidad es elevado.

PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO PARA LABORATORIOS

Los dos modelos anteriores tienen en común las siguientes características: en primer lugar el Laboratorio está obligado a disponer en todos y cada uno de sus puntos de extracción Terminales para el pase de las tarjetas de los asegurados que verifiquen el estado de la póliza y las carencias; en segundo lugar, los datos que se solicitan al Laboratorio son excesivos; y en tercer lugar, están obligados a introducir una por una todas las determinaciones que se han realizado

por asegurado, utilizando para su codificación el Nomenclator de la Entidad, en el primer modelo, y el del propio Laboratorio en el segundo modelo.

Por este motivo una de las propuestas a realizar para facilitar la facturación electrónica en este Grupo sería, primero, disponer de una Web URL donde se incluya un pequeño aplicativo desarrollado por la propia compañía, que permita que el Laboratorio pueda consultar de manera ágil los datos del asegurado y a su vez validar los actos médicos solicitados, de esta forma no sería necesario disponer de Terminales en todos y cada uno de los puntos de extracción, y segundo, acordar una tarifa por parámetros que no obligue a facturar por determinación, es decir, crear grupos de tarifas escalonadas dependiendo del número de determinaciones realizadas al asegurado, así evitaríamos que el laboratorio informe y registre cada una de las determinaciones realizadas por asegurado.

Características

Este modelo puede ser creado por la propia Entidad o bien por el Proveedor de Servicios. Las ventajas y desventajas de hacerlo directamente o a través de un intermediario, son las mismas que ya hemos visto en los dos modelos anteriores.

Ventajas

La sencillez del modelo. Sólo es necesario informar del número de póliza del asegurado, ya que la verificación del estado y las carencias la realizada el propio Laboratorio en el mismo momento de la extracción, fecha de realización del acto, el código de acto correspondiente al grupo de tarifa, por lo que sólo han de registrar un único código, y el importe de la misma.

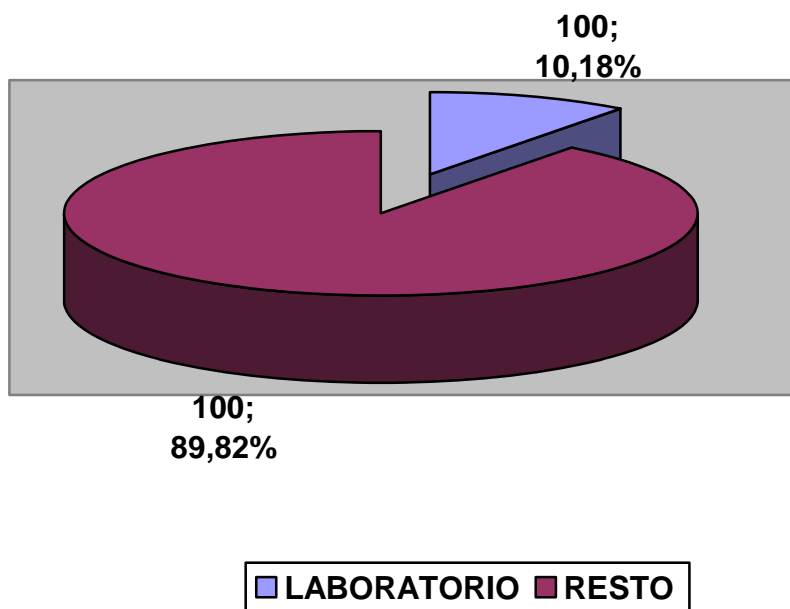
Con esta información, el fichero es enviado a la Entidad, que tiene que verificar que el estado de la póliza sea correcto, que el código de acto exista en el sistema y que el importe corresponda a la tarifa acordada. Verificados todos estos conceptos, el fichero se introduce directamente en el sistema de siniestros de la compañía.

Los plazos de pago se reducen.

Desventajas

Con este modelo, se pierde la información detallada de las determinaciones que se realizan y con ello todos los posibles estudios y/o estadísticas que la Entidad quiera realizar al respecto. En este caso, debe ser la propia Entidad la que debe valorar si el ahorro de costes que supone las verificaciones tanto externas como internas y el número de Laboratorios que se pueden adherir a este sistema, compensa con la pérdida de información que se produce si se elige este sistema de facturación.

LABORATORIOS



Fuente ICEA

La facturación del Laboratorio representa un 10,18 % de la facturación total de una Entidad.

7.2.2 Centros de Radiodiagnóstico

Este grupo supone aproximadamente el 11 % de la facturación total del Área de Asistencia Sanitaria de una Entidad.

La actividad de este grupo corresponde a las pruebas de Radiodiagnóstico que son realizadas en el ámbito Extrahospitalario.

La característica principal de este grupo es el gran volumen de prestaciones que lo componen, ya que hablamos de prestaciones de Radiología, Rehabilitación, Medicina Nuclear, Ecografías, TAC's y RMN, lo que hace que la automatización sea más complicada.

En la actualidad existen varios modelos de automatización para esta actividad de Radiodiagnóstico en ámbito Extrahospitalario.

Modelo 1 Centros Radiodiagnóstico ámbito Extrahospitalario

Este Modelo es prácticamente igual al Modelo de Laboratorio 1. Lo establece la propia Entidad Aseguradora, que crea un formato de fichero con unos campos

obligatorios, que es enviado a los Centros de Radiodiagnóstico. Es necesario que los centros dispongan de Terminales suficientes, para que a través de pase de tarjeta puedan realizar la verificación del estado de la póliza y la comprobación de las carencias del asegurado. El Centro de Radiodiagnóstico es el encargado de generar el fichero y enviarlo por WEB a la compañía, dónde se realizan las comprobaciones y validaciones de toda la información solicitada, que se compone por los siguientes datos:

- Número de Póliza del Asegurado
- Número de operación que determine el estado de la póliza y periodos de carencia si la prestación realizada lo requiere
- Fecha de realización
- Autorización administrativa, si la prestación realizada lo requiere
- Código de acto de la prestación
- Importe de la prestación
- Médico Prescriptor de la prestación

Una vez informados estos campos y enviado el fichero a la Entidad, el Departamento de Sistemas pone en marcha las verificaciones pertinentes que consisten en:

- Verificar la existencia de la póliza
- Comprobar que el número de operación o de autorización existe y corresponda al asegurado
- Que el Médico Prescriptor informado pertenece al Cuadro Médico de la compañía
- Que la prestación facturada exista
- Comprobar que el importe informado de la prestación corresponda con la tarifa acordada con el Centro

Una vez verificados todos los datos son introducidos al Sistema General de la compañía.

Ventajas

La Entidad dispone de toda la información de esta actividad detallada, por lo que puede realizar estudios y estadísticas sobre este grupo.

Al tratarse de un formato de fichero creado por la propia compañía, la información enviada por el Centro de Radiodiagnóstico es introducida directamente en la Base de datos de la Entidad, sin ningún tipo de traducción.

El Centro de Radiodiagnóstico se evita gestionar los trámites administrativos necesarios para una facturación manual.

Los plazos de pago se reducen.

Desventajas

La información solicitada al Centro de Radiodiagnóstico, además de ser excesiva, ha de ser entregada en un formato marcado por la Entidad, por lo que se les obliga a adaptar todos sus sistemas para poder automatizar su facturación.

El exceso de información provoca que las verificaciones que ha de realizar la Entidad sean costosas y complejas.

Modelo 2 Centros de Radiodiagnóstico ámbito Extrahospitalario

Este Modelo es prácticamente igual que el Modelo 2 de Laboratorio. Las diferencias más significativas sobre estos dos modelos son el tipo de actividad, por lo que la información sobre las prestaciones varía y los requisitos sobre estas prestaciones también, pero el funcionamiento es idéntico. El Proveedor de servicios actúa como intermediario entre ambas partes facilitando la automatización tanto al Centro de Radiodiagnóstico, que con este modelo no debe adaptar sus sistemas a un formato de fichero impuesto, y a la Entidad que al igual que en el modelo anterior puede introducir toda la información directamente en su sistema de Siniestros disponiendo así de toda la información sobre la actividad de este grupo.

Las Ventajas y Desventajas son las mismas que hemos visto en el Modelo 2 de Laboratorio.

PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO PARA CENTROS DE RADIODIAGNÓSTICO

El principal problema con el que nos encontramos en este grupo de actividad es el gran número de prestaciones que las engloba y los requisitos administrativos que se solicitan para la mayoría de estas prestaciones.

Para poder crear un modelo que facilite la automatización de estos centros lo primero que debemos realizar es un Proyecto de Liberación de Actos, que como ya hemos visto anteriormente se trata de reducir al máximo los requisitos administrativos que se solicitan para este tipo de prestaciones, como puede ser una autorización previa. Para ello lo primero es disponer de una Web URL donde se incluya un pequeño aplicativo desarrollado por la propia Compañía, que permita que el Centro de Radiodiagnóstico pueda **consultar** de manera ágil los datos del asegurado y a su vez validar los actos médicos solicitados.

De esta manera evitaríamos la solicitud de la autorización previa a la compañía y el Centro tendría la confirmación de que el estado del asegurado en el momento de la prestación es correcto.

Además de esta Liberalización, debemos simplificar los códigos de actos evitando duplicados de códigos de prestaciones similares que se diferencien por matices, por ejemplo, RMN HOMBRO y RMN RODILLA, la prestación es la misma lo que varía es la extremidad a estudiar, si cada una de estas prestaciones tiene un código diferente, se tienen que unificar para facilitar así la automatización.

En las Proyecciones de Radiología simple, cada una de las extremidades según el Nomenclator del Colegio de Médicos, tiene un código de prestación diferente e incluso puede llegar a tener tarifas diferentes. Una de las propuestas para simplificar este grupo de Radiología Simple, es crear un código de prestación genérico que englobe todas las Proyecciones con una única tarifa, de esta manera evitamos que el Centro de Radiodiagnóstico informe y registre cada uno de los códigos y tarifa que corresponde a las proyecciones realizadas a un asegurado.

Características

Este modelo puede ser creado por la propia Entidad o bien por el Proveedor de Servicios. Las ventajas y desventajas de hacerlo directamente o a través de un intermediario, son las que hemos mencionado en los dos modelos anteriores.

Ventajas

Con este Modelo, el Centro de Radiodiagnóstico y la propia Entidad se evitan los trámites administrativos.

Se facilita el registro del campo de prestación con la reducción y la unificación de códigos de actos mencionado anteriormente.

La verificación interna se reduce de manera considerable.

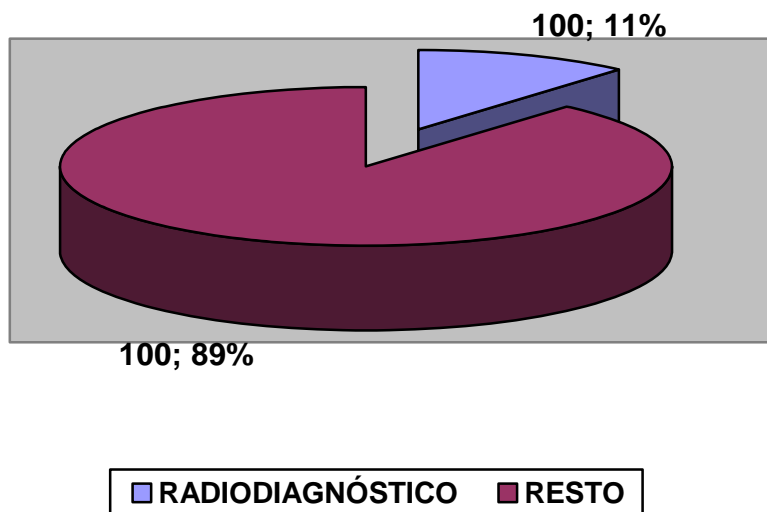
El fichero enviado por el Centro de Radiodiagnóstico se introduce directamente al Sistema de Siniestros de la compañía.

El plazo de pago se reduce.

Desventajas

Con la unificación y reducción de prestaciones, se pierde la información detallada sobre las prestaciones realizadas. En este caso, debe ser la propia compañía la que valore si el ahorro de costes que supone las verificaciones tanto externas como internas y el número de Centros de Radiodiagnóstico que se pueden adherir a este sistema de facturación, compensa esta pérdida de información.

CENTROS DE RADIODIAGNÓSTICO



Fuente ICEA

La facturación de Radiodiagnóstico representa un 11 % de la facturación total de una Entidad.

7.2.3. Automatización de Centros Hospitalarios

Este grupo supone aproximadamente el 24 % de la facturación total del Área de Asistencia Sanitaria de una Entidad.

Engloba toda la actividad Hospitalaria, tanto en Ambulatorio como en Ingreso Médico- Quirúrgico.

En la actualidad existen muy pocos Proveedores de Servicios en el mercado que ofrezcan la posibilidad de generar la facturación de carácter Hospitalario a través de facturación electrónica, debido a la complejidad que esta supone tanto para el Centro Hospitalario como para la Entidad.

Vamos a estudiar el Modelo de uno de los Proveedores de Servicios que hoy en día ofrece la posibilidad de automatizar este tipo de actividad.

Modelo Automatización de Centros Hospitalarios

El Software utilizado en este modelo de automatización pertenece al Proveedor de Servicios, quien recibe la facturación del Centro Hospitalario en el formato de fichero que el propio Centro decide. El Proveedor de Servicio hace pura y exclusivamente de intermediario entre el Centro y la Entidad, encargándose de

traducir toda esta información para poder generarla directamente en las bases de datos del Cliente.

Ventajas de este sistema

- El formato de fichero que ha de enviar el Centro Hospitalario lo decide el mismo centro, es decir no tiene que modificar su sistema informático para poder facturar electrónicamente.
- La facturación puede ser remitida al proveedor de servicios diariamente, no hace falta que se realice una única entrega mensual.
- Los errores son remitidos por el mismo sistema on-line, por lo que la espera en la notificación de anomalías en la facturación se reduce de forma significativa
- El Proveedor de Servicios se encarga de traducir el formato de fichero enviado por el Centro Hospitalario, para que pueda ser introducido directamente en el sistema de siniestros de la Entidad, por lo que se reducen los errores producidos por la introducción manual de los datos.

Desventajas en el sistema

- La información que se debe introducir en los ficheros es excesiva, ya que se tiene que informar de todos los conceptos facturables que genera una factura, como la medicación en planta, materiales, tiempo de quirófano, estancias, etc.
- Al generarse un gran volumen de conceptos facturables, la verificación automática de los mismos se hace prácticamente imposible, ya que obliga a que la base de datos de la Entidad tenga informadas, introducidas y actualizadas todas las tarifas de estos conceptos de manera individual y por proveedor, por lo que la revisión de la facturación no deja de ser manual
- El seguimiento de incidencias por parte de la Entidad es complejo
- Al realizar la revisión manual los plazos de pago no se reducen

Como se puede observar, este sistema lo único que reduce es la introducción de los datos dentro del sistema de la Entidad, pero no simplifica los procesos de tramitación de siniestros, por este motivo, se hace necesario crear y desarrollar un nuevo modelo que reduzca de una manera sustancial la revisión manual de todas y cada una de las facturas, reduciendo costes de tramitación y consiguiendo un mayor control en la Gestión de Gastos.

PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO PARA CENTROS HOSPITALARIOS

Lo que vamos a desarrollar a continuación es un sistema de facturación electrónica basado en GDR.

Definición de GDR:

- Grupos Relacionados de Diagnósticos, que clasifican los ingresos de los pacientes en relativamente pocos grupos, homogéneos con relación a la utilización de recursos y significativos (con lógica clínica) para los médicos.

Fuente: Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud- Ministerio de Sanidad y Consumo

- Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GDR) son sistemas de clasificación que agrupan a los pacientes con base en el consumo de recursos que se requieren para su atención y en las características clínicas que se presentan. Inicialmente fueron desarrollados para pacientes hospitalizados, pero han ido evolucionando y actualmente existen GDR para atención ambulatoria y para cuidados de largo plazo. Los médicos son los encargados de clasificar la información de los pacientes, asignando un GDR a cada admisión hospitalaria. Para definir un GDR se utilizan principalmente cinco tipos de variables: códigos del diagnóstico (principal y secundario, pudiéndose incluir la existencia de complicaciones), códigos de procedimientos (quirúrgicos o no quirúrgicos: así como el requerimiento del personal con entrenamiento especializado o la necesidad de instalaciones y equipos especiales), edad (en años o meses para los recién nacidos), sexo y status de alta del paciente (forma de separación del hospital y destino; por ejemplo, traslado a otro hospital, cuidados en casa, muerte, etc.). Aunque las clasificaciones han cambiado frecuentemente debido a cambios tecnológicos, uso de nuevos fármacos o a la aparición de nuevas enfermedades, la lógica con la que se construyen los GDR sigue siendo la misma.

