

Universidad Nacional de Ingeniería

FACULTAD DE INGENIERÍA INDUSTRIAL Y DE SISTEMAS



“REDISEÑO DEL PROCESO DE EMISIÓN DE PÓLIZAS DE SEGUROS DE SALUD Y VIDA”

INFORME DE SUFICIENCIA

Para optar el Título Profesional de:

INGENIERO INDUSTRIAL

ARNALDO ERICK MACHUCA POLO

LIMA – PERU

2006

Dedicatoria

A Dios por estar siempre conmigo y a mis padres quienes me apoyaron en todo momento.

INDICE

Resumen Ejecutivo.....	3
Introducción.....	6
1. De la Organización.....	8
1.1. Antecedentes Generales.....	8
1.2. Organización de la Empresa.....	10
1.2.1. Organización.....	10
1.2.2. Estructura Organizacional.....	11
1.3. Diagnostico Funcional.....	19
1.3.1. Productos y Servicios.....	19
1.3.2. Clientes.....	21
1.3.3. Proveedores.....	21
1.3.4. Procesos.....	22
1.4. Diagnostico Estratégico.....	31
1.3.1. Fortalezas y Debilidades.....	31
1.3.2. Oportunidades y Amenazas.....	31

2.	Análisis y Descripción del Problema.....	34
2.1.	Descripción y Diagrama del proceso.....	34
2.2.	Descripción del problema.....	41
2.3.	Efectos.....	41
3.	Análisis y diseño de la solución.....	47
3.1.	Identificación de causas del problema.....	47
3.2.	Marco Teórico.....	50
3.3.	Diseño del nuevo proceso.....	53
3.4.	Diseño de Tablero de indicadores del proceso.....	60
4.	Análisis Costo/Beneficio y Evaluación de resultados.....	62
5.	Conclusiones y Recomendaciones.....	65
6.	Glosario.....	67
7.	Bibliografía.....	68
8.	Anexos.....	69

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo contiene los resultados del Proyecto de Diagnostico y Rediseño del Proceso de Emisión de pólizas de seguros de Salud y Vida de una compañía líder en el mercado de seguros que llamaremos Compañía ABC Seguros, por razones de confidencialidad de la información.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

Actualmente el proceso de emisión de una póliza de seguros de salud y vida se inicia desde que el cliente o corredor se acerca a la compañía para recabar y completar la solicitud de emisión del producto "x", dicha solicitud es ingresada a un workflow y es trabajada en el área de emisión de pólizas de la compañía, la cual esta compuesta por 1 jefe, 3 coordinadores y 22 emisores.

Cada coordinador asigna la carga diaria a los emisores de su línea y cada emisor revisa primero la solicitud, si esta conforme a la parámetros requeridos para poder emitir la póliza procede a activarla en el sistema, luego la imprime y compagina, una vez que la póliza esta emitida y compaginada se despacha a través de un courier al cliente, este proceso origina mes a mes un considerable numero de quejas por parte de los clientes, quejas que a veces hacen que el cliente decida ya no adquirir la póliza de la compañía, además este proceso origina un costo de horas extras, los tiempos de emisión varían desde 4 a 8 días tiempo sin considerar el tiempo del courier que distribuye las pólizas, además de un descontento de las personas por tener que trabajar constantemente más horas a las de su jornada normal diaria.

SOLUCIÓN:

El análisis de las causas de los problemas identificados, las variables externas e internas que afectaban al proceso y el diseño de la propuesta del nuevo modelo operativo se realizará bajo el enfoque de la metodología de Ishikawa de mejora de procesos contemplando las etapas de: levantamiento de información e identificación del proceso actual, análisis de la información, propuesta de diseño, elaboración de diseño, implementación y seguimiento. En cada una de estas etapas se utilizaron diferentes herramientas como el diagrama causa efecto solución, lista de actividades por persona, tiempo por actividad, estadísticas de producción del área, white papers (flujogramas) para el levantamiento de los procesos y problemas, definición de indicadores, etc.

El modelo propuesto involucra la implementación de controles en cada etapa del proceso especialmente en el ingreso de la solicitud del cliente por mesa de partes de tal manera de evitar reprocesos una vez ingresada la solicitud al proceso de emisión. En el área de emisión de pólizas se creó el rol de captura de datos, que consiste en verificar que la solicitud del cliente esté dentro de la política de suscripción de la compañía (parámetros para asegurar a una persona), datos completos, etc. Esta actividad se implementó con el objetivo de descarga al emisor de esta función lo que ocasionaba a veces reprocesos o seguimiento a solución de algunos casos, eventos que originaban la interrupción de la programación de producción diaria. Otro cambio que se realizó en el proceso, fue separar del emisor y centralizar en un pool de personas las actividades de impresión, compaginación y despacho de pólizas así como los casos de reclamos por pólizas no recibidas por los clientes o reclamos por copias de pólizas, éste cambio sumado a un balance de cargas de trabajo en las líneas de emisión generó un incremento en la productividad (la misma cantidad de pólizas con menos emisores). Debido los cambios en el flujo de trabajo, la creación de nuevos roles y actividades, se realizó un cambio en la distribución física del área

desarrollándose un nuevo layout de planta, lográndose así también un orden en cuanto a la distribución de los materiales de impresión y compaginación.

CONCLUSIONES:

Estos cambios en el proceso generó un incremento en la productividad de las líneas de emisión, mejora en los tiempos de emisión (2 días), reducción de horas extras, se presento un impacto en el nivel de servicio hacia el cliente dado que hubo una reducción en el numero de quejas de clientes por demora en la entrega de pólizas, además la solución a las quejas eran más ágiles y en menos tiempo. Se logró una mejora en el clima laboral dado que las personas sintieron una mejor organización del área, puesto que ya no tenían que constantemente trabajar horas adicionales a su jornada diaria para poder cumplir con la programación de producción.

Con esta propuesta se espera que el proceso sea ágil a las necesidades de los clientes y de la empresa, dando un buen nivel de servicio en cuanto a la emisión de la póliza con cero errores y en el menor tiempo posible.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo contiene los resultados del Proyecto de Diagnóstico y Rediseño del Proceso de Emisión de pólizas de seguros de Salud y Vida de una compañía líder en el mercado de seguros que llamaremos Compañía ABC Seguros, por razones de confidencialidad de la información, el proyecto tuvo como objetivo central la definición de un Esquema Operativo que permita a la empresa a adaptarse a las necesidades actuales y futuras de crecimiento y consolidación de sus negocios, generando un impacto en el nivel de servicio a los clientes, un ahorro económico para la empresa con respecto a la reducción de horas extras y tener una mayor productividad del proceso.

En la primera parte de este informe, se presenta el Resumen Ejecutivo, el cual resume el contenido del documento con el fin de mostrar una idea clara y rápida de los principales aspectos incluidos en cada uno de los capítulos del mismo.

El segundo capítulo contiene la situación actual de la empresa en relación con sus fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas, estrategias, procesos, personas/organización, clientes y tecnología. Los objetivos y estrategias principales se presentan para las áreas que participan del proceso en análisis.

Por otro lado se presenta la descripción general de los procesos y posteriormente la descripción detallada de los mismos. En relación al

aspecto de Personas Organización, se presenta la estructura organizativa de Compañía y de las áreas principales.

En el tercer capítulo se describe el problema central y los efectos que se presentan en el proceso que se analiza.

A partir de la revisión de la situación actual, se identificó la metodología y herramientas que se usaron en el análisis y diseño del proceso, las cuales se presenta en el cuarto capítulo.

Otro punto de esta parte es el que corresponde al diseño conceptual propuesto, en la cual se identifican oportunidades de mejora, los cambios que se deben hacer al proceso para lograr lo objetivos deseados, se analizan las causas de los problemas actuales, en cuya primera sección se define los objetivos que se quieren lograr con el nuevo proceso, se presenta el enfoque sobre el cual se basa el nuevo diseño. En la última sección de este capítulo se presenta la estrategia de implementación y el tablero de indicadores del proceso.

El capítulo quinto se presenta el análisis costo-beneficio del diseño propuesto y el tablero de control (matriz de indicadores) del nuevo proceso con los resultados de los primeros 2 meses de implementación.

Finalmente, el séptimo capítulo muestra las conclusiones del proyecto en el que se detallan los principales puntos para tener en cuenta en el mantenimiento del nuevo proceso.

CAPITULO I

DE LA ORGANIZACIÓN

1.1. ANTECEDENTES GENERALES

Las personas y nuestros bienes, están expuestas a riesgos en la vida cotidiana, ante esto se crea una forma de protección (seguro), contra los riesgos.

El seguro no evita la ocurrencia de eventos (siniestros), que nos produzcan pérdidas, no acaba con la pérdida emocional, ni puede reponer todas las partes de una pérdida material, ejm: fallecimiento, álbum de fotos, compensa hasta cierta medida las pérdidas económicas (Indemnización o Beneficios).

Las Compañías de Seguros, frente a los riesgos, ofrecen protección (coberturas) a: personas (enfermedad, vejez o fallecimientos), contratantes (pérdida o daño de bienes materiales), asegurados por hechos de y ante terceros (Responsabilidad Civil)

La protección acordada se describe en el contrato (póliza) con:

Pérdidas concretas (riesgos y coberturas)

Pago del Contratante (prima)

Pago al Contratante/Asegurado/Beneficiario (indemnización)

La definición del Seguro se da como:

Un acuerdo (contrato - póliza) mediante el cual una parte (el asegurador) promete pagar a otra parte (el titular del seguro o asegurado) una suma de dinero para compensar sus pérdidas en caso de que un determinado evento ocurra (siniestro). A cambio de este servicio, el asegurado paga al asegurador una determinada suma de dinero (prima).

1.2. ORGANIZACIÓN DE LA EMPRESA

La Compañía ABC Seguros, es una de las empresas líder en el mercado de seguros de Salud y Vida, cuenta con 80 años de experiencia brindando atención a miles de asegurados.

1.2.1. Organización

Actualmente La empresa ABC Seguros es una organización dinámica que busca alinear los requerimientos del mercado con los objetivos estratégicos de la compañía.

Se aprecia que el desarrollo de sus procesos están orientados a mantener una posición de liderazgo a nivel nacional.

Así mismo, el desarrollo de las líneas de servicios y especialización están más orientados a mantener los negocios actuales, buscando consolidar la posición estratégica frente a la competencia.

Misión

“Brindar seguros y soluciones financieras que hagan posibles los logros y realizaciones de nuestros Clientes”

Visión

“Ser la empresa de seguros de referencia en los distintos sectores de la Sociedad y en la Región manteniendo la posición de liderazgo”

Los principales valores de la empresa son:



Los objetivos y estrategias están orientados a mantener la posición que se tiene en el mercado, consolidando los servicios que se tienen desarrollados actualmente, potencializando algunos productos, todo bajo el enfoque de liderazgo en nivel de servicio a los clientes.

La empresa ABC Seguros tiene una organización que apunta a la especialización por negocio y al enfoque hacia el cliente, teniendo como puntos principales de contacto con este las Áreas Comerciales y Áreas de Operaciones (ambas manejarán el 90% del contacto con el cliente).

Divisiones Comerciales orientadas a Segmentos de Clientes Empresas y Personas, definiendo los Canales de venta para cada uno.

1.2.2. Estructura Organizacional

La empresa ABC Seguros cuenta con una estructura organizacional compuesta en un primer nivel de Divisiones y una Gerencia General, cada división esta conformada por áreas.

División de Unidad de Negocios:

Compuesta por el área de Salud y el área de Vida, tiene como funciones principales:

- Definir y desarrollar las Políticas de suscripción de los seguros de Salud y Vida.
- Definición de la oferta de valor.
- Desarrollo de Productos.
- Configuración de los productos de seguros de Salud y Vida en los sistemas de la compañía.
- Asegurar que la calidad y costo de los servicios de salud estén de acuerdo a los estándares médicos, técnicos y operativos.
- Análisis del gasto / siniestralidad.
- Análisis de estado de resultados (primas vs. siniestros)
- Desarrollar programas de prevención.
- Definir y administrar los Coaseguros y Reaseguros de la compañía.

División Comercial:

Compuesta por el área de Comercial Empresas y el área de Comercial Personas, tiene como funciones principales:

- Definir objetivos generales y estrategias de ventas de los Segmentos Corporativos y de empresas.
- Mantiene la relación comercial con los principales clientes
- Elaborar y cumplir el presupuesto de ventas
- Inteligencia comercial (análisis de clientes y oportunidades, promover la venta cruzada).
- Fidelización al canal y a los segmentos de clientes.
- Integración de las Ofertas de Valor a nivel de Segmento y Canal
- Control del cumplimiento de objetivos de venta.
- Prospección, venta y renovación de los clientes del segmento Empresas y Personas.

División de Desarrollo Organizacional:

Compuesta por las áreas de Recursos Humanos, Logística, Seguridad, Planeamiento Estratégico, Auditoría, Tecnología y Procesos, tiene como funciones principales:

- Brindar los recursos necesarios, herramientas y capital humano necesario para el cumplimiento de los objetivos del negocio.

- Asegura cumplimiento de normas, políticas y procedimientos de la empresa.
- Materialización de la estrategia en planes de acción para el logro de objetivos.
- Desarrollar líneas de Carrera, selección, reclutamiento y Capacitación del recurso humano de la empresa.
- Definición de políticas de Compensación y administración del personal.
- Definición e implementación de los procesos de la compañía.
- Medición de la calidad de servicio al cliente interno y externo
- Proveer soluciones tecnológicas eficientes, alineadas con las necesidades del negocio
- Adquisición de activos, gestión de muebles e inmuebles, economato, mantenimiento y limpieza.

División de Operaciones:

Compuesta por las áreas de Marketing, Emisión, Gestión de Cobranzas, Liquidación de Siniestros de Salud y Vida, y Atención al Cliente, tiene como funciones principales:

- Homogenización de ofertas de servicio y definición de estándares de atención.