Fuente: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS/WP/0512)

Fases a seguir para poder automatizar los Centros Hospitalarios

Primera Fase

En primer lugar debemos definir todos los GDR dando prioridad a los procesos más frecuentes, para lo que debemos realizar un estudio exhaustivo tomando como referencia nuestras bases de datos, para detectar, en primer lugar, los procesos Quirúrgicos, No Quirúrgicos o Ambulatorios más frecuentes a nivel

general. Una vez definidos, haremos lo mismo a nivel delegaciones, y tras haber localizado todos estos procesos, empezaremos a establecer los recursos necesarios en cada uno de los GDR. Detallamos alguno de ellos:

- Días de Estancia
- Tiempo de Quirófano (si el proceso es Quirúrgico)
- Medicación en Planta/ Quirófano
- Material en Planta/ Quirófano
- Precio medio del proceso

Segunda Fase

Una vez definidos los GDR, el siguiente paso será asignar un número de GDR a cada uno de los procesos, o bien, si nuestro Sistema de Siniestros no lo permite, utilizar los códigos creados para estos grupos en su día por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este código de GDR es el que tendrá asignado todos los recursos necesarios del proceso y toda la información médica y administrativa necesaria para una correcta tramitación del siniestro.

Tercera Fase

Se deben comunicar al Centro Hospitalario todos los Códigos GDR creados y la necesidad y obligación de que nos informen de estos códigos a la hora de generar el fichero electrónico. Los campos a informar serán:

- Código GDR del Diagnóstico Principal
- Código GDR del Segundo Diagnóstico (si procede)
- Código GDR del Diagnóstico De Alta

Definición de Diagnóstico, se refiere a la causa principal por la que el paciente fue admitido al hospital.

Cuarta Fase

Se añadirán en todas las bases de datos de la compañía los códigos GDR:

- **En las bases de autorizaciones:** prácticamente en todos estos procesos es necesaria la autorización previa de la compañía. En el sistema propio de la Entidad, cuando se genere la autorización del proceso aparecerá impreso el código del GDR automáticamente, de esta manera facilitaremos al Centro Hospitalario la localización del mismo y evitaremos errores que se pueden producir si la búsqueda es manual.

- **En las bases de datos de Siniestros:** en el momento de realizar los estudios de siniestralidad, nuestras bases de datos deberán contar con la actualización de todos los códigos GDR y sus definiciones.

- **En las bases de datos de Tarifa:** es necesario informar de los códigos GDR en esta base de datos, para poder realizar los estudios pertinentes a la hora de llevar a cabo una negociación.

Quinta Fase

Uno de los inconvenientes de los que ya hemos hablado anteriormente es el gran volumen de conceptos facturables que engloba esta actividad.

Para facilitar este tipo de facturación, sería conveniente que se ampliara la negociación de Forfait de los procesos más habituales, de esta manera la verificación sería exacta al cien por cien y se realizaría en base a precios medios. Para ello, al igual que en los anteriores sistemas de facturación, es necesario que el Departamento de Prestaciones negocie con los diferentes proveedores estos procesos cerrados, empezando por aquellos de mayor volumen de facturación.

También es necesario que el Departamento de Prestaciones unifique criterios de facturación con los diferentes proveedores, porque la facturación entre estos grupos no es homogénea y esto dificulta mucho estos procesos.

Definición de Forfait: acuerdo entre el Centro Hospitalario y la Entidad, para asignar una tarifa a un Proceso normalmente Quirúrgico incluyendo en la misma todos los conceptos facturables que este proceso pueda ocasionar.

Sexta Fase

En este modelo es necesario que el Centro Hospitalario adapte sus sistemas para poder generar el formato de fichero impuesto por la Entidad, ya que, en este caso el Software pertenece a la Entidad así que deberemos de realizar una toma de contacto con los proveedores de mayor volumen para poder automatizar la facturación de manera escalonada.

También hay que tener en cuenta que el formato de fichero que los Proveedores envíen debe ser el que asigne la Entidad o en su defecto se puede utilizar de mediador a un Proveedor de Servicios para que realice la traducción de cada uno de los ficheros de los Proveedores al formato de la Entidad.

Séptima Fase

Ésta es la última fase de Automatización; consiste en la creación de los semáforos de control que vamos a añadir a este sistema de facturación y que son los que en buena medida disminuirán los plazos de tramitación de los siniestros.

Una vez recibido el fichero por parte del Centro Hospitalario, los controles básicos que se realizarán para poder procesarlo serán los siguientes:

- Tarjeta del asegurado Activa
- Centro Hospitalario Existente y Activo
- Número de autorización existente y activo
- Código GDR existente y coincidente con el asignado previamente en la autorización.

Si alguno de estos campos es incorrecto el fichero se devolverá al Proveedor notificando el error.

Una vez verificados estos campos, el fichero se introduce en el Sistema de Siniestros de la Entidad donde se pondrán en marcha los siguientes semáforos de control, según las casuísticas generales más frecuentes:

Si el Diagnóstico Principal coincide con el Diagnóstico de Alta

- El primer semáforo será el precio medio asignado al código GDR correspondiente al Diagnóstico de Alta, si el total del siniestro no supera el precio medio establecido por el GDR, esta factura pasará directamente a pago.
- Si no ha pasado el primer semáforo de control, nuestro sistema procederá a comprobar el número de Estancias facturadas en este siniestro; si el número de Estancias facturado corresponde con las establecidas en el GDR, pasará al último semáforo de control, que realizará la verificación de la tarifa de todos aquellos conceptos facturables que la Entidad crea conveniente, que, por lógica, deberán ser los más comunes, como por ejemplo el Tiempo de Quirófano, Anestesia, Materiales Quirúrgicos, etc.- hay que tener en cuenta que es prácticamente imposible mantener una base de datos con todos los conceptos facturables que existen con cada uno de los proveedores - Una vez verificados estos conceptos, si existen diferencias con la tarifa acordada con el Proveedor, éstas se grabarán en la base de datos de pagos y, una vez regularizado el importe de la factura, se volverá a realizar la comprobación del primer semáforo. Si tras realizar estas verificaciones sigue sin pasar el primer semáforo de control, la factura pasará a revisión manual
- Si por el contrario, el número de Estancias es superior al establecido para este GDR, comprobará en la base de datos de la Entidad si existe autorización para estos días en exceso y si la tarifa informada corresponde a la acordada con el proveedor. Si estas comprobaciones son correctas, esta factura pasará al último semáforo de control.
- Hemos de tener en cuenta que los campos de Tarifas serán valores reales que podremos modificar directamente en la factura emitida, ya que se trata de acuerdos firmados con los proveedores, en cambio los Gastos o Precios Medios son valores orientativos, establecidos para cada

uno de los GDR, que nos ayudaran a la revisión de facturas detectando posibles errores en las mismas, pero no podremos realizar un descuento directo sobre la misma si no es revisado previamente de forma manual.

- Si el Diagnóstico Principal NO coincide con el Diagnóstico de Alta
- El primer semáforo: en este caso el Centro Hospitalario nos habrá informado de más de un código GDR, así que el precio medio que verificaremos en un primer lugar será el asignado al GDR que corresponda al Diagnóstico de Alta. Si el total del siniestro no supera el precio medio establecido por el GDR, esta factura pasará directamente a pago.
- Si no ha pasado el primer semáforo de control, nuestro sistema procederá a comprobar el número de Estancias facturadas en este siniestro; si el número de Estancias facturado corresponde a la suma de las establecidas en los GDR's informados, pasará al último semáforo de control.
- Si por el contrario, el número de Estancias es superior al establecido para estos GDR's, comprobará en la base de datos de la Entidad si existe autorización para estos días en exceso y si la tarifa informada corresponde a la acordada con el proveedor. Si estas comprobaciones son correctas, la factura pasará al último semáforo de control.