- Elaborar y desarrollar el plan de Marketing Corporativo e Imagen Institucional
- Responsable de la Publicidad Corporativa e Investigación de mercado.
- Controlar el cumplimiento de la política de Suscripción en los procesos de emisión, cobranzas, siniestros y atención al cliente.
- Formalizar la venta comercial a través de la emisión de la póliza.
- Planificación y ejecución de cobranza, administración de medios de pago.
- Canalizar las atenciones a las plataformas más eficientes (plataforma de atención personal, call center, plataforma web, etc.).
- Análisis y liquidación de Siniestros de Salud y Vida, controlando el gasto.
- Administrar relación con Proveedores.

División de Contabilidad y Finanzas:

Compuesta por las áreas de Contabilidad, Control de Gestión, Tesorería y Finanzas, tiene como funciones principales:

- Desarrollar plan de Prevención contra el lavado de activos.
- Elaborar el Planeamiento financiero.
- Consolidación de los presupuestos de cada división y definición del presupuesto general de la compañía.

- Analizar información de Indicadores Gerenciales.
- Controlar adecuado registro contable de las transacciones del negocio.
- Procesar y analizar cuentas contables.
- Proveer información financiera interna / externa
- Asegurar cumplimiento de medidas tributarias
- Gestión del flujo de caja
- Análisis y aprobación de líneas de crédito y refinanciamientos
- Identificación y evaluación de riesgos del portafolio de inversiones de la compañía.

División de Inversiones:

Tiene como funciones principales:

- Gestión de fondos de Inversión que respaldan las reservas de Seguros Previsionales, SCTR y Rentas Vitalicias.
- Análisis de capital de riesgo.
- Adquisiciones de Empresas, Capital Privado.

División Legal:

Tiene como funciones principales:

- Brindar asesoría legal.

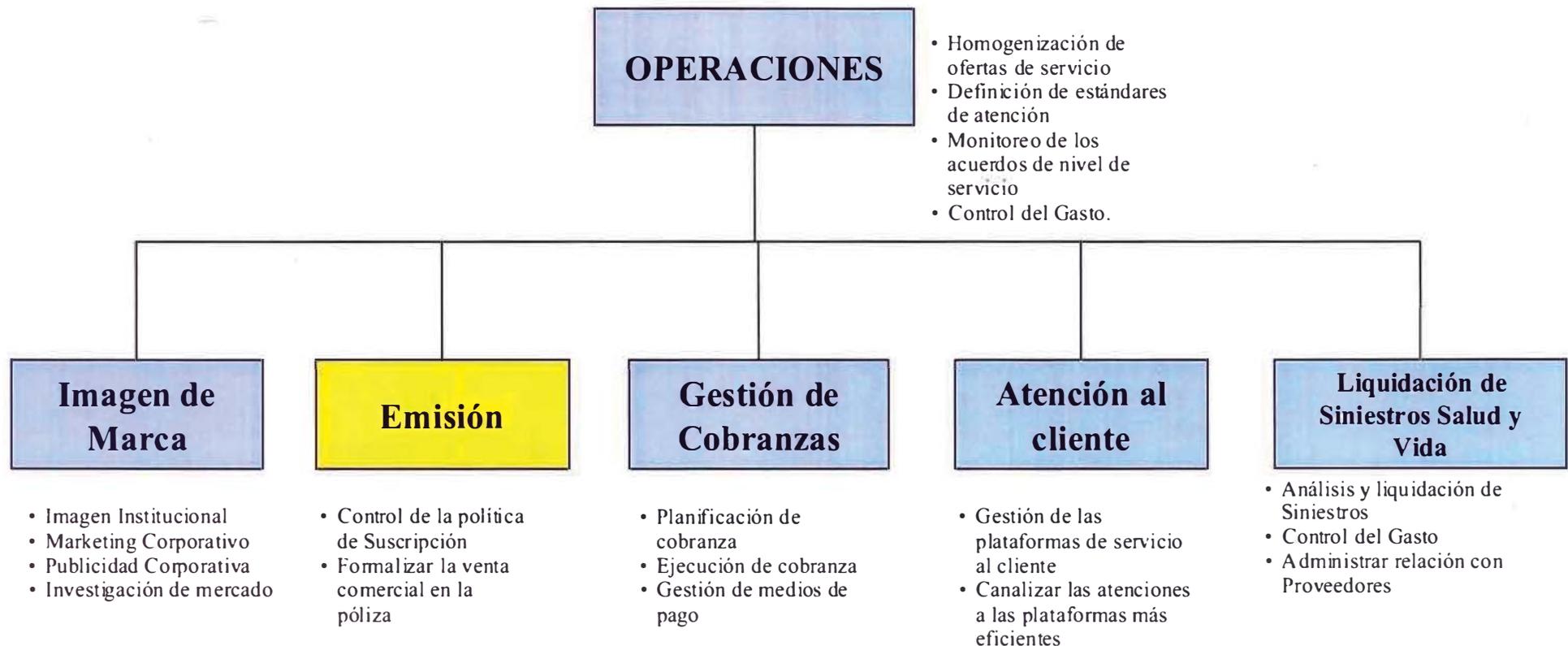
- Seguimiento de Casos.
- Revisión de contratos.
- Gestión de asuntos regulatorios.

Empresa ABC Seguros - Estructura Organizacional



Empresa ABC Seguros - Estructura Organizacional

División de Operaciones



1.3. DIAGNOSTICO FUNCIONAL

1.3.1. Productos y Servicios

La empresa ABC Seguros tiene casi 20 productos que los clasifica según el ramo de seguro:

- Seguro de Salud o de Accidente
- Seguro de Vida o de Accidente

Características - Seguros de Salud

La prima suele depender de edad, sexo, parentesco y grupo familiar

Se imprimen cartas de garantía para clínicas y médicos.

Generalmente se paga a la clínica y no al cliente.

Gran volumen de colectivos.

Las tarifas se deben actualizar constantemente.

La cobertura depende de la enfermedad.

Los exámenes médicos suelen añadir recargos.

Se desarrolla chequeo preventivo anual

Las pólizas de los productos de seguros de salud cubren por crédito los gastos Ambulatorios y de hospitalización por enfermedad o accidente, estos productos cuentan con las coberturas completas: Oncológica, maternidad, chequeos médicos, enfermedades congénitas, prótesis internas, oftalmología, gastos de sepelio, entre otras. Dependiendo del producto, la póliza cuenta con cobertura por Crédito y Reembolso en el Perú.

Los productos de salud cuentan con las mejores clínicas afiliadas a los programas para que los clientes se atiendan en caso de un siniestro.

La mayoría de los productos de salud tienen un plan preventivo anual, programa de vacunas, emergencias, sepelio, oncología, programa de

enfermedades crónicas con cobertura al 100%. Consultas médicas a domicilio atendidas todos los días del año por médicos especialistas

Oferta Valor para los productos de seguros de salud es: Administración del Plan - Control del Gasto - Cuidado de la Salud

Características - Seguros de Vida

En muchos países, solo compañías especializadas pueden trabajar en Vida.

Entre las principales características de los productos de vida se tiene:

- Pocas modificaciones y pocos siniestros.
- Cálculos matemáticos más complejos que en seguros generales.
- Muy bajo volumen de operaciones.
- No hace falta estimar reservas pues provienen de la póliza.
- Es frecuente el pago mediante pensiones, rentas vitalicias o por un período de tiempo.

Entre los principales productos del ramo de Vida se tiene:

- SCTR
- Vida (Individual, Familiar)
- Rentas Vitalicias
- Pensiones
- Accidentes Personales

Entre los principales servicios que brinda la empresa ABC a sus clientes se tiene:

- a. Servicio de Médicos Concurrentes en las Clínicas, que permite la autorización inmediata de cartas de garantía, emergencias, medicinas y procedimientos especiales.

- b. Coordinadoras Clínicas, quienes brindan información y orientación al afiliado en las principales clínicas, coordinar la atención médica del afiliado con la clínica, coordinar con el médico auditor la autorización de procedimientos especiales y cartas de garantía, registro y solución de quejas y reclamos
- c. Ejecutivas de Servicio, servicio de atención a los principales clientes Corporativos.
- d. Además se cuenta con las plataformas de atención personal, virtual y call center.

1.3.2. Clientes

El cliente final de los productos de salud y vida son personas naturales, existen productos con diferentes características enfocadas a los diferentes segmentos A, B y C,

La empresa ABC también considera a los Brockers como clientes, esto porque son las personas a través de las cuales se realiza la venta de los productos tanto de pólizas individuales (corredores masivos) como también para pólizas Colectivas o Corporativas, en este ultimo caso son las empresas que compran el seguro para un conjunto de trabajadores ya sea por leyes que deben cumplir (Seguro Complementario de Trabajo de todo Riesgo) o por un beneficio que desean dar a sus empleados.

1.3.3. Proveedores

La empresa tiene como principales proveedores a todos los centros privados de atención médica como son las clínicas, centros médicos ambulatorios, médicos particulares, etc.

Estos proveedores de servicios médicos tienen diferentes convenios con la empresa, con respecto al cumplimiento a los estándares de los procesos de

atención a los clientes, los descuentos pactados en los diferentes rubros como son medicamentos, honorarios médicos, etc.

Actualmente la empresa está desarrollando una estrategia de integración con los proveedores de tal manera de iniciar los servicios desde planes de prevención a los clientes hasta la facturación on line de las atenciones realizadas a los clientes.

1.3.4. Procesos

Modelo Operacional:

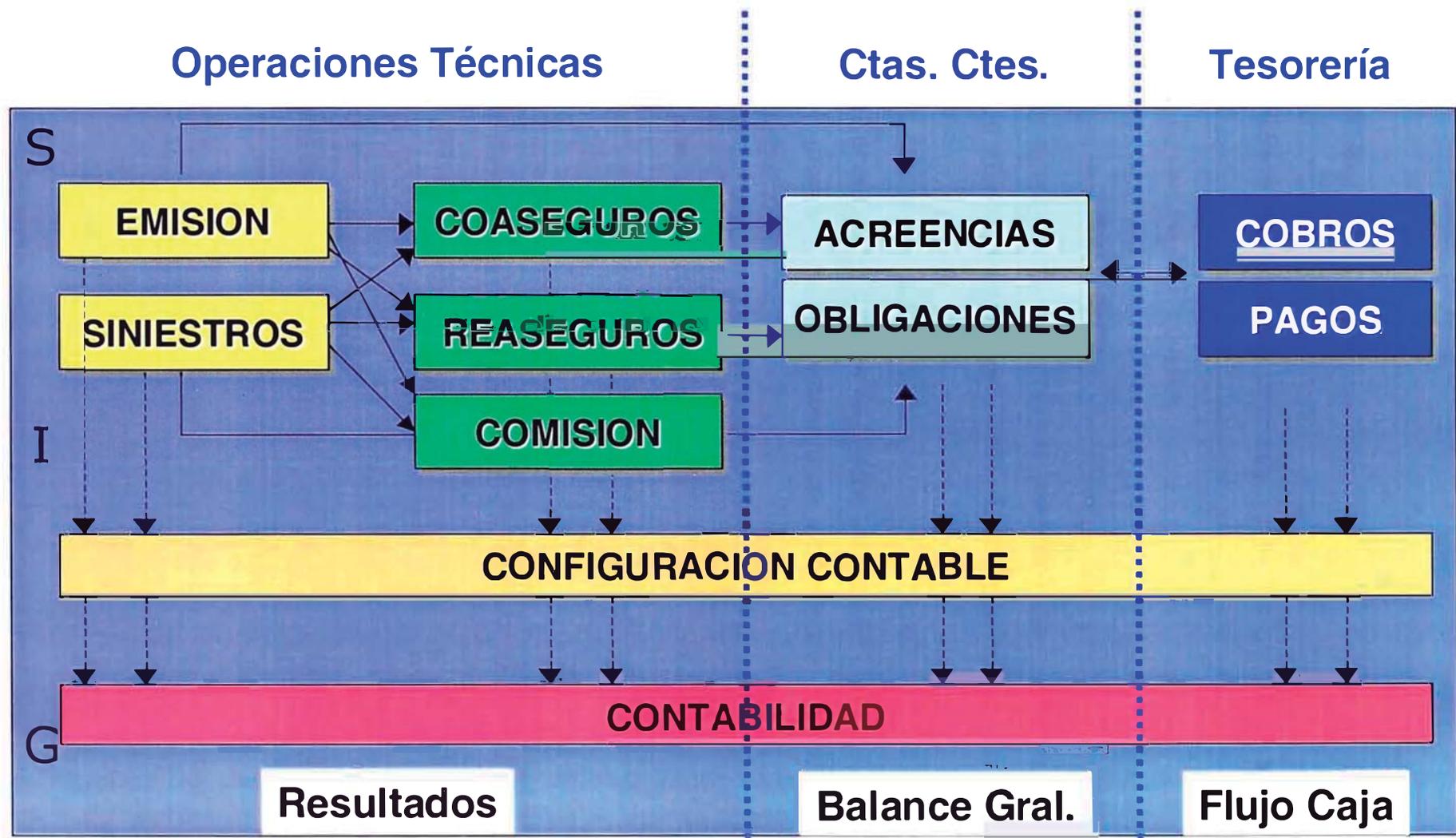
Las operaciones técnicas de la compañía se inician con la emisión de la póliza de seguro para el cliente, la cual, dependiendo de la complejidad del riesgo este es compartido con un coasegurador o reasegurador; la emisión da origen a una acreencia por el ingreso que se recibirá por la póliza (prima) y una obligación con el coasegurador o reasegurador para que este acepte el riesgo; esta transacción queda registrada en la cuenta corriente del cliente de tal manera de que Tesorería procede a registrar los ingresos correspondientes a la póliza y pagos a coaseguradoras o reaseguradoras. En la mayoría de casos los clientes son representados por un agente que realiza todas las transacciones en su representación, este agente en el proceso de emisión de pólizas recibe una comisión que también origina una obligación para la empresa.

Durante el periodo de vigencia de la póliza ocurren los eventos (siniestros) en los cuales los clientes hacen uso de las coberturas del seguro, en estos casos se crea una obligación para la empresa por el pago al proveedor que atendió al cliente, además estos eventos crean una cuenta por cobrar en los casos que el riesgo este compartido con un coasegurador o reasegurador.

Todas estas transacciones se registran en los sistemas que soportan la operación de la compañía generando la configuración contable de la empresa, configuración que llevada a los registros y cuentas contables definen la contabilidad de la empresa, generando los estados financieros como son el Balance General, Flujo de Caja, Resultado Técnico, etc.

Todo este modelo transaccional alimenta al Sistema de Información Gerencial (SIG) que permite en base a la información que se genera dar un soporte a la empresa en lo que es la toma de decisiones, definición de estrategias, etc.. Ver diagrama adjunto.

Empresa ABC Seguros – Modelo Operacional



Mapa de Procesos

La empresa de tiene los principales procesos:

a. Proceso de Desarrollo de Productos

El dueño de este proceso es la Unidad de Negocio. Este proceso tiene como objetivo tener un modelo de desarrollo de productos que permita lograr la eficiencia en la implantación y adelantarse a las exigencias del mercado actual y potencial.

La Unidad de Negocio se encargará de realizar un seguimiento cercano a la evolución del producto y asegurarse que se cumplan los objetivos financieros y de gestión definidos.

Dentro de las principales actividades se tiene:

- Estimación preliminar de costos y beneficios del producto
- Identificación de los principales riesgos
- Elaboración de estudios de mercado
- Análisis de resultados
- Definición de la estrategia comercial
- Especificación técnica y operativa
- Definición del presupuesto detallado
- Definición de indicadores financieros y de gestión
- Elaboración de mapa de riesgos
- Ejecución del plan de implementación
- Lanzamiento, comercialización y seguimiento al producto.

b. Proceso de Prospección

El dueño de este proceso es el área Comercial. Este proceso tiene como objetivo comercializar y promover la venta de las diversas modalidades de seguros, tanto para los segmentos de empresas como de personas, además tener un modelo que sea el motor del crecimiento futuro de la empresa, en un contexto económico caracterizado por la existencia de mercados saturados y elevadísimos niveles de competencia.

El proceso de prospección utiliza un conjunto de técnicas y procedimientos más adecuados a fin de optimizar la promoción comercial, la venta, el asesoramiento a clientes y la gestión de cartera.

c. Proceso de Suscripción

El dueño de este proceso es la Unidad de Negocio. Tiene como objetivo garantizar que las condiciones que tendrá el seguro que adquiere un cliente estén acordes a las políticas de suscripción de la compañía.

En este proceso se evalúa el riesgo que asume la empresa y dependiendo de la complejidad del riesgo asumido negocia con los Coaseguradores o Reaseguradores.

Una actividad importante dentro de este proceso es el desarrollo de la cotización, en este paso interactúan la Unidad de Negocio, el área Comercial, el broker y en algunos casos el cliente final.

Otro punto importante en este proceso, es la definición de las políticas de suscripción de los riesgos de los diferentes productos que se tiene, ya que con las políticas definidas y cuanto menos vacíos tenga ésta el proceso se hace más ágil.

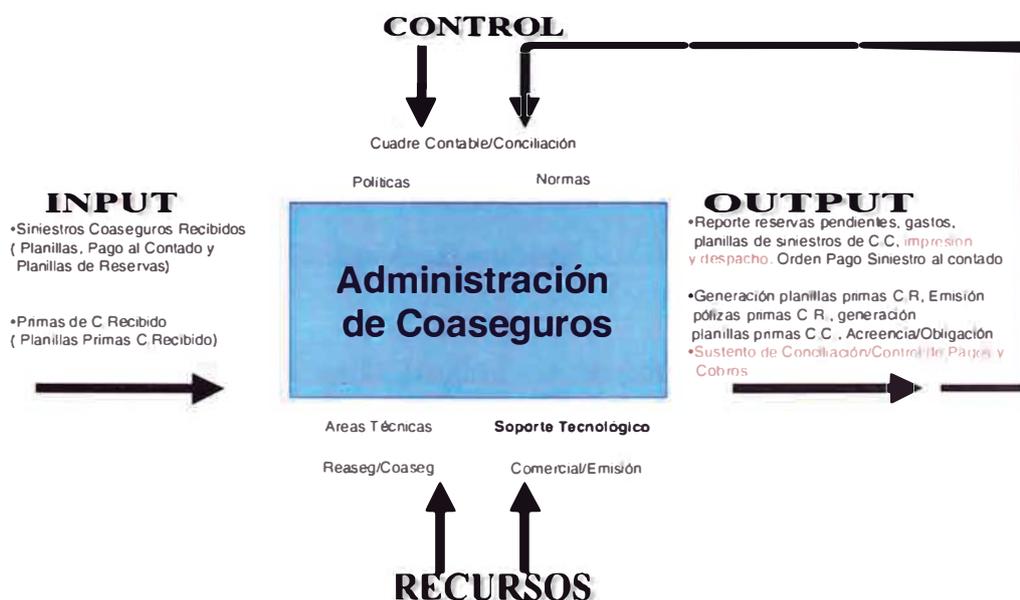
Luego del proceso de suscripción viene el proceso de emisión de la compañía.

d. Proceso de Reaseguros y Coaseguros – Administración del Riesgo

El dueño de este proceso es la Unidad de Negocio. Tiene como objetivo administrar y controlar la colocación de los Reaseguros y Coaseguros por los riesgos que la compañía asume. Entre los sub procesos principales se tiene:

- Análisis y Gestión de Cuentas Corrientes de reaseguros y coaseguros.
- Mantener un control adecuado de cobros y pagos
- Administración de la Cuenta Corriente con los Reaseguradores y Coaseguradores
- Seguimiento cobros a Reaseguradores
- Revisión y aprobación Reaseguros Facultativos
- Administración y control de los Siniestros y Primas de Coaseguro recibido/cedido o por los Reaseguros.

Modelo de Operación de Coaseguros



e. Proceso de Emisión de pólizas

El dueño de este proceso es el área de Emisión. Tiene como objetivo principal entregar las pólizas a los clientes en el menor tiempo, menor costo y con calidad.

El proceso de emisión de una póliza de seguros de salud o vida se inicia desde que el cliente o corredor se acerca a la compañía para recabar y completar la solicitud de emisión de cualquier producto; dicha solicitud es ingresada a un workflow y es trabajada en el área de emisión de pólizas de la compañía, área compuesta por 1 jefe, 3 coordinadores y 22 emisores; cada coordinador asigna la carga diaria a los emisores de su línea y cada emisor revisa primero la solicitud, si esta conforme a los parámetros requeridos para poder emitir la póliza procede a activarla en el sistema; luego la imprime y compagina, una vez que la póliza esta emitida y compaginada se despacha a través de un courier al cliente.

f. Proceso de Cobranza

Proceso a través del cual la compañía realiza las gestiones de cobranzas de las deudas o compromisos de pago que el cliente acepto al adquirir la póliza de seguros.

Este proceso está compuesto por 2 grandes sub-procesos: Proceso de Cobranzas Corporativos y el Proceso de Cobranzas Masivo; éste último dirigido a la cobranzas de clientes que son personas naturales.

g. Proceso de Emisión de Cartas de Garantía

El dueño de este proceso es la Unidad de Negocio. Tiene como objetivo emitir las constancias de cobertura de un siniestro del cliente ante los proveedores que en la mayoría de casos son las Clínicas o Centros de atención ambulatorios.

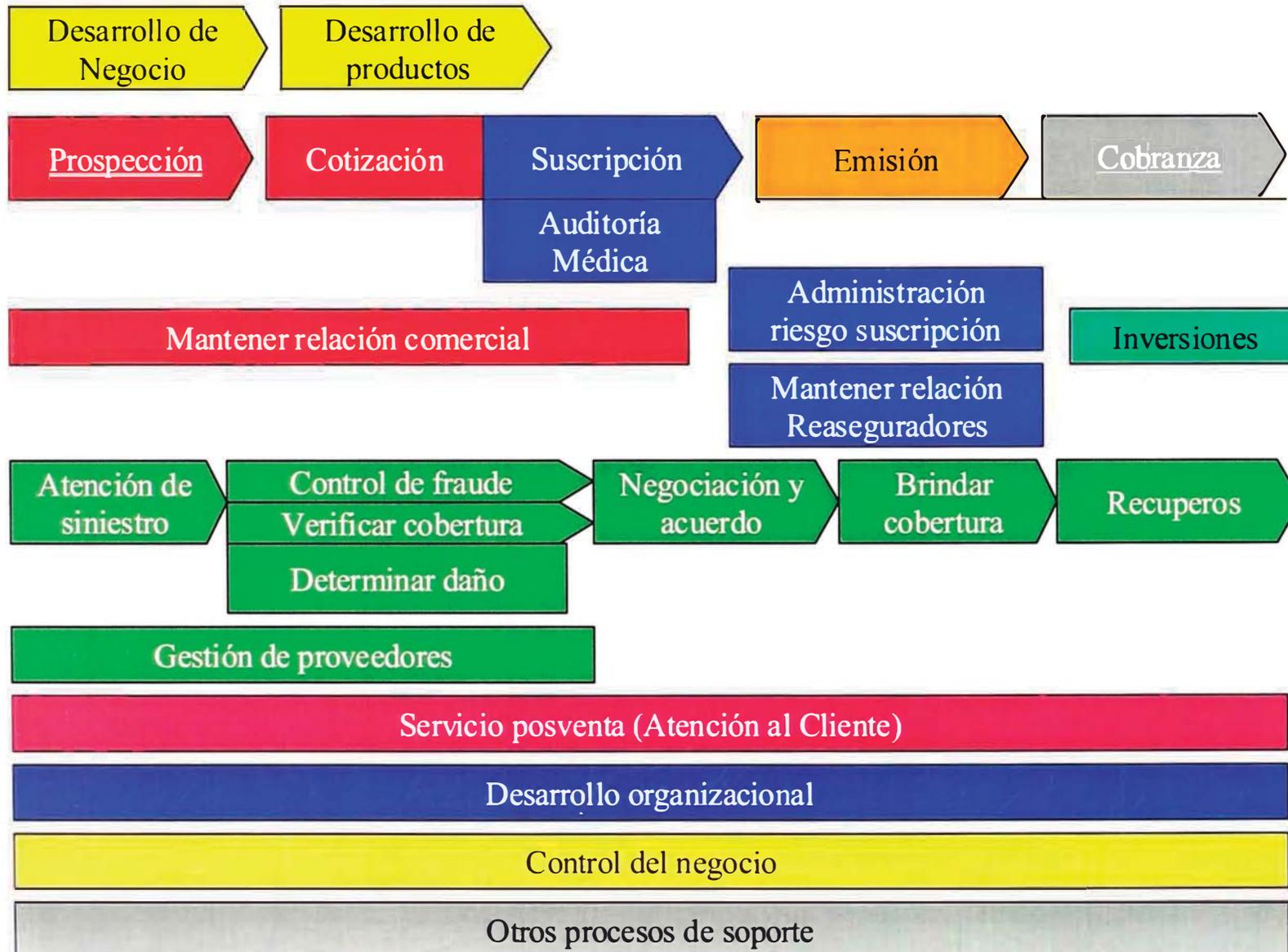
Las cartas de garantía son los documentos a través de los cuales la empresa de seguros concede un monto de gasto para las atenciones del cliente y la Clínica al término de la atención procede a facturar a la empresa de seguros los gastos teniendo como sustento la carta de garantía.

h. Proceso de Liquidación de Siniestros

El objetivo de este proceso es contabilizar los gastos y preparar el flujo de caja para los pagos a los proveedores, por las atenciones que realizaron a los clientes durante el periodo establecido (mensual).

El dueño de este proceso es el área de Siniestros. El proceso se inicia con la recepción de las facturas de los proveedores, las cuales son ingresadas a los sistemas de la compañía, luego son auditadas por el área de Auditoría Médica y a finalmente son liquidadas y se genera una orden de pago para el proveedor.

Empresa ABC Seguros – Mapa de Procesos



1.4. DIAGNOSTICO ESTRATÉGICO

1.4.1. Fortalezas y Debilidades

Fortalezas

- Respaldo de un importante grupo económico.
- Variedad de servicios post venta.
- Buenas relaciones con clientes y autoridades.
- Buena infraestructura para atención a clientes.
- Estrategia de comercial agresiva.

Debilidades

- Falta de especialización de proveedores.
- Falta de capacitación del personal.
- Mantenimiento deficiente de equipos de operaciones (impresoras, fax, etc).
- Motivación del personal.
- No existe un enfoque a la identificación de nuevos mercados y desarrollo de productos.
- Falta una adecuada distribución de oficinas y áreas operativas.

1.4.2. Oportunidades y Amenazas

Oportunidades

- Automatización de procesos a través de plataformas web.
- Penetración a nuevos mercados a través de planes de desarrollo de nuevos productos.
- Desarrollo de servicios de consulta a clientes a través de web y call center.

- Desarrollo de alianzas estratégicas con compañías Reseguradoras Internacionales.
- Desarrollo negocios con todas las empresas del grupo.
- Orientación de negocio hacia integración de servicios.

Amenazas

- Alianzas estratégicas de compañías nacionales con extranjeras.
- Falta de cultura de prevención de salud en la sociedad que a futuro desencadenaría un incremento de siniestros de salud y vida.
- Expansión a provincias de empresas competidoras.

Objetivo y Estrategias

Los objetivos y estrategias están orientados a mantener la posición que se tiene en el mercado. Estos objetivos y estrategias determinados han podido ser integrados de forma tal que expliquen la situación actual y el escenario futuro del negocio. A continuación algunos de estos:

- Mantener las Tarifas más competitivas.
- Proyectar una Imagen de solidez y seguridad.
- Desarrollar los servicios con rapidez y eficiencia .
- Mayor variedad de servicios.
- Atender las 24 horas del día durante los 365 días del año.
- Aplicar una estrategia agresiva de posicionamiento del negocio en provincias.
- Desarrollar buenas relaciones con clientes y usuarios de nuestros servicios.
- Integración de servicios.

Se puede considerar como factores de éxito o aspectos que requieren especial atención, ya que debido a su importancia pueden constituir directa o indirectamente una ventaja competitiva:

- Excelentes relaciones con clientes y autoridades.
- Variedad de servicios.
- Ser parte un grupo económico importante.
- Años de experiencia en el sector.