Si el Diagnóstico Principal es NO QUIRÚRGICO y el Diagnóstico de Alta es QUIRÚRGICO o existe más de un Diagnóstico

En el caso de que un proceso empiece siendo NO QUIRÚRGICO y acabe siendo QUIRÚRGICO, o bien que exista más de un Diagnóstico, el Centro Hospitalario deberá informar de los dos códigos que, igual que los anteriores, habrán sido facilitados por la Entidad, y en el formato de fichero aparecerá un campo de PRIMER DIAGNÓSTICO, SEGUNDO DIAGNÓSTICO y DIAGNÓSTICO ALTA.

- El primer semáforo: en este caso el Centro Hospitalario nos habrá informado de más de un código GDR, así que el precio medio que verificaremos en un primer lugar será el asignado al GDR que corresponda al Diagnóstico de Alta. Si el total del siniestro no supera el precio medio establecido por el GDR, esta factura pasará directamente a pago.
- Si no ha pasado el primer semáforo de control, nuestro sistema procederá a comprobar el número de Estancias facturadas en este siniestro; si el número de Estancias facturado corresponde a la suma de las establecidas en los GDR's informados, pasará al último semáforo de control.
- Si por el contrario, el número de Estancias es superior al establecido para estos GDR's, comprobará en la base de datos de la Entidad si existe autorización para estos días en exceso y si la tarifa informada corresponde a la acordada con el proveedor. Si estas comprobaciones son correctas, la factura pasará al último semáforo de control.

8. Caso práctico

Para que quede más claro en que consiste este proyecto vamos a exponer lo que podría ser un caso real en alguno de los supuestos:

Diagnóstico Principal coincide con el Diagnóstico de Alta

Pasa el primer semáforo de control

Factura correspondiente a un ingreso programado por ABORTO/ LEGRADO:

1º. El Proveedor solicita la autorización

2º. La compañía emite la autorización indicando el código GDR correspondiente, en este caso el código **380**.

3º. El proveedor emite la factura a través del formato de fichero establecido por la propia Entidad, facilitando los datos solicitados. En este caso, informa de los siguientes campos obligatorios:

- Tarjeta del Asegurado: 000022225555333
- Código del Centro Hospitalario: 112535
- Nº Autorización Asignado: 123456789
- Código GDR Diagnóstico Principal: 380
- Código GDR Segundo Diagnóstico: NO PROCEDE
- Código GDR Diagnóstico de Alta: 380
- Importe Total de Factura: 450,00 €
- Estancia Médica: NO PROCEDE
- Estancia Quirúrgica: ½ Día
- Importe Estancia: 65,00 €
- Tiempo de Quirófano: 45 m
- Importe T. Quirófano: 125,00€
- Importe Total Material Planta: NO PROCEDE
- Importe Total Material Quirúrgico: 185,00€
- Importe Total Medicación Planta: NO PROCEDE

- Imp.Total Medicación Quirófano: 75,00 €

4º. Una vez recibida la factura electrónica, la Entidad pone en marcha el primer semáforo de control. Las validaciones se realizan contra la información establecida en el GDR que en este caso está definido, para este proveedor en concreto, por los siguientes campos:

- Precio Medio Total: 500,00€
- Estancia Quirúrgica: 1 día
- Tarifa Estancia (por día) 100,00€
- Tiempo Quirófano: 1 hora
- Tarifa Tiempo Quirófano 1 h: 125,00€
- Gasto medio Material Quirúrgico: 190,00€
- Gasto medio Medicación Quirófano: 85,00€

5º. En este caso la factura habría pasado el primer semáforo de control, ya que el Importe Total de Factura no supera al Precio Medio Total establecido en el GDR, por lo que pasaría directamente a pago sin tener que ser revisada manualmente por el Departamento de facturación.

NO pasa el primer semáforo de control

Mismo caso que el anterior, lo único que varía son los siguientes campos:

- Importe Total de Factura 600,00€
- Tiempo de Quirófano 1 h
- Importe T. Quirófano 275,00€

El resto de campos de la factura se mantienen y la información establecida en el GDR también.

En este caso, la factura no pasa el primer semáforo de control, ya que el Importe Total de Factura supera el Precio Medio establecido del GDR, por lo que el sistema procede a realizar la comprobación de las Estancias. Facturan ½ día de estancia y el GDR tiene asignado 1 día, siendo la validación correcta y pasando la factura al último semáforo de control, que realiza las verificaciones de los conceptos asignados al GDR detectando, en este caso, un error en el Importe del Tiempo Quirófano con respecto a la Tarifa T. Quirófano asignada:

Importe T. Quirófano	275,00 €
Tarifa T. Quirófano	125,00 €

Diferencia	-150,00€
Importe Total Factura	600,00 €
Diferencia	-150,00€
Importe rectificado Factura	450,00 €

Una vez detectado y rectificado el error, la factura vuelve al primer semáforo de control que es pasado con éxito, ya que, el Importe Total de Factura Rectificado no supera el Precio Medio Total establecido para el GDR, por lo que es enviada a pago directamente.

NO pasa el último semáforo de control

En este caso los campos que varían son los siguientes:

- Importe Total de Factura	700,00€
- Importe Total Material Quirúrgico	435,00€

El resto de campos de la factura se mantienen y la información establecida en el GDR también.

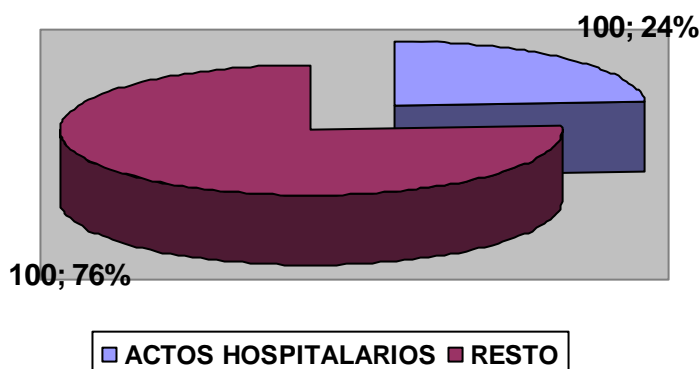
La factura no pasa el primer semáforo de control, ya que el Importe Total de Factura supera el Precio Medio establecido del GDR, por lo que el sistema procede a realizar la comprobación de las Estancias. Facturan ½ día de estancia y el GDR tiene asignado 1 día, siendo la validación correcta y pasando la factura al último semáforo de control, que realiza las verificaciones de los conceptos asignados al GDR detectando, en este caso, una variación importante en el Importe Total Material Quirúrgico con respecto al Gasto Medio de Material Quirúrgico establecido

Importe Total Material Quirúrgico	435,00 €
Gasto Medio de Material Quirúrgico	190,00 €

Diferencia	-245,00€
-------------------	-----------------

Esta factura pasa a revisión manual, teniendo en cuenta que toda la parte de tarifas ha sido verificada por el sistema, indicando la anomalía detectada en el concepto de MATERIAL QUIRÚRGICO. El Departamento de Facturación no debería revisar la factura íntegra, centrándose sólo en el posible error detectado automáticamente, por lo que el tiempo de tramitación se reduce considerablemente.

ACTOS HOSPITALARIOS



Fuente ICEA

La facturación de Actos Hospitalarios representa un 24 % de la facturación total de una Entidad.

9. Conclusiones

Teniendo en cuenta la crisis económica actual, se hace todavía más imprescindible crear nuevos modelos de facturación electrónica y ampliar los ya existentes en el mercado, que nos permitan reducir la siniestralidad del sector de Asistencia Sanitaria y, a su vez, faciliten el Control de Gestión llevando a cabo estudios y controles más exhaustivos de los gastos de este Área. En el presente estudio se han desarrollado los modelos existentes, ampliando su campo de actuación a todas las prestaciones correspondientes al ámbito de Facturación Extrahospitalaria, y se propone la creación de nuevos modelos de facturación electrónica que nos permitan automatizar la facturación Hospitalaria, que es la que a día de hoy es tratada manualmente en su mayor porcentaje y la que representa un mayor gasto de gestión y de siniestros.

10. Bibliografía

DATOS ICEA- ELSEGURO DE SALUDO ESTADISTICA AÑO 2008
ALMACEN DE DATOS ICEA
CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL. CISS/NP/0512
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO- ANALISIS Y DESARROLLO DE
LOS GDR EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
WEBS: <http://www.msc.es/>; <http://www.icea.es>

11. Anexos

Anexo 1

Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR)

GRD	DESCRIPCIÓN
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 EXCEPTO POR TRAUMA
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMA EDAD>17
4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES
5	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO
7	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ C CC
8	PROC. SOBRE N.CRANEALES Y PERIF. Y OTROS PQ S CC
9	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO
13	ESCLEROSIS MULTIPLE Y ATAXIA CEREBELOSA
14	TRAST. CEREBROVASCULARES ESPECIFICOS EXCEPTO AIT
15	ACC. ISQUEMICO TRANSITORIO Y OCLUSIONES PRECEREB.
16	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC
17	TRAST. CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC
18	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS CON CC
19	TRASTORNOS NERVIOS CRANEALES Y PERIFERICOS SIN CC
20	INFECC. SISTEMA NERVIOSO EXC. MENINGITIS VIRICA
21	MENINGITIS VIRICA
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA
23	ESTUPOR Y COMA NO TRAUMATICOS
24	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 CON CC
25	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD>17 SIN CC
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS
39	PROC. SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA
40	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17
41	PROC. EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18
42	PROC. INTRAOCUL. EXC. RETINA, IRIS Y CRISTALINO
43	HIPEMA
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18
49	PROC. MAYORES CABEZA Y CUELLO EXC. NEOPL. MALIGNA
50	SIALOADENECTOMIA
51	PROC. GLANDULAS SALIVARES EXC. SIALOADENECTOMIA
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD>17

GRD	DESCRIPCIÓN
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS Y MASTOIDES EDAD <18
55	PROC. MISCELANEOS EN OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
56	RINOPLASTIA
57	PROC. A&VA EXC. AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC., EDAD >17
58	PROC. A&VA EXC. AMIGDALEC. Y/O ADENOIDEC., EDAD <18
59	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD >17
60	AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD <18
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD >17
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD <18
63	OTROS PQ SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO
66	EPISTAXIS
67	EPIGLOTITIS
68	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD >17 CON CC
69	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD >17 SIN CC
70	OTITIS MEDIA E ITRS EDAD <18
71	LARINGOTRAQUEITIS
72	TRAUMATISMO Y DEFORMIDAD NASAL
73	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD >17
74	OTROS DIAG. OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA EDAD <18
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES
76	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO CON CC
77	OTROS PQ DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC
78	EMBOLISMO PULMONAR
79	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS E >17 CON CC
80	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS E >17 SIN CC
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC
85	DERRAME PLEURAL CON CC
86	DERRAME PLEURAL SIN CC
87	EDEMA PULMONAR E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
89	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD >17 CON CC
90	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD >17 SIN CC
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC
94	NEUMOTORAX CON CC
95	NEUMOTORAX SIN CC
96	BRONQUITIS Y ASMA EDAD >17 CON CC
97	BRONQUITIS Y ASMA EDAD >17 SIN CC
99	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC
100	SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC

GRD	DESCRIPCIÓN
103	TRASPLANTE CARDIACO
104	PROC. VALVULAS CARDIACAS CON CATETERISMO CARDIACO
105	PROC. VALVULAS CARDIACAS SIN CATETERISMO CARDIACO
106	BYPASS CORONARIO CON CATETERISMO CARDIACO
107	BYPASS CORONARIO SIN CATETERISMO CARDIACO
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS
113	AMPUT. POR TRAST. CIRCUL. EXC. M.SUP Y DEDOS PIE
114	AMPUT. M.SUP Y DEDOS PIE POR TRAST. CIRCULATORIOS
115	IMPL.MARCAPASOS PERM. CON IAM,FALLO CARD. O SHOCK
116	IMPL.MARCAPASOS PERM. SIN IAM,FALLO CARD. O SHOCK
117	REVISION MARCAPASOS EXC. SUSTITUCION DE GENERADOR
118	REVISION MARCAPASOS POR SUSTITUCION DE GENERADOR
119	LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS
120	OTROS PROCED. QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO
121	TRAST. CON IAM Y COMPL. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA
122	TRAST. CON IAM SIN COMPL. CARDIOVASC.ALTA CON VIDA
123	TRASTORNOS CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS
124	TRAST.CIRC.EXC. IAM,CON CATETER. Y DIAG. COMPLEJO
125	TRAST.CIRC.EXC.IAM, CON CATETER.SIN DIAG.COMPLEJO
126	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA
127	INSUFICIENCIA CARDIACA Y SHOCK
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS
129	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC
132	ATEROSCLEROSIS CON CC
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC
134	HIPERTENSION
135	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES E>17 C CC
136	TRAST. CARDIAC. CONGENITOS Y VALVULARES E>17 S CC
137	TRAST. CARDIACOS CONGENITOS Y VALVULARES EDAD <18
138	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION CON CC
139	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRAST. DE CONDUCCION SIN CC
140	ANGINA DE PECHO
141	SINCOPE Y COLAPSO CON CC
142	SINCOPE Y COLAPSO SIN CC
143	DOLOR TORACICO
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC
146	RESECCION RECTAL CON CC
147	RESECCION RECTAL SIN CC
148	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC
149	PROC. MAYORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC

GRD	DESCRIPCIÓN
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC
152	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO CON CC
153	PROC. MENORES INTESTINO DELGADO Y GRUESO SIN CC
154	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 CON CC
155	PROC. ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD>17 SIN CC
156	PROC. SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO Y DUODENO EDAD<18
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA CON CC
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO Y ENTEROSTOMIA SIN CC
159	PROC. HERNIA EXC. INGUINAL Y FEMORAL E>17 CON CC
160	PROC. HERNIA EXC. INGUINAL Y FEMORAL E>17 SIN CC
161	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL E>17 CON CC
162	PROC. SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL E>17 SIN CC
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18
164	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. C CC
165	APENDICECTOMIA CON DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. S CC
166	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. C CC
167	APENDICECTOMIA SIN DIAG. PRINCIPAL COMPLIC. S CC
168	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC
170	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC
171	OTROS PQ SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC
182	ESOFAG., GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. E>17 C CC
183	ESOFAG., GASTROENT. Y TRAST.DIG. MISCEL. E>17 S CC
185	TRAST.DENT.Y BUCALES EXC. EXTRACC.Y REPOSIC. E>17
186	TRAST.DENT.Y BUCALES EXC. EXTRACC.Y REPOSIC. E<18
187	EXTRACCIONES Y REPOSICIONES DENTALES
188	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC
189	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC
191	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION CON CC
192	PROC. SOBRE PANCREAS, HIGADO Y DERIVACION SIN CC
193	PROC.VIA BILIAR EXC. COLECIS.SOLO, C O S ECB C CC
194	PROC.VIA BILIAR EXC. COLECIS.SOLO, C O S ECB S CC
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC
196	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC

GRD	DESCRIPCIÓN
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC
199	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA
200	PROC. DIAG. HEPATOBILIAR EXC. POR NEOPLASIA MALIG.
201	OTROS PQ HEPATOBILIARES O DE PANCREAS
202	CIRROSIS Y HEPATITIS ALCOHOLICA
203	NEOPLASIA MALIG. SISTEMA HEPATOBILIAR O PANCREAS
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA
205	TRAST. HIGADO EXC. N. MALIG., CIRROSIS, HEP. ALC. C CC
206	TRAST. HIGADO EXC. N. MALIG., CIRROSIS, HEP. ALC. S CC
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
209	REIMPL. MAYOR ARTICULACION Y M. EXTR. INF. S INFECC.
210	PROC. CADERA Y FEMUR EXC. ARTICUL. MAYOR E > 17 C CC
211	PROC. CADERA Y FEMUR EXC. ARTICUL. MAYOR E > 17 S CC
212	PROC. CADERA Y FEMUR EXC. ARTICULACION MAYOR E < 18
213	AMPUTACION TRAST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO
216	BIOPSIAS SISTEMA MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO
217	DESBRID. HER. E INJ. PIEL EXC. HER. ABIERTA POR TRAST. M
218	PROC. EXT. INF. Y HUM. EXC. CADERA, PIE, FEMUR E > 17 C CC
219	PROC. EXT. INF. Y HUM. EXC. CADERA, PIE, FEMUR E > 17 S CC
220	PROC. EXTR. INF. Y HUMERO EXC. CADERA, PIE, FEMUR E < 18
221	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS EXTR. SUP. CON CC
224	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEB., EXC. MAYOR DE ART. C CC
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC
228	PROC. MAYOR PULGAR O ARTIC. U OTROS MANO O MUÑ. C CC
229	PROC. MANO O MUÑECA, EXC. PROC. MAYORES ARTIC. S CC
230	EXCIS. LOCAL Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. CADERA Y FEMUR
231	EXCIS. LOC. Y ELIM. DISP. FIJAC. INTER. EXC. CAD. Y FEMUR
232	ARTROSCOPIA
233	OTROS PQ S. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO CON CC
234	OTROS PQ S. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO SIN CC
235	FRACTURAS DE FEMUR
236	FRACTURAS DE CADERA Y PELVIS
237	ESGUINCE, DESGARRO Y LUXAC. CADERA, PELVIS Y MUSLO
238	OSTEOMIELITIS
239	FRACTURAS PATOL. Y N. MALIGNA MUSCULOESQ. Y T. CONEC.
240	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO CON CC
241	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO SIN CC
242	ARTRITIS SEPTICA
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA
244	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC
245	ENF. OSEAS Y ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC

GRD	DESCRIPCIÓN
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS
247	SIGNOS Y SINTOMAS SIST. MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO
248	TENDINITIS, MIOSITIS Y BURSITIS
249	CUIDADOS POSTERIORES, S. MUSCULOESQ. Y T.CONECTIVO
250	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE E>17 C CC
251	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE E>17 5 CC
252	FRACT., ESGUINCE, DESG.Y LUX.ANTEB.,MANO,PIE E<18
253	FRAC.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXC.PIE E>17C CC
254	FRAC.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIER.EXC.PIE E>175 CC
255	FRACT.,ESG.,DESG.Y LUX.BRAZO,PIERNA EXC.PIE E<18
256	OTROS DIAG. SIST. MUSCULOESQ. Y TEJIDO CONECTIVO
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC
261	PROC.MAMA PROCESO NO MALIG.EXC.BIOPSIA Y EX.LOCAL
262	BIOPSIA MAMA Y EXCIS.LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO
263	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. C CC
264	INJ.PIEL Y/O DESBRID.ULCERA CUTANEA,CELULIT. 5 CC
265	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXC.ULCERA CUTANEA,CELULI.C CC
266	INJ.PIEL Y/O DESBR.EXC.ULCERA CUTANEA,CELULI.5 CC
267	PROC. DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL
268	PROC. PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA
269	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA CON CC
270	OTROS PROC.SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA SIN CC
271	ULCERAS CUTANEAS
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC
273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC
279	CELULITIS EDAD<18
280	TRAUMATISMO DE PIEL,T.SUBCUTANEO Y MAMA E>17 C CC
281	TRAUMATISMO DE PIEL,T.SUBCUTANEO Y MAMA E>17 5 CC
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO Y MAMA EDAD<18
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC
285	AMPUT.M.INF.POR TRAST.ENDOCRINOS,NUTRIC. Y METAB.
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES E HIPOFISIS
287	INJ.PIEL Y DESB.HERIDA TRAST.ENDOCR.,NUTR.YMETAB.
288	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA OBESIDAD
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO

GRD	DESCRIPCIÓN
292	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS CON CC
293	OTROS PQ ENDOCRINOS, NUTRIC. Y METABOLICOS SIN CC
294	DIABETES EDAD>35
295	DIABETES EDAD<36
296	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS E>17 C CC
297	TRAST. NUTRIC.Y METABOLICOS MISCELANEOS E>17 S CC
298	TRAST. NUTRICION. Y METABOLICOS MISCELANEOS E<18
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC
302	TRASPLANTE RENAL
303	PROC. RIÑON, URETER Y PROC. MAY.VEJIGA POR NEOPLASIA
304	PROC. RIÑON, URET.Y PROC. MAY.VEJIGA P.NO NEOP. C CC
305	PROC. RIÑON, URET.Y PROC. MAY.VEJIGA P.NO NEOP. S CC
306	PROSTATECTOMIA CON CC
307	PROSTATECTOMIA SIN CC
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18
315	OTROS PROCED. QUIR. SOBRE RIÑON Y TRACTO URINARIO
316	INSUFICIENCIA RENAL
317	ADMISION PARA DIALISIS RENAL
318	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO CON CC
319	NEOPLASIAS DE RIÑON Y TRACTO URINARIO SIN CC
320	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC
321	INFECC. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC
322	INFECCIONES DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18
323	CALC.URIN.CON CC,Y/O LITOTRIP.EXTRAC. ONDA CHOQUE
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC
325	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.E>17 CON CC
326	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URIN.E>17 SIN CC
327	SIGNOS Y SINTOMAS RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18
328	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18
331	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO E>17 CON CC
332	OTROS DIAG. RIÑON Y TRACTO URINARIO E>17 SIN CC
333	OTROS DIAG. DE RIÑON Y TRACTO URINARIO EDAD<18
334	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC
335	PROCED. MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC

GRD	DESCRIPCIÓN
338	PROCED. SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA
339	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO E>17
340	PROCED. SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO E<18
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE
342	CIRCUNCISION EDAD>17
343	CIRCUNCISION EDAD<18
344	OTROS PQ AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA
345	OTROS PQ DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA N.MALIGNA
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., CON CC
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASC., SIN CC
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO
351	ESTERILIZACION, VARON
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO
353	EVISC.PELVICA,HISTERECT.RADICAL Y VULVECT.RADICAL
354	PROC.UTERO,ANEJOS N.MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. C CC
355	PROC.UTERO,ANEJOS N.MALIGNA NO OVAR.NI ANEJ. S CC
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO
357	PROC. UTERO Y ANEJOS N.MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS
358	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. C CC
359	PROC.UTERO Y ANEJOS CA.IN SITU Y P.NO MALIG. S CC
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX Y VULVA
361	INTERRUP. TUBARICA POR LAPAROSCOPIA Y LAPAROTOMIA
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA
363	DILAT.Y LEGRADO, CONIZ. Y RADIO-IMPLANTE N.MALIG.
364	DILAT.Y LEGRADO, CONIZACION EXC. POR N.MALIGNA
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., CON CC
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMEN., SIN CC
368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO
369	TRAST. MENSTRUALES Y OTROS PROBL. AP.GEN.FEMENINO
370	CESAREA, CON COMPLICACIONES
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES
372	PARTO CON COMPLICACIONES
373	PARTO SIN COMPLICACIONES
374	PARTO CON ESTERILIZACION Y/O DILATAACION Y LEGRADO
375	PARTO CON PQ EXCEPTO D Y L Y/O ESTERILIZACION
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO SIN PQ
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO Y POST-ABORTO CON PQ
378	EMBARAZO ECTOPICO
379	AMENAZA DE ABORTO
380	ABORTO SIN DILATAACION Y LEGRADO
381	ABORTO CON DILAT.Y LEGRADO,ASPIRAC.O HISTEROTOMIA
382	FALSO TRABAJO DE PARTO
383	OTROS DIAG. ANTEPARTO CON COMPLICACIONES MEDICAS