CAPITULO II

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN Y DIAGRAMA DEL PROCESO DE EMISIÓN

Proceso de emisión de pólizas:

Responsable	Descripción Actividad
Mesa de Partes / Casilla de Recepción	1. Recibir solicitudes. <ul style="list-style-type: none"> • Escanear las solicitudes físicas inmediatamente y enviar fichas al área de Emisión.
Asistente de apoyo	2. Crear trámite. <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la imagen escaneada en el repositorio de imágenes del sistema de la compañía. Si encuentran alguna solicitud incompleta, ésta es registrada en un indicador.
	<ul style="list-style-type: none"> • Crear el trámite en un lapso no mayor a 3 horas (luego de haber sido escaneada la imagen) y lo deriva según corresponda:

	<p>i Si declaró alguna enfermedad, el trámite será asignado al Médico Evaluador.</p> <p>ii Para todos los demás casos se asigna el trámite al Emisor.</p>
Unidad de Negocio	<p>3. Evaluar por el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El médico evaluador en caso de necesitar información adicional debe transferir el trámite a Emisión. • El médico evaluador al recibir el trámite con el informe médico, debe dar una opinión médica sobre exclusiones/pre-existencias. <p>4. Tomar decisión de suscripción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El analista de suscripción debe recibir el trámite con la opinión del médico evaluador en la parte de comentarios del trámite. Revisa el caso, indica su decisión y transfiere el trámite al emisor.

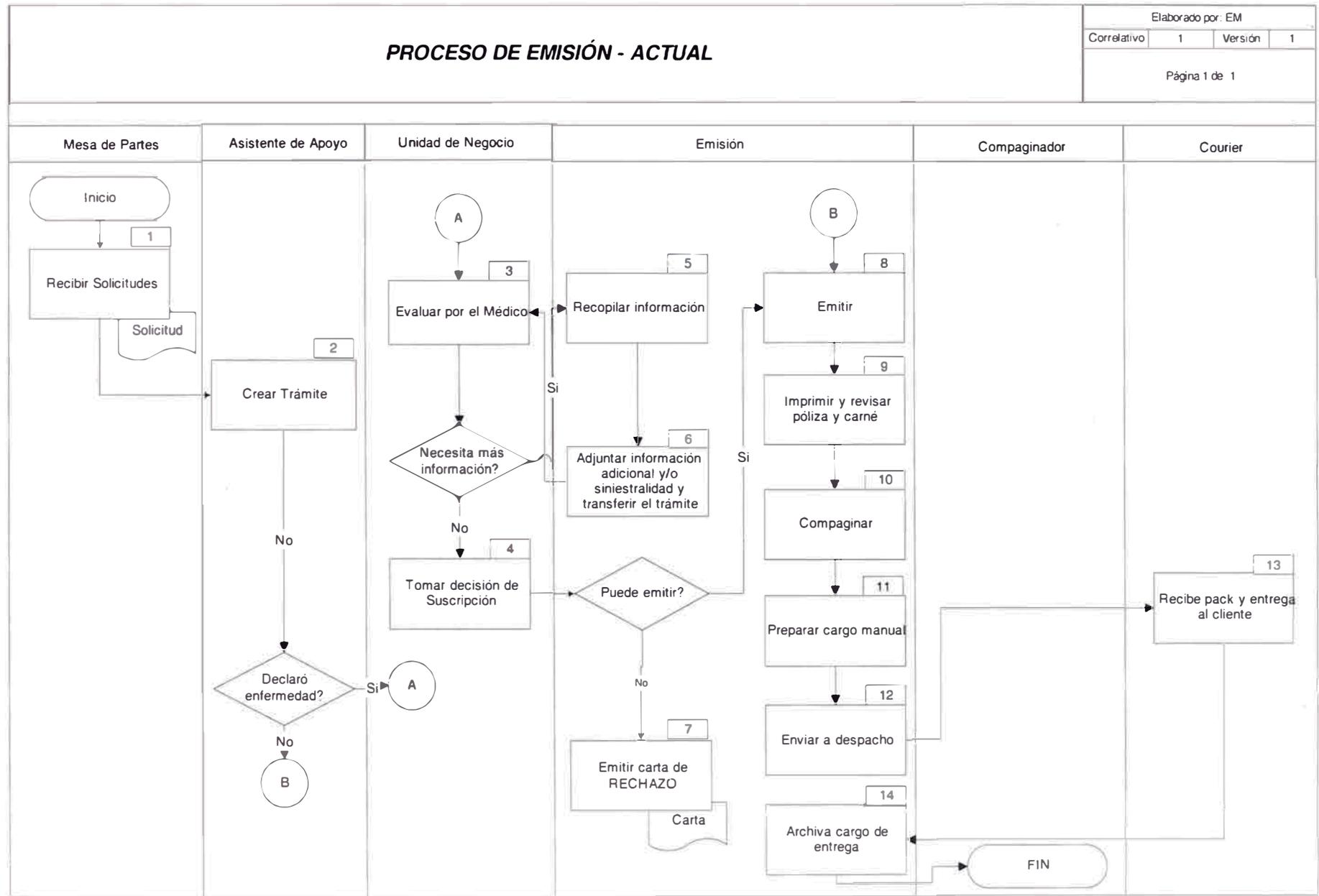
<p>Emisión</p>	<p>5. Recopilar información</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de recibir un trámite solicitando un informe ampliatorio de salud, debe enviar un correo electrónico y carta al corredor, indicando lo solicitado por el médico evaluado. Luego de recibir y anexar la información al trámite, éste será transferido al medico evaluador. <p>6. Adjuntar información adicional o siniestralidad al trámite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se adjunta información adicional solicitada por el médico evaluador. • Si recibe un trámite con seguro médico, generará el reporte de siniestralidad dependiendo del producto con que cuente o contó. Adjunta la siniestralidad al trámite y lo transfiere al médico evaluador.
	<p>7. Emitir carta de rechazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enviará la carta de rechazo vía correo electrónico y por vía física. Dicho correo será anexado al trámite y la carta será despachada. <p>8. Emitir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda solicitud recibida debe ser validada con los parámetros de suscripción. • En caso de recibir un trámite con información faltante, debe coordinar con el corredor o con el cliente para completar la información. • Emite las pólizas modulares en un plazo no mayor a 3 días de recibido el trámite, según las indicaciones vertidas en Comentarios por la unidad de negocios. <p>9. Mandar a imprimir la póliza y carné.</p> <p>10. Compaginar.</p>

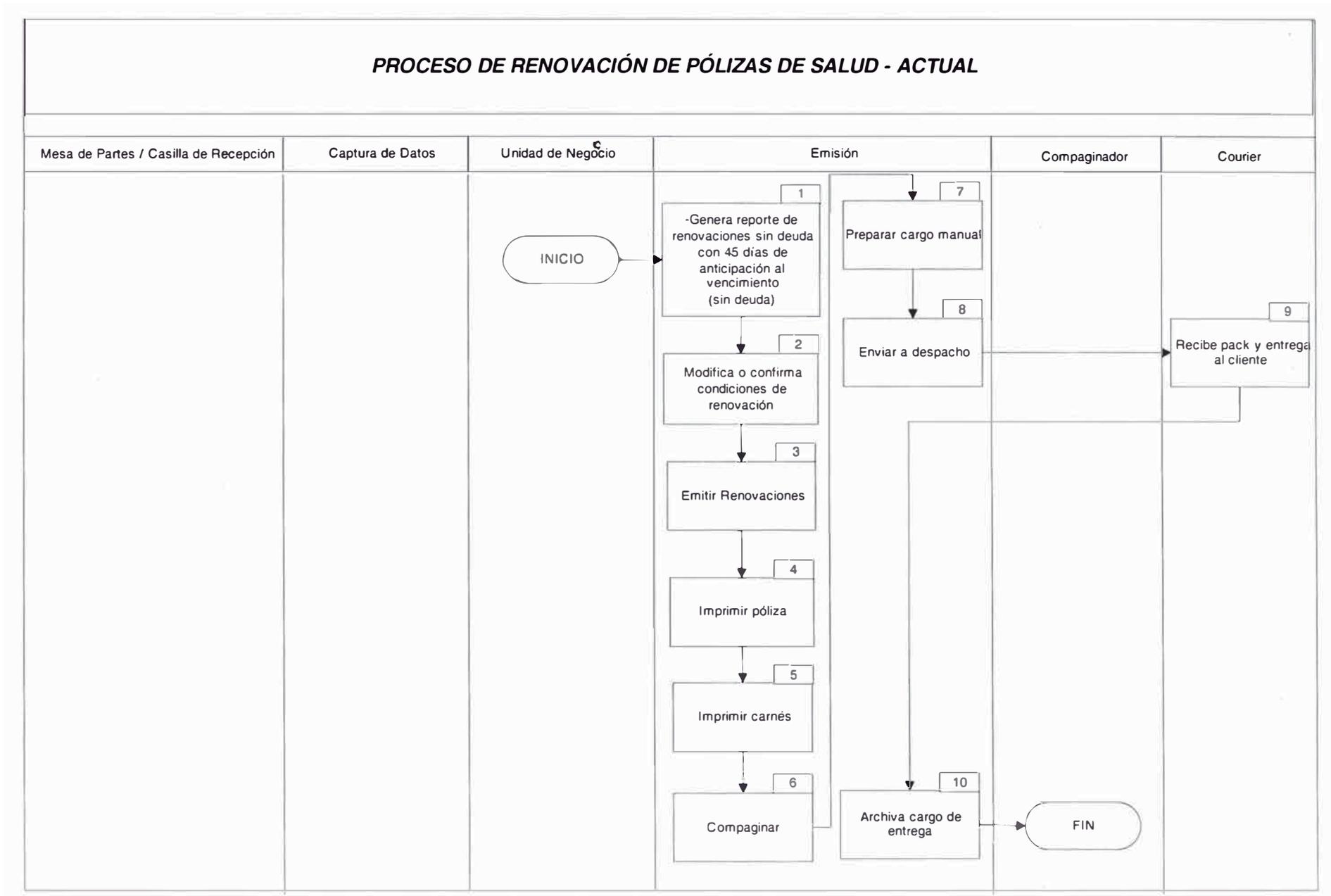
	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica que la impresión de las pólizas y carnés estén correctas. • Arma los pack que contiene la póliza y carné. <p>11. Preparar cargo manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresa al workflow y le genera el cargo de workflow y manual, compagina la póliza. <p>12. Enviar a despacho</p> <p>14. Archiva cargo de entrega</p>
Courier	<p>13. Entrega pack al cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega pack a cliente y cargo de entrega lo envía a Emisor. • Fin de emisión.

Proceso de Renovaciones de Pólizas

Responsable	Descripción
Emisión	<p>1. Genera Reporte de Pólizas a Renovar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genera reporte de renovaciones sin deuda con 45 días de anticipación al vencimiento (sin deuda). <p>2. Modifica o confirma condiciones de renovación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según el reporte de renovaciones y la siniestralidad de las cuentas confirma o modifica condiciones. <p>3. Emite Renovaciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirma datos en el sistema y activa la póliza.

	<p>4. Imprime pólizas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imprime las pólizas renovadas y los condicionados de estas. <p>5. Imprime Carnes</p> <p>6. Compaginar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arma los pack que contiene la póliza y carnés. <p>7. Imprime cargo para despacho.</p> <p>8. Entrega pack de póliza a courier. ○</p> <p>10. Archiva cargo de Entrega</p>
Courier	<p>9. Entrega póliza al cliente y envía cargo de entrega a Emisor, va a 10.</p>





2.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El proceso de emisión de una póliza de seguros de salud o vida origina mes a mes un considerable número de quejas por parte de los clientes, además el proceso origina un costo de horas extras, los tiempos de emisión varían desde 4 a 8 días, si considerar el tiempo del courier que distribuye las pólizas, sumado al descontento de las personas que deben trabajar constantemente más horas de las de su jornada laboral diaria. Una de las principales causas de los problemas son la centralización de actividades en una sola persona (emisor) y el no tener un proceso continuo para todos los casos.

Conclusión: Problema Central

“Un inadecuado proceso de emisión para las necesidades actuales del mercado y del negocio”

2.3. EFECTOS

Este problema presenta los siguientes efectos:

Efecto 1: Quejas de Clientes / Pérdida de Negocio (Renovaciones)

Mensualmente existen quejas de clientes y corredores por retrasos en la entrega de la póliza o por que nunca llega la póliza (ver estadística adjunta). El 70% de las quejas son realizadas por los corredores con lo que se concluye que el número de quejas efectivas es mayor dado que un corredor maneja más de 1 cliente.

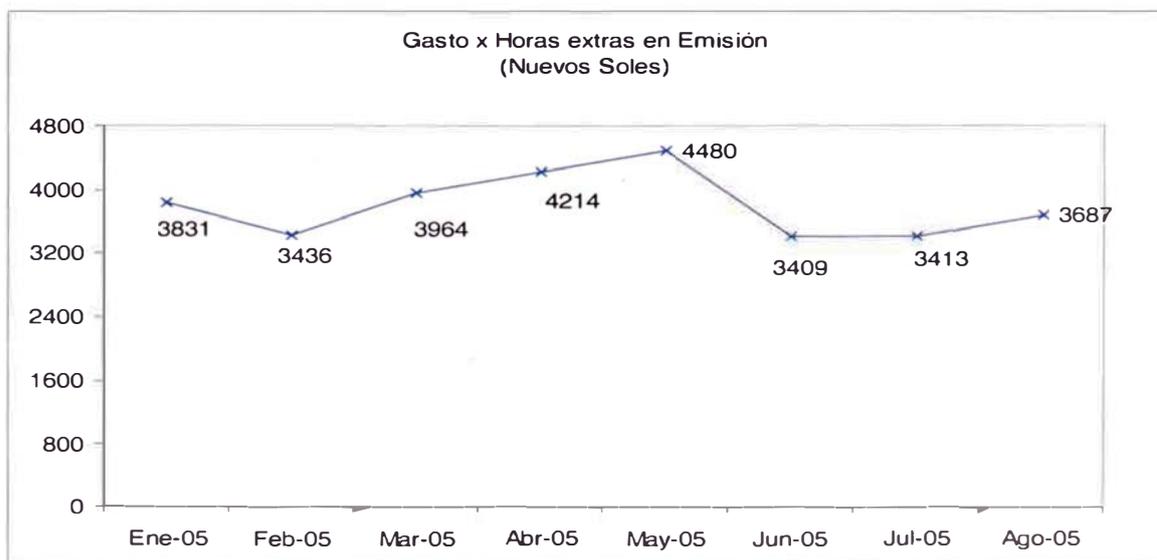
	Ene-05	Feb-05	Mar-05	Abr-05	May-05	Jun-05
# Quejas de Clientes	33	25	35	30	28	26



Cada línea de emisión genera horas extras al mes para poder cumplir con los objetivos de producción, este costo de horas extras es aproximadamente \$13,000 al año.