GRD	DESCRIPCIÓN
384	OTROS DIAG. ANTEPARTO SIN COMPLICACIONES MEDICAS
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17
393	ESPLENECTOMIA EDAD<18
394	OTROS PQ HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17
397	TRASTORNOS DE COAGULACION
398	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS CON CC
399	TRAST. S.RETICULOENDOTELIAL E INMUNITARIOS SIN CC
400	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROCED. QUIRURGICO MAYOR
401	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ CON CC
402	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PQ SIN CC
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC
406	TRAST.MIELOPR.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR C CC
407	TRAST.MIELOPR.O NEO. MAL DIFER. CON PQ MAYOR S CC
408	TRAST.MIELOPROLIF.O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PQ
409	RADIOTERAPIA
410	QUIMIOTERAPIA
411	HISTORIA DE NEOPLASIA MALIGNA SIN ENDOSCOPIA
412	HISTORIA DE NEOPLASIA MALIGNA CON ENDOSCOPIA
413	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. C CC
414	OTROS TRAST. MIELOPROLIF. O NEO. MAL DIFER. S CC
415	PQ POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
416	SEPTICEMIA EDAD>17
417	SEPTICEMIA EDAD<18
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y POSTRAUMATICAS
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17
422	ENF. VIRICA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO E<18
423	OTROS DIAG.DE ENFERMEDAD INFECCIOSA Y PARASITARIA
424	PQ CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL
425	REACCION ADAPTAC.AGUDA Y TRAST.DISFUNC. PSICOSOC.
426	NEUROSIS DEPRESIVAS
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y CONTROL DE IMPULSOS
429	ALTERACIONES ORGANICAS Y RETRASO MENTAL
430	PSICOSIS
431	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA
440	DESBR.HERIDA LESION TRAUMATICA,EXC.HERIDA ABIERTA
441	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA
442	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA CON CC
443	OTROS PROCED. QUIR. POR LESION TRAUMATICA SIN CC
444	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULT. E>17 C CC

GRD	DESCRIPCIÓN
445	LESIONES DE LOCAL.NO ESPECIF. O MULT. E>17 5 CC
446	LESIONES DE LOCAL. NO ESPECIF. O MULTIPLE EDAD<18
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17
448	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18
449	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC
450	ENVENEN. Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC
451	ENVENENAMIENTO Y EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC
454	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO C CC
455	OTROS DIAG. LESION, ENVENEN. Y EFECTO TOXICO S CC
456	QUEMADURAS, CON TRASLADO A OTRO CENTRO DE AGUDOS
457	QUEMADURAS EXTENSAS SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
458	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON INJERTO DE PIEL
459	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON DESBR.HERIDA U OTRO PQ
460	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN PROCED. QUIRURGICO
461	PQ CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVIC.SANITAR.
462	REHABILITACION
463	SIGNOS Y SINTOMAS CON CC
464	SIGNOS Y SINTOMAS SIN CC
465	CUIDADOS POST.CON HIST. N.MALIGNA COMO DIAG. SEC.
466	CUIDADOS POST.SIN HIST. N.MALIGNA COMO DIAG. SEC.
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD
468	PQ EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAG. PRINCIPAL
469	DIAGNOSTICO PRINCIPAL NO VALIDO COMO DIAG.DE ALTA
470	NO AGRUPABLE
471	PROC.MAYORES ARTICULAC. M.INFERIOR, BILAT.O MULT.
472	QUEMADURAS EXTENSAS CON INTERVENCION QUIRURGICA
475	DIAG. DEL S.RESPIRATORIO CON VENTILACION ASISTIDA
476	PQ PROSTATICO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL
477	PQ NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC
480	TRASPLANTE HEPATICO
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRAST. BOCA, LARINGE O FARINGE
483	TRAQUEOSTOMIA, EXC. TRAST.BOCA, LARINGE O FARINGE
491	PROC.MAYORES REIMPL.ARTICULAC. Y M.EXTR. SUPERIOR
493	COLECISTEC.LAPAROSC.SIN EXPLOR.CONDUCTO BIL. C CC
494	COLECISTEC.LAPAROSC.SIN EXPLOR.CONDUCTO BIL. S CC
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR
531	PROC. S.NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR
532	AIT, OCLUS.PRECER., CONVUL. Y CEFALEA CON CC MAYOR
533	OTROS S.NERVIOSO EXC.AIT, CONVUL.Y CEF. C CC MAYOR
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR
535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR
536	PROC.ORL Y BUCALES EXC. PROC.MAY. CABEZA Y CUELLO

GRD	DESCRIPCIÓN
537	ORL Y BUCALES CON CC MAYOR
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR
539	PROC. RESP.EXC. PROC.TORACICOS MAYORES C CC MAYOR
540	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. CON CC MAYOR
541	TRAST.RESP.EXC.INFECC., BRONQ., ASMA CON CC MAYOR
542	BRONQUITIS Y ASMA CON CC MAYOR
543	TRAST.CIRC.EXC.IAM,ENDOC.,ICC Y ARRIT. C CC MAYOR
544	ICC Y ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR
548	IMPLANTAC. O REVISION DE MARCAPASOS CON CC MAYOR
549	PROCED. CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR
551	ESOFAG.,GASTROENT.Y ULCERA NO COMPLIC. C CC MAYOR
552	TRAST. DIG.EXC.ESOF.,GASTRO.Y ULC N COMP.C CC MAY
553	PROC.AP.DIGEST. EXC. HERNIA Y PROC.MAYOR ESTOMAGO
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR
555	PROC. PANCREAS, HIGADO Y OTROS VIA BILIAR EXC. TRA
556	COLECISTECT. Y OTROS PROC. HEPATOBIL. C CC MAYOR
557	TRAST. HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR
558	PROC.MUSC.ESQ.MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILAT. O MULT
559	PROC. MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA Y TRAS
561	OSTEOM.,ARTRITIS SEPY TRAST.T.CONECT. C CC MAYOR
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL Y MAMA CON CC MAYOR
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. Y METAB. EXC.AMPUT
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. Y METAB. EXC. TRAST. DE
567	PROC. RIÑON Y TRACTO URIN. EXC. TRASPL. RENAL CON C
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR
569	TRAST. RIÑON Y TRACTO URIN. EXC. INSUFIC.RENAL CON
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR
571	PROC. APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR
573	PROC.NO RADICALES APAR. GENITAL FEM. CON CC MAYOR
574	TRAST. SANGRE, ORG.HEMOPOY. E INMUNOL. C CC MAYOR
575	PROC. SANGRE, ORG. HEMOPOY. E INMUNOL. C CC MAYOR
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR
577	TRAST. MIELOPROL. Y NEO. MAL DIFERENC. C CC MAYOR
578	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR
579	PROC.LINFOMA,LEUCEMIA Y TRAST.MIELOPR. C CC MAYOR
580	INFECC.Y PARASITOSIS SIST.EXC. SEPTIC. C CC MAYOR
581	PROC. PARA INFECC. Y PARASITOSIS SIST. C CC MAYOR
582	LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR

GRD	DESCRIPCIÓN
583	PROC. PARA LESIONES EXC. TRAUMA MULT. C CC MAYOR
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR
585	PROC.MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO Y GR
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD>17
587	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD<18
602	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA
603	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS
604	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA
605	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS
606	NEONATO, PESO 1000-1499 G, PQ SIGNIF., ALTA VIDA
607	NEONATO, PESO 1000-1499 G, SIN PQ SIGN.,ALTA VIDA
608	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS
609	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIG
610	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIG
611	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG
612	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG
613	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG
614	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIG
615	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIG
616	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIG
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG
619	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG
621	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIG
622	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF.
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF.
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCED. ABDOMI
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF.
631	BPD Y OTRAS ENF.RESP.CRONICAS ORIG.PERIODO PERIN.
633	OTRAS ANOMALIAS CONGEN., MULT. Y NO ESPEC., CON CC
634	OTRAS ANOMALIAS CONGEN., MULT. Y NO ESPEC., SIN CC
635	CUIDADOS POST. NEONATALES PARA INCREMENTO DE PESO
636	CUIDADOS POST. LACTANTE INCREMENTO PESO,E >28D, <1A
637	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO
638	NEONATO, EXITUS PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CENTRO
639	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO
640	NEONATO, TRASLADADO <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO
641	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, OXIG.MEMB. EXTRAC.
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC
652	PARTO VAGINAL ALTO RIESGO CON ESTERILIZ. Y/O D+L

GRD	DESCRIPCIÓN
700	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION VIH
701	VIH CON PQ Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIM.
702	VIH CON PQ CON INFECC. MAYORES MULT. RELACIONADAS
703	VIH CON PQ CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR
704	VIH CON PQ SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR
705	VIH CON INFECC. MAYORES MULT. RELACIONADAS CON TB
706	VIH CON INFECC. MAYORES MULT. RELACIONADAS SIN TB
707	VIH CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTIC.
708	VIH CON DIAG. RELACIONADO MAYOR, ALTA VOLUNTARIA
709	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. CON DIAG MAYORES MULT.
710	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. CON DIAG MAYORES MULT.
711	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. SIN DIAG MAYORES MULT.
712	VIH CON DIAG MAYORES RELAC. SIN DIAG MAYORES MULT.
713	VIH DIAG. RELACIONADO SIGNIFICATIVO, ALTA VOLUNT.
714	VIH CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO
715	VIH CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS
716	VIH SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS
730	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO
731	PROC. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMB. TRAUMA MULT. SIG
732	OTROS PQ PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO
733	DIAG. TRAUMA MULT. SIGNIF. CABEZA, TORAX Y M. INF.
734	OTROS DIAG. DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO
737	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR EDAD <18
738	CRANEOTOMIA EDAD <18 CON CC
739	CRANEOTOMIA EDAD <18 SIN CC
740	FIBROSIS QUISTICA
743	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS, ALTA VOLUNTARIA
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC
745	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC
746	ABUSO O DEPEND. COCAINA U OTRAS DROGAS, ALTA VOL.
747	ABUSO O DEPEND. DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC
748	ABUSO O DEPEND. DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC
749	ABUSO O DEPEND. DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC
752	ENVENENAMIENTO POR PLOMO
753	REHABILITACION PARA TRAST. COMPULSIVO NUTRICIONAL
754	CUIDADOS POSTER. NIVEL TERCARIO, EDAD -> 1 AÑO
755	FUSION VERTEBRAL CON CC
756	FUSION VERTEBRAL SIN CC
757	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXC. FUSION ESPINAL CON CC
758	PROC. ESPALDA Y CUELLO EXC. FUSION ESPINAL SIN CC
759	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL
760	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX
761	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H
762	CONMOCION, LESION INTRACR. COMA <1H O SIN COMA E <18

GRD	DESCRIPCIÓN
763	ESTUPOR Y COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18
764	CONM., LES.INTRACR. COMA<1H. O SIN COMA E>17 C CC
765	CONM., LES.INTRACR. COMA<1H. O SIN COMA E>17 S CC
766	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA<1H, EDAD>17 CON CC
767	ESTUPOR Y COMA TRAUMAT., COMA<1H, EDAD>17 SIN CC
768	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD <18 CON CC
769	CONVULSIONES Y CEFALEA EDAD <18 SIN CC
770	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. EDAD<18 CON CC
771	INFECC. E INFLAMACIONES RESPIRAT. EDAD<18 SIN CC
772	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 CON CC
773	NEUMONIA SIMPLE Y PLEURITIS EDAD<18 SIN CC
774	BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 CON CC
775	BRONQUITIS Y ASMA EDAD<18 SIN CC
776	ESOF, GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISCEL. E<18 CON CC
777	ESOF, GASTROENT.Y TRAST.DIG. MISCEL. E<18 SIN CC
778	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC
779	OTROS DIAG. DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 CON CC
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD<18 SIN CC
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 CON CC
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PQ MAYOR EDAD>17 SIN CC
784	ANEM.HEMOL. ADQUIR. O CRISIS ENF.CEL.FALCIF. E<18
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18
786	PROC. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR N.MALIGNA
787	COLECISTECTOMIA LAPAROSC. CON EXPLORAC.VIA BILIAR
789	REIMPL. MAYOR ARTIC.Y M.EXTR.INFERIOR CON INFECC.
790	DESBR.HERIDA E INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUS
791	DESBRID. HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA
792	CRANEOT. TRAUMA MULT.SIGNIF. C CC MAYOR NO TRAUM.
793	PROC. POR TRAUMA MULT. SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CO
794	DIAG. TRAUMA MULT. SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUM.
795	TRASPLANTE DE PULMON
796	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC
797	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC
798	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
799	TUBERCULOSIS, ALTA VOLUNTARIA
800	TUBERCULOSIS CON CC
801	TUBERCULOSIS SIN CC
802	NEUMOCISTOSIS
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO
804	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO
805	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIYON Y PANCREAS
806	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POST. COMBINADA CON CC
807	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POST. COMBINADA SIN CC
808	PROC. CARDIOV.PERCUT. CON IMA,FALLO CARD. O SHOCK
809	OTROS PROC.CARDIOTOR. DIAG. PRINCIPAL DE ANOMALIA

Rocío Moya Morón

Nacida en Barcelona, el 20 de Junio de 1977. Formación Técnica Administrativa desde 1996. He desarrollado mi carrera profesional en el sector asegurador, en Fiatc Mutua de Seguros desde 1996.

Mi trayectoria profesional ha estado dedicada íntegramente al Área de Asistencia Sanitaria, concretamente en el Departamento de Facturación. En la actualidad sigo colaborando con Fiatc Mutua de Seguros como Responsable de éste Departamento.

COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”
Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/2010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L'ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d'Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El Plan de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: “Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras” 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: “La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca” 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: “Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos” 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: “Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida” 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablancas: “La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro” 2005/2006
- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: “Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos” 2004/2005

- 30.- Isabel M^a Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: ""El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio"" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giralt: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a BancaSeguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- José Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011
- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2010
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Siniestros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- M^a Carmen Lara Ortíz: "Solvencia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005
- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemàtica del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Victor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010

- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocio Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Mugerza Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005
- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005
- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarificación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010
- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M^a del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004
- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007
- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005

- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009
- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011
- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010
- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006
- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Teixidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespi Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009
- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006

- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004
- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifá: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004
- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004
- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema público" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012
- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Customer Experience as a Source of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013
- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013
- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013

- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013
- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013
- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014
- 175.- Albert Llambrich Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014
- 181.- Vanesa Cid Pijuan: "Los seguros de empresa. La diferenciación de la mediación tradicional" 2014/2015.
- 182.- Daniel Ciprés Tiscar: "¿Por qué no arranca el Seguro de Dependencia en España?" 2014/2015.
- 183.- Pedro Antonio Escalona Cano: "La estafa de Seguro. Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora" 2014/2015.
- 184.- Eduard Escardó Lleixà: "Análisis actual y enfoque estratégico comercial de la Bancaseguros respecto a la Mediación tradicional" 2014/2015.
- 185.- Marc Esteve Grau: "Introducción del Ciber Riesgo en el Mundo Asegurador" 2014/2015.
- 186.- Paula Fernández Díaz: "La Innovación en las Entidades Aseguradoras" 2014/2015.
- 187.- Alex Lleyda Capell: "Proceso de transformación de una compañía aseguradora enfocada a producto, para orientarse al cliente" 2014/2015.
- 188.- Oriol Petit Salas: "Creación de Correduría de Seguros y Reaseguros S.L. Gestión Integral de Seguros" 2014/2015.
- 189.- David Ramos Pastor: "Big Data en sectores Asegurador y Financiero" 2014/2015.
- 190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.

- 191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.
- 192.- María Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.
- 193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.
- 194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.
- 195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.
- 196.- Jesús García Riera: "Aplicación de la Psicología a la Empresa Aseguradora" 2015/2016
- 197.- Pilar Martínez Beguería: "La Función de Auditoría Interna en Solvencia II" 2015/2016
- 198.- Ingrid Nicolás Fargas: "El Contrato de Seguro y su evolución hasta la Ley 20/2015 LOSSEAR. Hacia una regulación más proteccionista del asegurado" 2015/2016
- 199.- María José Páez Reigosa: "Hacia un nuevo modelo de gestión de siniestros en el ramo de Defensa Jurídica" 2015/2016
- 200.- Sara Melissa Pinilla Vega: "Auditoría de Marca para el Grupo Integra Seguros Limitada" 2015/2016
- 201.- Teresa Repollés Llecha: "Optimización del ahorro a través de soluciones integrales. ¿cómo puede la empresa ayudar a sus empleados?" 2015/2016
- 202.- Daniel Rubio de la Torre: "Telematics y el seguro del automóvil. Una nueva póliza basada en los servicios" 2015/2016
- 203.- Marc Tarragó Diego: "Transformación Digital. Evolución de los modelos de negocio en las compañías tradicionales" 2015/2016
- 204.- Marc Torrents Fábregas: "Hacia un modelo asegurador peer-to-peer. ¿El modelo asegurador del futuro?" 2015/2016
- 205.- Inmaculada Vallverdú Coll: "Fórmulas modernas del Seguro de Crédito para el apoyo a la empresa: el caso español" 2015/2016