	Ene-05	Feb-05	Mar-05	Abr-05	May-05	Jun-05	Jul-05	Ago-05
Línea 1 - Salud	2150	1320	1798	1789	1358	1151	1305	1319
Línea 2 - Salud	900	1110	1343	1425	650	958	1194	1432
Línea 3 - Vida	780	1005	823	1000	2472	1300	914	936
Total general	3831	3436	3964	4214	4480	3409	3413	3687

ANO
\$ 13.000



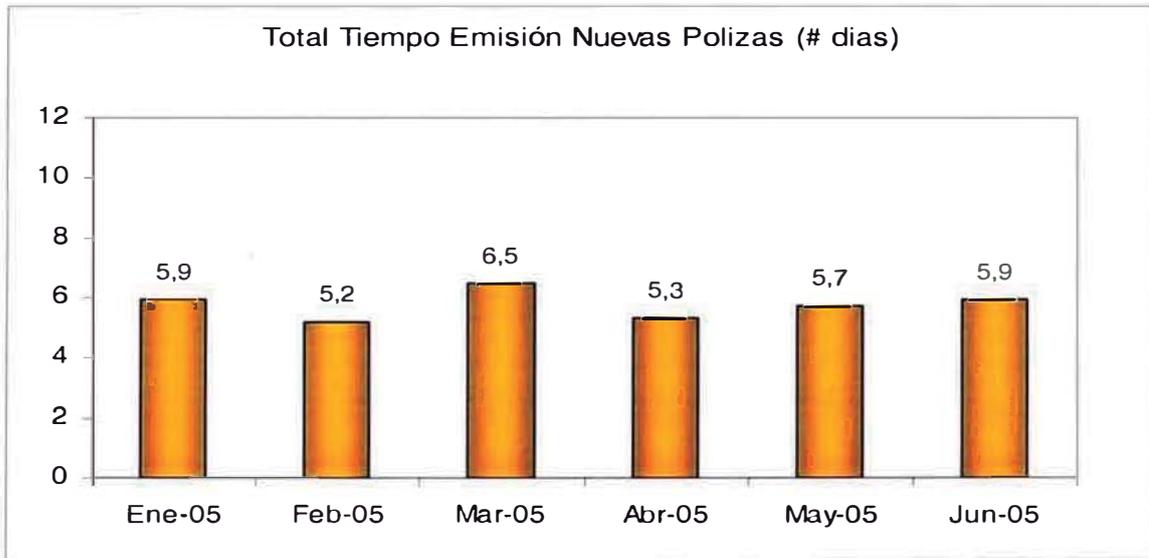
Efecto 3: Demora en el proceso de Emisión y Renovaciones

Las pólizas de Salud tienen actualmente un promedio de tiempo de emisión de 5,5 días, sin considerar los tiempos de despacho del courier que varía entre 1 a 2 días. Estos tiempos hacen que se generen quejas lo que se traduce operativamente en que muchos trámites que se vuelven urgentes produciendo un desorden en la producción diaria.

En las renovaciones el objetivo es que llegue la nueva póliza con las condiciones al corredor 35 días antes del vencimiento para que el corredor pueda negociar con su cliente la renovación, en la actualidad las pólizas renovadas están llegando al corredor de 10 a 20 días antes del vencimiento con lo que el margen de tiempo para negociar con el cliente es mínimo y en estos casos la competencia aprovecha para entrar a la negociación con un mayor tiempo de anticipación (entre 30 a 40 días antes del vencimiento). Se estima que por estas demoras se pierde casi mensualmente el 0,5% de la cartera a renovar mes a mes (promedio mensual de la cartera a renovar: \$714000).

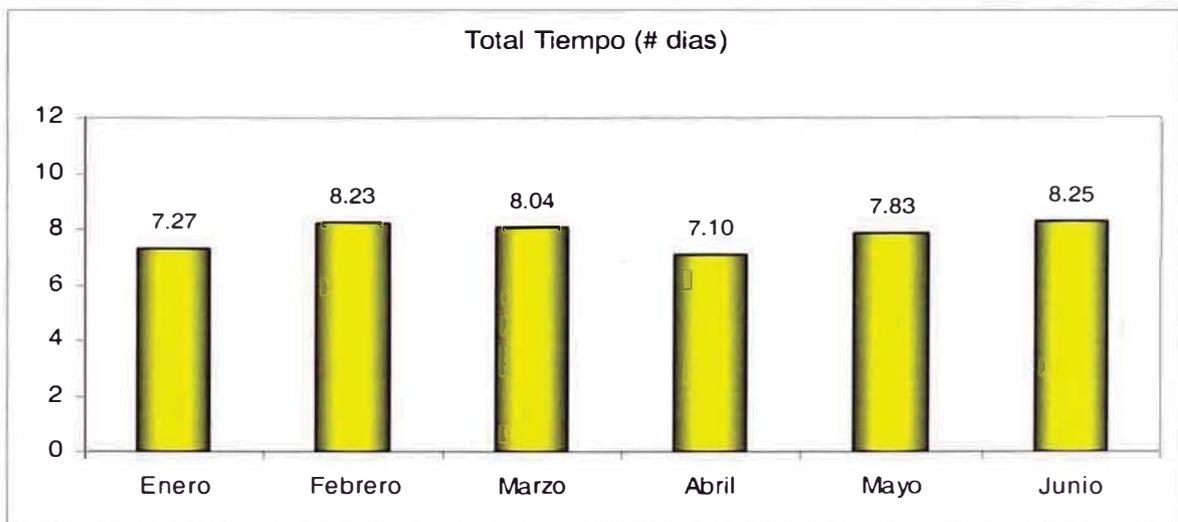
Tiempos de Emisión Pólizas Nuevas (casos sin necesidad de revisión médica)

Actividad	Ene-05	Feb-05	Mar-05	Abr-05	May-05	Jun-05
Recepción	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,1
Emisión	3,6	3,5	3,3	2,9	3,0	3,8
Courier	2,2	1,5	3,0	2,1	2,5	2,0
Total Tiempo (# días)	5,9	5,2	6,5	5,3	5,7	5,9



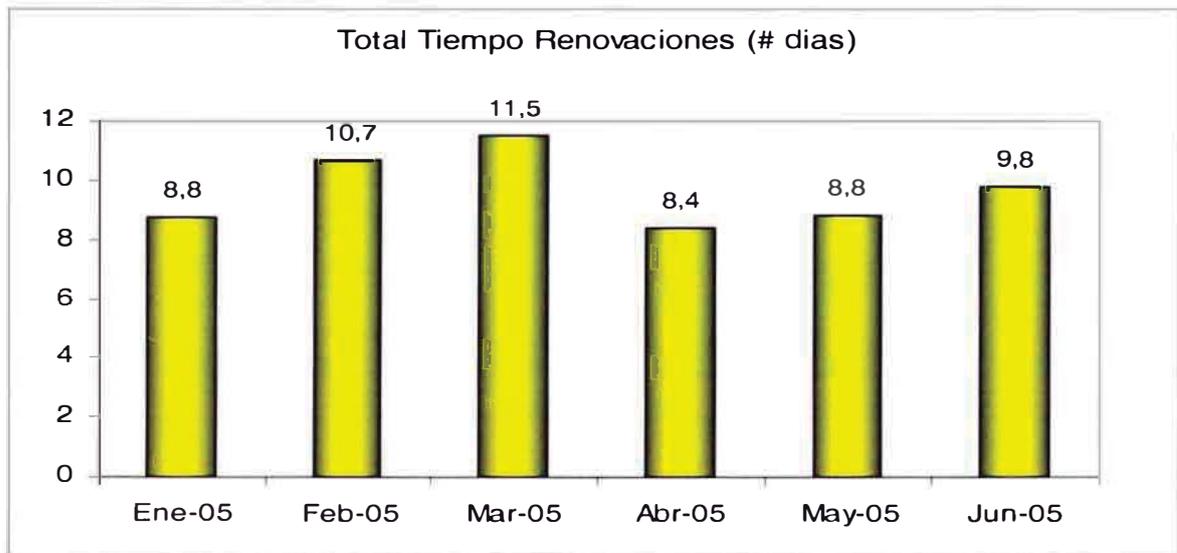
Tiempos de Emisión Pólizas Nuevas (casos con revisión médica)

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Recepción	0,07	0,13	0,15	0,3	0,22	0,25
Area Comercial	1	0,7	1,1	0,8	1,5	1,3
Area Medica	1,2	2,9	1,3	1	0,7	1,4
Emisión	3	2,8	2,5	2,9	3,11	3,8
Courier	2	1,7	2,99	2,1	2,3	1,5
Total Tiempo (# días)	7,27	8,23	8,04	7,1	7,83	8,25



Tiempo de proceso de Renovaciones

Actividad	Ene-05	Feb-05	Mar-05	Abr-05	May-05	Jun-05
Emisión	3,0	4,2	4,0	3,5	3,1	3,8
Compaginación	3,8	4,0	4,5	2,5	2,7	3,3
Courier	2,0	2,5	3,0	2,4	3,0	2,7
Total Tiempo (# días)	8,8	10,7	11,5	8,4	8,8	9,8

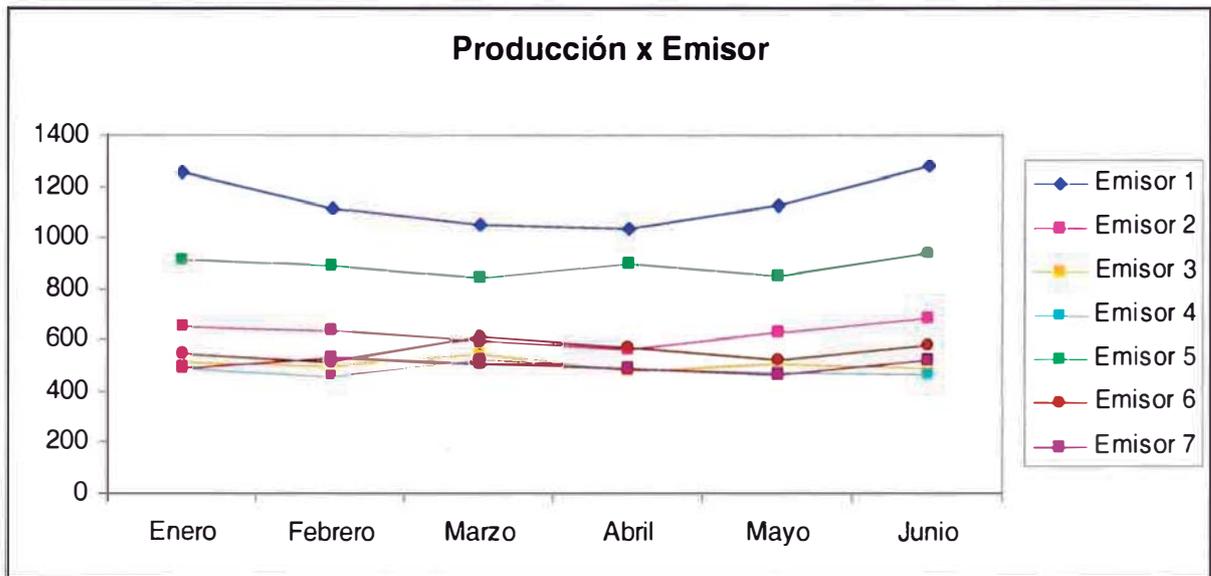


Efecto 4: Baja Productividad

En la LÍNEA 1 de emisión de seguros de salud, de los 7 emisores que conforman esta línea el 50 % de la producción lo realizan solo 2 personas, hay emisores que tiene una producción diaria por debajo del promedio de producción por emisor (30 operaciones al día), y otros que tienen un nivel de producción elevado.

Registro de operaciones por emisor de la LINEA 1,

	Cantidad de Operaciones					
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Emisor 1	1250	1112	1047	1035	1120	1280
Emisor 2	655	636	593	562	629	680
Emisor 3	512	497	546	477	508	489
Emisor 4	485	455	520	491	472	463
Emisor 5	910	884	838	892	847	938
Emisor 6	544	511	611	570	522	581
Emisor 7	492	532	505	488	468	520
Total de operaciones	4848	4627	4660	4515	4566	4951



Efecto 5: Clima Laboral

El clima laboral del área se encuentra afectado debido a que las personas sienten una mala organización porque constantemente tienen que trabajar horas adicionales a su jornada diaria para poder cumplir con la programación de producción, además no consideraban justa la asignación de carga laboral.

CAPITULO III

ANÁLISIS Y DISEÑO DE LA SOLUCIÓN

3.1. IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DEL PROBLEMA

Recursos Humanos

Falta de Capacitación: se encontró errores de emisión debido a desconocimiento de la política de suscripción en algunos emisores, también se identificó la necesidad de capacitación en los sistemas dado que no todos los emisores estaban en la capacidad de trabajar con todos los sistemas de la compañía.

Clima Laboral: Debido a que continuamente las personas se quedaban más de sus 8 horas de jornada diaria sentían un desgaste semana a semana, además percibían una mala organización debido a los continuos reprocesos o críticas por demora.

Métodos

Falta de controles en el Proceso: llegaban solicitudes con información incompleta y esto hace que el emisor se de cuenta originando reprocesos o demoras en el proceso, no existía un flujo continuo.

No había seguimiento activo de casos que requerían revisión médica: existían casos de los tramites derivados al medico auditor que no tenían ningún tipo de seguimiento.

Desbalance de Línea: habían emisores que tenían una producción por debajo del estándar y otros que superan el estándar (30 operaciones al día).

No existía supervisión activa por parte de los coordinadores de las líneas de emisión, su día típico estaba dedicado más a actividades administrativas, ver anexo 2.

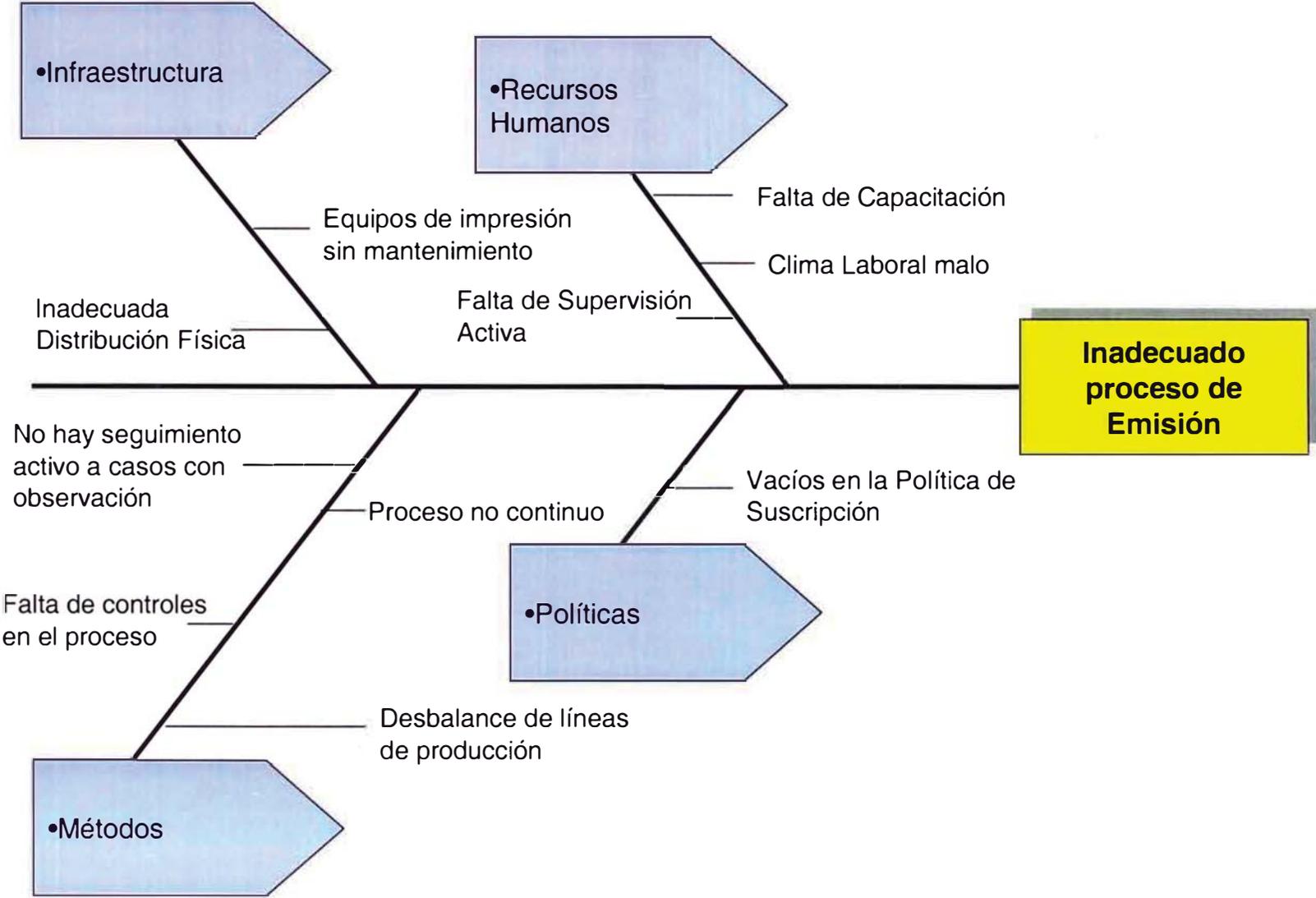
Proceso no continuo: esto se daba debido a que los emisores centralizaban actividades manuales operativas que les demandaban mucho tiempo, además que no exista un flujo continuo de actividades para el despacho de las pólizas, por ejemplo: un emisor emitía todas las pólizas durante el día, al cierre de día preparaba el pack (horas extras) y recién al día siguiente se despachaba la póliza.

Falta de indicadores de control del proceso: no existían indicadores que permitan controlar la calidad de las pólizas emitidas, el costo del proceso y los tiempos de emisión de la compañía.

Infraestructura

Mala Distribución de planta: no se contaba con una adecuada distribución, las impresoras estaban lejos de los emisores, además los espacios de los compaginadores no contaban con un orden que permitiera una diferenciación de documentos con prioridad.

DIAGRAMA CAUSA Y EFECTO



3.2. MARCO TEÓRICO

Entendiendo que la misión encargada al área de Formalización implica la cristalización de la confianza depositada por el cliente en la compañía ya que involucra la entrega del documento físico con el cual el cliente siente el respaldo ante el riesgo que decidió asegurar, por tal motivo se debe garantizar que el proceso de emisión de pólizas debe cumplir las necesidades del mercado que son tiempo y calidad y con las de la empresa que son costos.

Considerando estos puntos críticos se propone un plan de rediseño del proceso basado en mejores prácticas desarrolladas en las empresas líderes a nivel mundial en el rubro de seguros y otros rubros referente al proceso en análisis. Se tendrá acceso a esta información a través de Corporate Executive Board.

Además, se propone desarrollar el Método Sistemático de mejora de Procesos (Ishikawa) con el uso de herramientas para el levantamiento de información y análisis de esta (White papers, Diagramas causa y efecto, Listas de actividades, etc.)

El enfoque propuesto incluye también la elaboración del tablero de control (conjunto de indicadores) para que sirva de herramienta de monitoreo para la medición de los resultados del proceso que de acuerdo a los objetivos de tiempo y costo.

a. Corporate Executive Board es una compañía de investigación estratégica, cuya misión es asesorar en la toma de decisiones estratégicas en base a recopilación de información, identifica y analiza las mejores prácticas, tendencias e ideas llevadas a cabo por las empresas líderes a nivel internacional.

Según CEB todo proceso de Emisión debe tener un ente de control de la información que ingresa a la compañía por parte del cliente. Este rol tiene como objetivos principales: verificar que la información este completa y correcta, y que todo cumpla con la política de suscripción de la compañía, de esta manera, se evita cualquier reproceso por falta de información o no cumplimiento de las políticas, este es un punto importante dado que involucraría implementar este punto de control en el proceso actual.

b. Método Sistemático de mejora de Procesos (Ishikawa)

White papers (flujogramas): Ayuda a determinar como funciona realmente un proceso que busca un resultado (producto, servicio, información o combinación de los tres). Permite examinar como los diferentes pasos en un proceso se relacionan entre si, de tal manera de descubrir con frecuencia la fuente de problemas potenciales.

Diagramas causa y efecto: Es utilizado para identificar las posibles causas de un problema específico. La Naturaleza gráfica del diagrama permite que se organicen grupos de grandes cantidades de información sobre el problema y determinar exactamente las posibles causas.

Listas de actividades (actividad - frecuencia - tiempo): es un documento por el medio del cual se documentan los proceso y actividades operativas de cada uno de los puestos que integran la empresa y que participan en un proceso específico.

Además relaciona cada una de estas actividades a periodos, volumen y tiempo que toman todas estas actividades lo que sirve para balanceo y programación de actividades y cargas de trabajo, ver Anexo 1.

c. Tablero de Control (indicadores)

Un Tablero de Control es una herramienta de gestión formada por un conjunto de indicadores básicos (definidos como esenciales para el logro de los objetivos) cuyo seguimiento periódico permite conocer en detalle los resultados y situación de un proceso, proyecto o empresa en estudio.

Es una metodología válida por su sencillez y bajo costo, cuya primera utilidad es la tarea misma de sentarse a discutir y definir las áreas e indicadores claves de todo proceso.

Todo Tablero de Control debe reunir una serie de características como:

- Reflejar información cuantificada.
- Evaluar situaciones, no responsables.
- Focalizar los objetivos en cifras medibles.
- Sin reemplazar el juicio directivo, lo orienta.

Para cada indicador debe establecerse:

- El período de análisis (mensual, trimestral o anual),
- La referencia para control (va a ser comparado vs. el presupuesto, el real histórico, el año anterior, el promedio del mercado, etc.),
- Los responsables del monitoreo (en el caso de empresas con división de tareas, quién se hace cargo del seguimiento de esos parámetros)

3.3. DISEÑO DEL NUEVO PROCESO

Nuevo Proceso de Emisión

Responsable	Descripción
Mesa de Partes / Casilla de Recepción	1. Recibir solicitudes. <ul style="list-style-type: none"> • Recibir la solicitud de inclusión y verifica que la misma esté completa (utilizar el check list diseñado), las incompletas las devuelve. • Escanear las solicitudes inmediatamente y enviar al área de Emisión.
Asistente de apoyo	2. Crear trámite. <ul style="list-style-type: none"> • Revisar la imagen escaneada en el repositorio de imágenes del sistema de la compañía. Si encuentran alguna solicitud incompleta, ésta es registrada en un indicador. • Crear el trámite en un lapso no mayor a 3 horas (luego de haber sido escaneada la imagen) y lo deriva según corresponda: <ul style="list-style-type: none"> i. Si tiene seguro médico en la compañía, el trámite será asignado al ejecutivo de Captura de Datos. ii. Si declaró alguna enfermedad o es mayor a 50 años, el trámite será asignado al Medico Evaluador. iii. Si no tuvo seguro en la compañía, ni declaró enfermedad, el trámite será asignado al Emisor.

<p>Captura de Datos</p>	<p>3. Adjuntar siniestralidad y transferir el trámite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toda solicitud recibida debe ser validada con los parámetros de límite de edad. La solicitud es rechazada si: <ul style="list-style-type: none"> i En caso de tener 60 años o más. <p>Enviará la carta de rechazo vía correo electrónico y por vía física. Dicho correo será anexado al trámite y la carta será despachada.</p> • Si recibe un trámite con seguro médico, generará el reporte de siniestralidad de Salud, dependiendo del producto con que cuente o contó. Adjunta la siniestralidad al trámite y lo transfiere al medico evaluador. <p>4. Recopilar información</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de recibir un trámite solicitando un informe ampliatorio de salud, debe enviar un correo electrónico y carta al corredor, indicando lo solicitado por el médico evaluador. Luego de recibir y anexar la información al trámite, éste será transferido al medico evaluador. <p>5. Genera Cartas de Rechazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genera las cartas de rechazo, indicadas por el área de negocios. Envía dicha carta por correo electrónico y por físico. Adjunta a cada trámite la carta de rechazo y da por terminado el trámite.
-------------------------	---

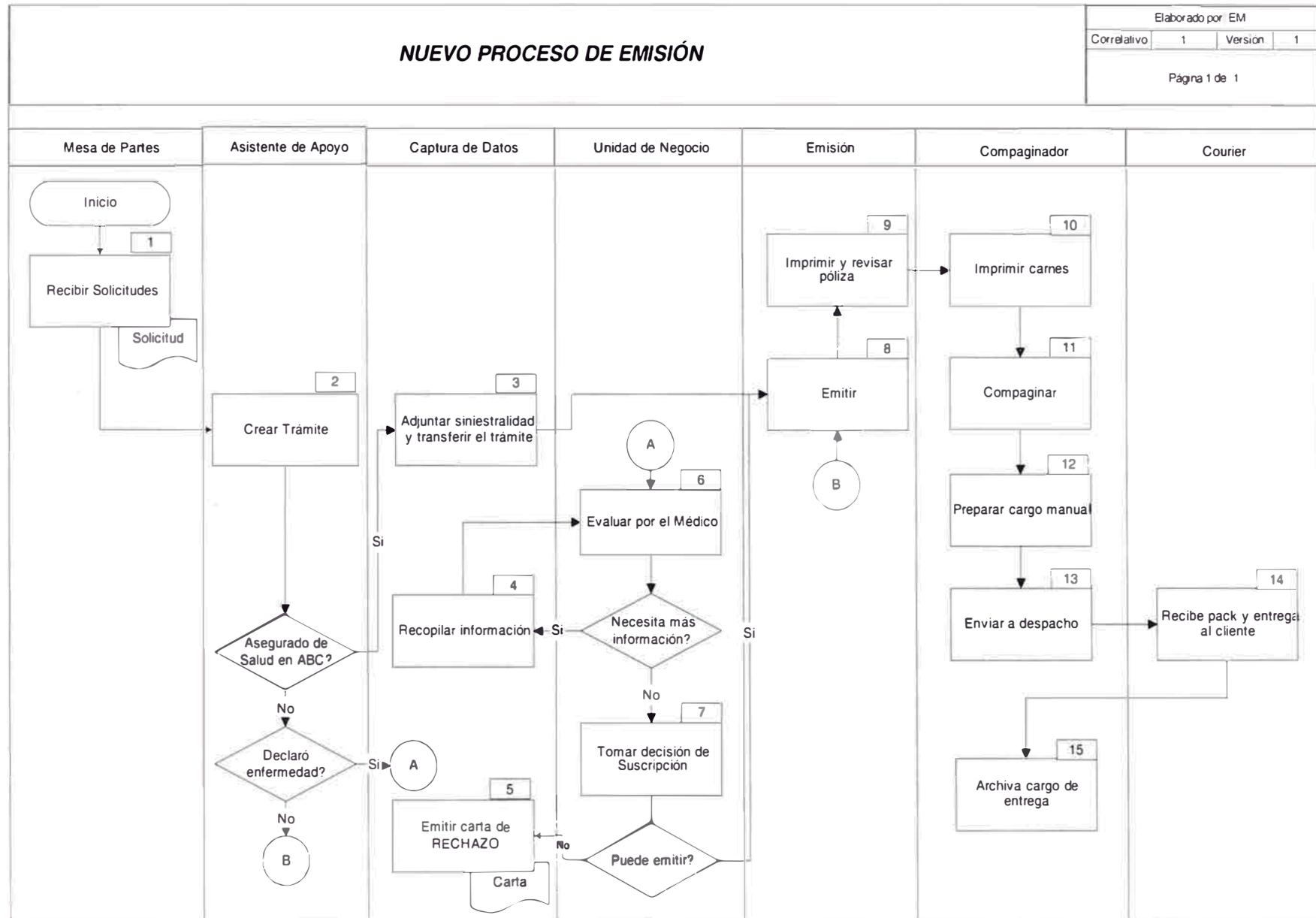
<p>Unidad de Negocio</p>	<p>6. Evaluar por el médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El médico evaluador en caso de necesitar información adicional como reporte de siniestros, debe indicar el número de siniestro en comentarios y transferir el trámite al captura de datos. • El médico evaluador en caso de necesitar un informe medico ampliatorio, debe indicar el informe a solicitar y transferir el trámite al ejecutivo de captura de datos para que realice la gestión. • El médico evaluador al recibir el trámite con el informe medico, debe dar una opinión médica sobre exclusiones/preexistencias, indicar el código de la enfermedad en Comentarios. Transferir inmediatamente el trámite al ejecutivo de suscripción para que tome la decisión correspondiente. <p>7. Tomar decisión de suscripción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El ejecutivo de suscripción debe recibir el trámite con la opinión del medico evaluador. Revisa el caso, indica su decisión sobre la exclusión/preexistencia y transfiere el trámite al emisor para proceder con la emisión.. • El ejecutivo de suscripción en caso decida rechazar una solicitud, debe transferir el trámite al captura de datos para que genere la carta de rechazo.
--------------------------	--

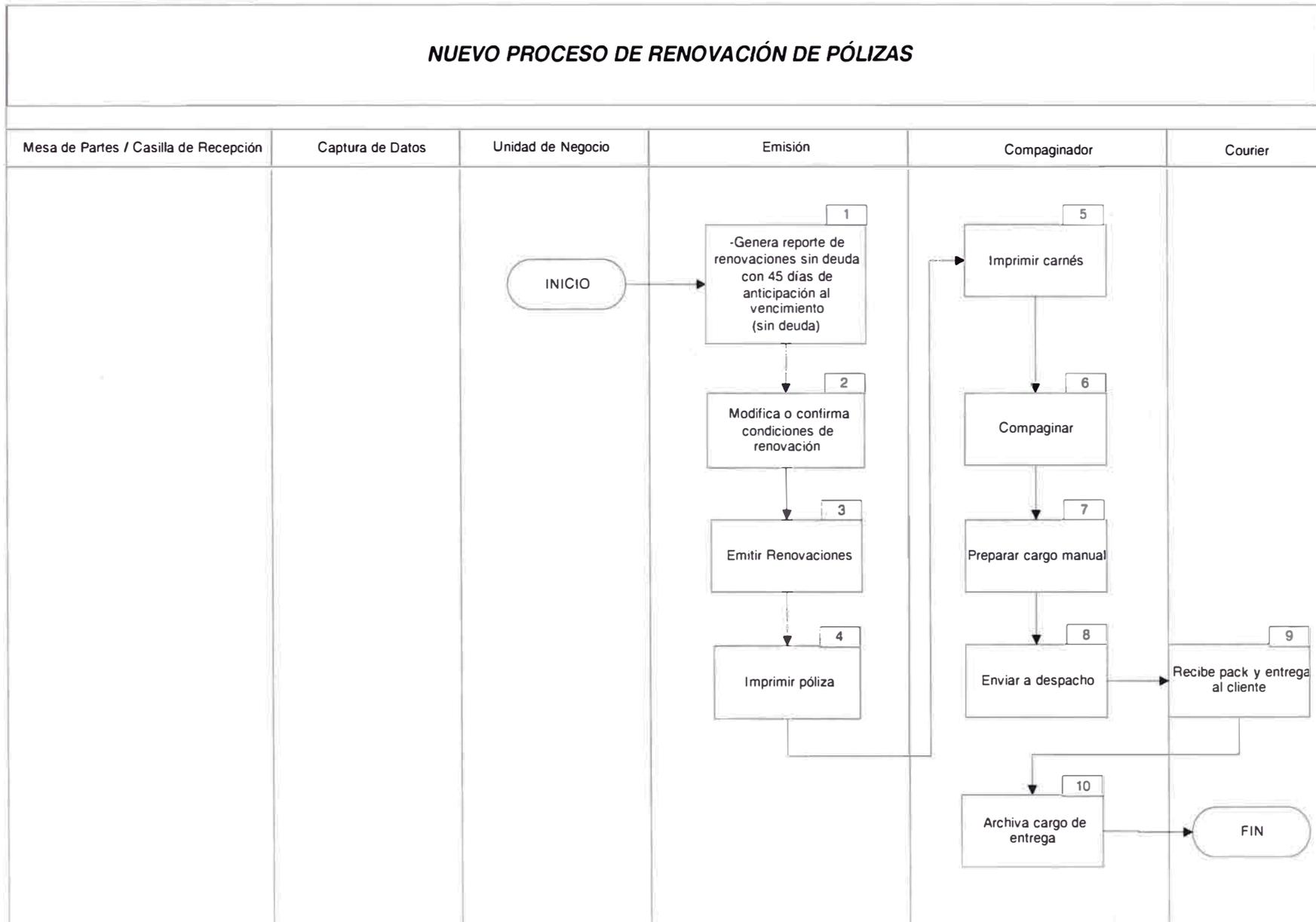
<p>Emisión</p>	<p>8. Emitir</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trámite será transferido a evaluación médica si tiene 50 años o más el cliente. • En caso de recibir un trámite con información faltante, debe transferirlo al ejecutivo de captura de datos inmediatamente indicando el o los datos faltantes. • Emite las pólizas modulares en un plazo no mayor a 36 horas de recibido el trámite, según las indicaciones de la unidad de negocios. <p>9. Enviar a imprimir la póliza y entrega el físico al compaginador.</p>
<p>Compaginador. (*)</p>	<p>10. Compaginar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imprime carnés • Verifica que la impresión de las pólizas y carnés estén correctas y que las pólizas tengan la firma de la compañía. <p>11. Preparar cargo manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresar al workflow y le genera el cargo de workflow y manual, compagina la póliza. <p>12. Enviar a despacho.</p>
<p>Courier</p>	<p>13. Entrega pack al cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega pack a cliente y cargo de entrega lo envía a compaginador. • Fin de emisión.

(*) Ver anexo 3: Funciones del compaginador y día típico.

Nuevo Proceso de Renovaciones de Pólizas

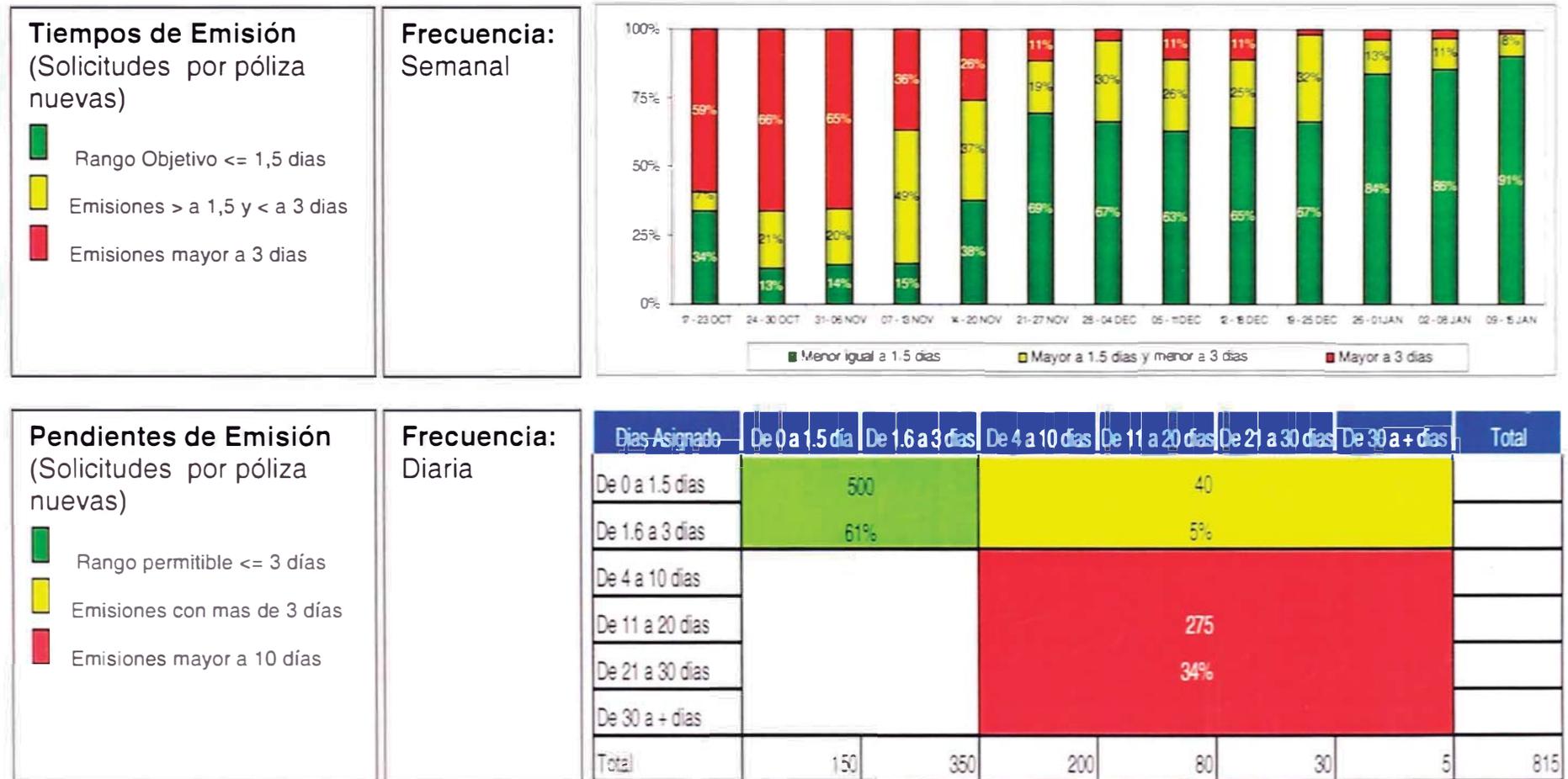
Responsable	Descripción
Emisión	1. Genera Reporte de Pólizas a Renovar <ul style="list-style-type: none"> • Genera reporte de renovaciones sin deuda con 45 días de anticipación al vencimiento (sin deuda). 2. Modifica o confirma condiciones de renovación. <ul style="list-style-type: none"> • Según el reporte de renovaciones y la siniestralidad de las cuentas confirma o modifica condiciones. 3. Emite Renovaciones. <ul style="list-style-type: none"> • Confirma datos en el sistema y activa la póliza.
Compaginador	4. Imprime pólizas. <ul style="list-style-type: none"> • Imprime las pólizas renovadas y los condicionados de estas. 5. Imprime Carnets 6. Compaginar <ul style="list-style-type: none"> • Arma los pack que contiene la póliza y carnes. 7. Imprime cargo para despacho. 8. Entrega pack de póliza a courier. 9. Archiva cargo de entrega.
Courier	10. Entrega póliza al cliente y envía cargo de entrega a Compaginador, va a 9.





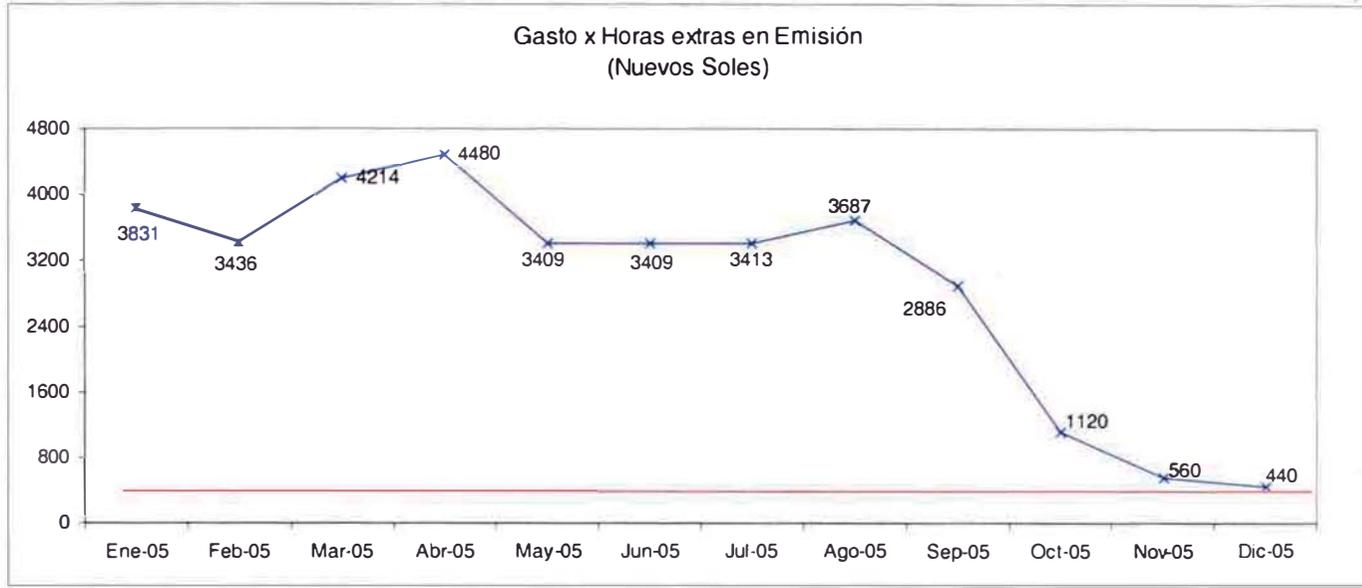
3.4. DISEÑO DE TABLERO DE INDICADORES DEL PROCESO

Indicador



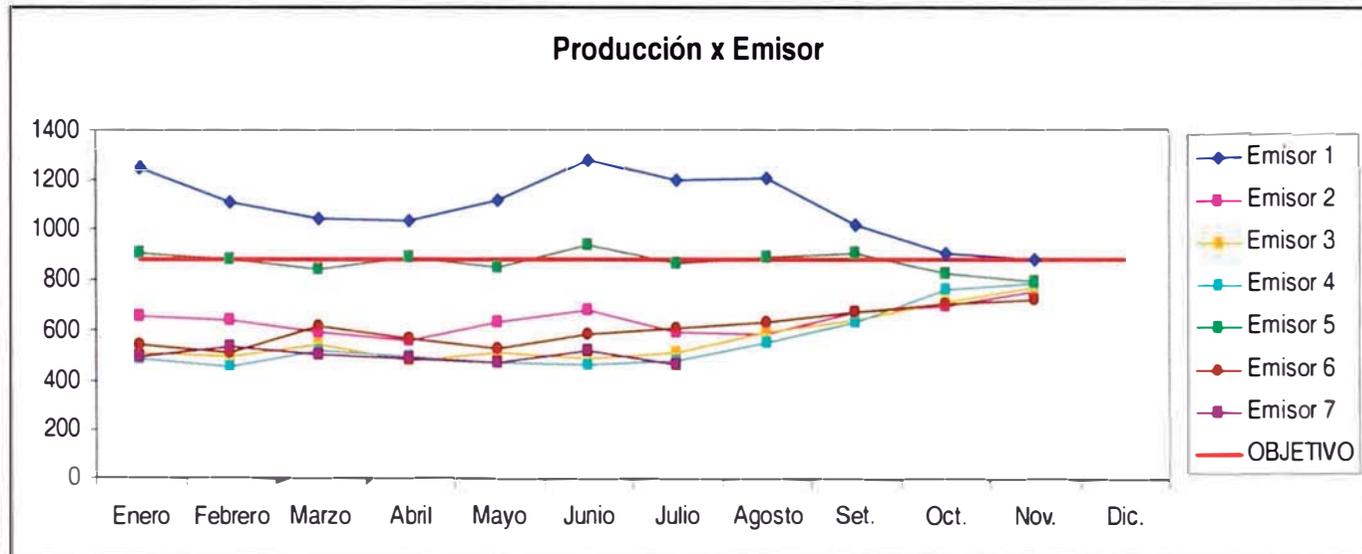
Costo x Horas Extras de Emisión

■ Rango objetivo <= S/ 380



Producción x Emisor

■ Objetivo => 880 operaciones al mes



CAPITULO IV

ANÁLISIS COSTO - BENEFICIO Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Beneficios Cuantitativos: Evaluación Económica

Se considera dentro del flujo de ingresos la reducción de las horas extras en un 90% - \$11700 al año.

También se considera en el flujo de ingresos la eliminación de pérdidas de cuentas de renovación al año (\$42 857).

Promedio Prima anual	% de cuentas clientes perdidos x demora en emisión	Promedio anual de prima perdida
\$ 8 571 428	0,5%	\$ 42 857

Se considera en el flujo de egresos el sueldo anual de los compaginadores y la inversión inicial por la compra de las computadoras de trabajo de los compaginadores.

	suelo mensual	factor de costo planilla anual	costo planilla anual
Compaginador 1	S/. 800	16,8	S/. 13 440
Compaginador 2	S/. 800	16,8	S/. 13 440

El costo de oportunidad de la Empresa ABC Seguros es 13,5%., tasa tomada en base a las inversiones que realiza la empresa.

VAN (ingresos)	=	$\frac{\$11\,700 + \$42\,857}{(1+0,135)} + \frac{\$11\,700 + \$42\,857}{(1+0,135)^2}$
VAN (egresos)	=	$\$ 2000 + \frac{\$ 7\,680}{(1+0,135)} + \frac{\$ 7\,680}{(1+0,135)^2}$
VAN (NETO)	=	$\$ 75\,690$

Se observa que se tendría un ahorro objetivo de \$75 690 para ABC Seguros.

Beneficios Cualitativos:

Proceso Actual
1. Pocos controles en el proceso, no existen filtros para el ingreso de solicitudes
2. Centralización de actividades en el emisor
3. Actividades de alto costo en el proceso
4. Reprocesos debido a falta de controles en el ingreso de las solicitudes
5. Proceso no en línea
6. Demoras en el proceso de emisión
7. Clima Laboral malo - desbalance de cargas

Proceso Propuesto
1. Mayores controles en el proceso especialmente para el ingreso de solicitudes a la compañía
2. Descentralización de actividades por cada rol del proceso
3. Reducción de costo por actividad., Ejm: Compaginar
4. Bajo numero de reprocesos por controles implementados en cada actividad
5. Proceso en línea
6. Reducción de tiempos de emisión
7. Mejor Clima Laboral - cargas balanceadas

CAPITULO V

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Las mejoras que se realizaron en el proceso tuvo como resultado para la empresa un beneficio de \$ 75 690 , además el número de quejas disminuyó, la cantidad de horas extras se redujeron en un 95%, el clima laboral mejoró, gracias a la nueva organización y principalmente los tiempos de emisión se redujeron sustancialmente.

Se definió un conjunto de indicadores para controlar los tiempos del proceso y así identificar las causas de posibles retrasos de tal manera de tomar las acciones correctivas.

El proceso propuesto contiene filtros en el ingreso de solicitudes a la compañía con lo que se consigue reducir al mínimo los reprocesos por causa de falta de información.

El nuevo proceso tiene como objetivo cumplir el nivel de servicio propuesto por la compañía con respecto a tiempos de emisión, calidad y presentación

de las pólizas, otro objetivo importante era lograr renovar el 100% de la cartera mes a mes con tiempos que permitan un posicionamiento rápido en cada renovación con respecto a la competencia.

RECOMENDACIONES

Es recomendable realizar un estudio de colas que complementen los métodos utilizados para el desarrollo del diseño implementado del proceso de emisión, esto con la finalidad de conocer con exactitud la capacidad instalada necesaria que se debería tener para poder responder al crecimiento de ventas de la compañía o cambios en la oferta de servicio respecto al aumento o reducción de los tiempos de emisión.

Un futuro trabajo podría extender el desarrollo de indicadores adicionales a los presentados en este informe con la finalidad de tener un mejor soporte para la toma de decisiones. Estos nuevos indicadores deberían estar orientados a la medición de la calidad de las pólizas emitidas.

Finalmente es recomendable en base a los resultados obtenidos que cada responsable involucrado en el proceso propuesto cuente con una especialización que permita dar un alto valor agregado por cada actividad que se desarrolla en la emisión de una póliza.

GLOSARIO

Póliza de seguros: Es el documento contractual que establece las condiciones de cobertura de un seguro. Mediante esta póliza una compañía de seguros se compromete a pagar el importe total o parcial del objeto asegurado, siempre y cuando se encuentre todo específicamente estipulado en el contrato, como el tipo de riesgo, el monto de la cobertura y el monto de la prima.

Tablero de Control: Es una herramienta de gestión formada por un conjunto de indicadores básicos (definidos como esenciales para el logro de los objetivos) cuyo seguimiento periódico permite conocer en detalle los resultados y situación de un proceso, proyecto o empresa en estudio.

Proceso de emisión de una póliza de seguros: Conjunto de actividades necesarias para la generación del contrato en donde se establece las condiciones del seguro

Mapa de Procesos: Conjunto de procesos relacionados que definen el modelo operativo de una Organización.

Proceso de Renovaciones de Pólizas: Conjunto de actividades necesarias para la generación del contrato del seguro por motivo de fin de vigencia de la póliza que tenía un cliente, en el contrato se establece las condiciones renovadas del seguro.

Productividad: la relación entre la cantidad de bienes y servicios producidos y la cantidad de recursos utilizados.

BIBLIOGRAFÍA

- a. Ingeniería Industrial – Métodos, Tiempos y Movimientos
Autor: Niebel 9na Edición
- Medios gráficos para el analista de métodos pág. 28
 - Presentación e implantación del método propuesto - pág. 308
 - Requisitos del estudio de tiempos pág. 333
- b. Reingeniería de Procesos de Negocios
Autor: Johansson, McHugh, Pendlebury, Wheeler
- Comprensión de los procesos pág. 76
 - Trazo de mapa de procesos pág. 237
- c. Gerencia de Proyectos
Autor: Walter Andia Valencia
- Tablero de Control Gerencial pág. 15
 - Evaluación de Proyectos pág. 132
- d. Fundamentos de Dirección de Operaciones
Autor: Mark M. Davis, Nicholas J. Aquilano, Richard B. Chase
- Medición y Análisis de Procesos pág. 102
- e. Corporate Executive Board
www.executiveboard.com

ANEXOS

Anexo 1: Formato de Lista de Actividades:

Es muy importante ir numerando cada uno de los procesos y actividades para poder diferenciarlas de manera clara cuando se cambia de actividad. (No es necesario que se tenga una secuencia precisa solo la enumeración de todas las actividades.)

Para cada uno de los procesos se debe detallar, la actividad o actividades que son realizadas por la persona que llena la encuesta para la culminación del éste.

Nombre: _____
 Puesto: _____
 Objetivo: _____

LISTA DE ACTIVIDADES

Seguros

No.	PROCESO	ACTIVIDAD	SUB-ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODO DE TRABAJO				VOLUMEN DE TRABAJO								TIEMPO x UNIDAD	
						S1	S2	S3	S4	Diario	Inferdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Trimestral	Semestral		Anual
1	Cooperar con otros departamentos	Emisión de afiches, folletos			Doc.	x	x	x	x	2									60

En la lista de procesos se deben de resumir las operaciones del departamento, dando un enfoque particular a aquellos realizados por la persona que llena la encuesta.

En caso de que alguna actividad sea muy compleja o que en esta se contengan algunos subprocesos es necesario el documentarlas y evaluarlas.

ANEXO 2: Día Típico de Coordinador de la Línea de Emisión Salud

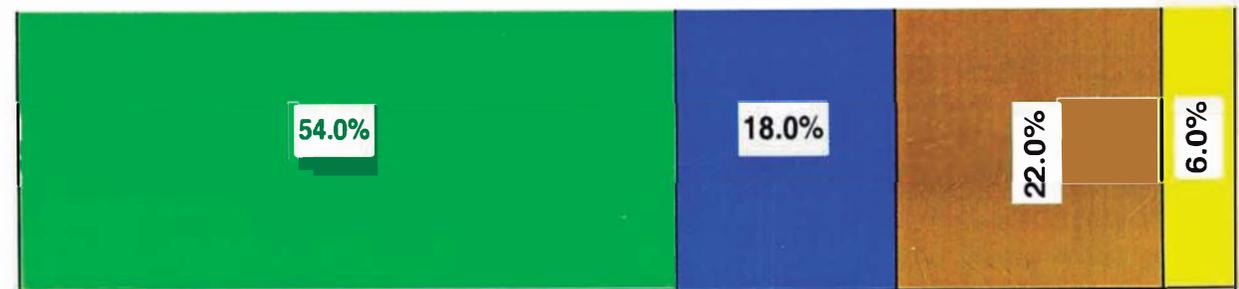
Día Actual

Actividad	%	Horas
Activo	2%	00:09
Disponibile	24%	01:55
Pasivo	15%	01:12
Admvo.	60%	04:48
	101%	08:00



Día Propuesto

Actividad	%	Horas
Activo	54.0%	04:30
Capacitación	18.0%	01:30
Pasivo	22.0%	01:50
Admvo.	6.0%	00:30
	100%	08:20



ANEXO 3: Día Típico de Compaginador

Actividades diarias									
Nombre	Cuándo		Qué		Donde	Para qué debe hacerse	Como		Verificado por
	Hora Inicio	Hora Final	Etapa	hay por hacer	se Realiza Actividad		Documento de Apoyo	Documento Generado	facilitador:
1	08:45	08:50	Inicio del día	Abrir el día	Su lugar de trabajo	Para recibir del coordinador de la línea el plan del día y comunicar acerca de urgentes o cambios en su día.	Ninguno	Matriz de Comunicación	Coordinador de línea
2	08:50	09:20	Inicio del día	Compaginar	Su lugar de trabajo	Para compaginar pólizas del día anterior que se emitieron fuera del horario por urgencia.	Póliza, liquidación, carnet, etc.	Pack de póliza completo, listo para enviar	Coordinador de línea
3	09:20	11:20	Inicio del día	Compaginar	Su lugar de trabajo	Para compaginar las pólizas emitidas hasta el momento.	Póliza, liquidación, carnet, etc.	Pack de póliza completo, listo para enviar	Emisores
4	11:20	11:30	Media mañana	Archivar los cargos	Su lugar de trabajo	Para llevar un buen orden y control sobre los envíos.	File de Cargos	File al día	Coordinador de línea
5	11:30	13:00	Medio día	Compaginar	Su lugar de trabajo	Para compaginar las pólizas emitidas hasta el momento.	Póliza, liquidación, carnet, etc.	Pack de póliza completo, listo para enviar	Emisores
6	14:00	14:10	Media tarde	Archivar los cargos	Su lugar de trabajo	Para llevar un buen orden y control sobre los envíos.	File de Cargos	File al día	Coordinador de línea
7	14:10	16:00	Media tarde	Compaginar	Su lugar de trabajo	Para compaginar las pólizas emitidas hasta el momento.	Póliza, liquidación, carnet, etc.	Pack de póliza completo, listo para enviar	Emisores
8	16:00	16:10	Media tarde	Archivar los cargos	Su lugar de trabajo	Para llevar un buen orden y control sobre los envíos.	File de Cargos	File al día	Coordinador de línea
9	16:10	18:00	Media tarde	Compaginar	Su lugar de trabajo	Para compaginar las pólizas emitidas hasta el momento.	Póliza, liquidación, carnet, etc.	Pack de póliza completo, listo para enviar	Emisores
10	18:00	18:10	Media tarde	Archivar los cargos	Su lugar de trabajo	Para llevar un buen orden y control sobre los envíos.	File de Cargos	File al día	Coordinador de línea
11	18:10	18:20	Final del día	Reunión con el coordinador de producción de la línea.	Su lugar de trabajo	Para verificar lo producido en el día, comunicar cualquier impedimento para realizar su trabajo y/o para proponer una manera más eficiente de realizar su propio trabajo.	Producción	Matriz de Comunicación	Coordinador de línea

Actividad	%	Horas
Activo	91.1%	07:40
Capacitación	0.0%	00:00
Pasivo	7.9%	00:40
Admvo.	1.0%	00:05
	100%	08:25

