

UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERIA
Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas



**DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE MEJORA DE PROCESOS EN EL
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS SOLICITUDES DE PAGO DE
BENEFICIO EN UNA EMPRESA DE SEGUROS DE VIDA**

INFORME DE SUFICIENCIA

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
INGENIERO INDUSTRIAL**

AUTOR:

ANA LUZ LLIUYACC BLAS

PTACXXIII

LIMA-PERÚ

2013

INDICE

RESUMEN EJECUTIVO	3
INTRODUCCION.....	4
CAPITULO I.....	6
PENSAMIENTO ESTRATEGICO.....	6
I.1. DIAGNOSTICO FUNCIONAL.....	6
I.1.1. Definición de la Empresa	6
MISIÓN.....	6
VISIÓN	6
PRINCIPIOS.....	7
GOBIERNO CORPORATIVO	8
CONTEXTO ECONÓMICO.....	8
EL MERCADO DE SEGUROS.....	9
RESPONSABILIDAD SOCIAL	12
LINEAMIENTOS Y PERSPECTIVAS	13
I.1.2. Organización de la Empresa.....	14
Organigrama General	16
ÁREA DE BENEFICIOS:.....	17
I.1.3. Productos	20
I.1.4. Clientes	30
I.1.5. Proveedores.....	31
I.1.6. Competencia	31
I.1.7. Procesos	33
I.2. DIAGNOSTICO ESTRATEGICO.....	45
I.2.1. Misión	45
I.2.2. Objetivos Estratégicos	45
I.2.3. Análisis Interno.....	46
I.2.3.1. Fortalezas.....	46
I.2.3.2. Debilidades.....	46
I.2.4. Análisis Externo	47
I.2.4.1. Oportunidades.....	47
I.2.4.2. Amenazas	47
I.2.5. Análisis FODA.....	47
CAPITULO II.....	49
MARCO TEORICO.....	49
2.1 MEJORA DE PROCESOS	49
2.1.2 HERRAMIENTAS DE MEJORA DE PROCESOS	51
2.1.2.1 DIAGRAMA CAUSA EFECTO	51
2.1.2.2. INDICADORES	52
2.1.2.3. CÓMO SE MEJORA UN PROCESO	54
2.2 ¿QUÉ ES EL SEGURO?.....	56
CAPITULO III.....	62
PROCESO DE TOMA DE DECISIONES	62
3.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	62
3.1.1. Análisis Causa Efecto.....	66

3.2. ALTERNATIVAS DE SOLUCION	68
3.2.1. Relación de Alternativas	68
3.2.2. Ventajas y Desventajas de las Alternativas	73
3.3. METODOLOGIA DE SOLUCIÓN	74
3.4. TOMA DE DECISIONES	75
3.4.1. Evaluación de Criterios de Selección	75
3.4.2. Alternativa Elegida	76
CAPITULO IV	89
4. ANALISIS BENEFICIO OPORTUNIDAD	89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
CONCLUSIONES:	93
RECOMENDACIONES:	94
BIBLIOGRAFIA	95
GLOSARIO	96

RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe de suficiencia de ingeniería, tiene como objetivo mostrar una propuesta de mejora en el proceso de evaluación de Solicitudes de pago de beneficio por las coberturas de las pólizas de una empresa de Seguros de Vida. La mejora esta entorno a que existe un deficiente gestión de siniestros ya que los tiempos de respuesta a los reclamos hechos por los clientes no son atendidos en un tiempo límite establecido por las entidades reguladoras (30 días) ni por lo tiempos de respuesta meta que se tiene por tipo de producto (15 días). Esta propuesta permitirá a la compañía alinear los procesos a las metas establecidas como empresa; enfocándonos a los tiempos metas de atención. Además, detectar los casos críticos, teniendo como prioridad los de alto riesgo; es decir, los casos en los que se tengan beneficios de monto considerablemente alto (>\$50,000).

Finalmente, la propuesta nos ayudara a identificar procesos en los que es necesario y posible una propuesta de mejora, eliminar actividades que no agreguen valor, debido a que tenemos identificados los tiempos en cada subproceso podemos identificar los procesos en los que surgen problemas que no permiten que el flujo sea continuo.

INTRODUCCION

El área de beneficios de esta empresa de seguros tiene como objetivo cumplir con el asegurado y/o sus beneficiarios, lo que esperaba al adquirir una póliza de vida, respaldar económicamente ante cualquier eventualidad de muerte, accidente o enfermedad, que perturbe su tranquilidad económica y financiera.

Por lo tanto, cuando un asegurado o beneficiario de una póliza de vida reclama el pago de una cobertura, lo menos que espera es ser atendido de la manera más pronta y justa, pues la situación que se trata en estos reclamos son por la pérdida de la vida o salud de uno de sus familiares o seres cercanos donde hay un gran vinculo sentimental. Además, debemos tener en cuenta que las empresas de seguros tienen entidades reguladoras que auditan y verifican que los reclamos sean atendidos de forma justa y oportuna, de acuerdo a los estipulado en las clausulas de las pólizas de acuerdo a las ramas de seguros de Vida, y con los parámetros que exige la ley peruana.

En ese sentido, la gerencia de beneficios se ha visto obligado a monitorear el flujo de proceso que implica una atención de un reclamo, además de realizar un levantamiento de procesos y estandarizar procesos para poder optimizar los tiempos de respuesta. Sin embargo, resultó que cada vez se han ido incrementando los casos que se han dado respuesta en un plazo mayor de los establecido por la SBS (treinta días); por lo que, la empresa de seguros no ha tenido otra opción más que aprobar los casos obviando el análisis del contenido de las cláusulas contenidas en la póliza de vida, teniendo que pagar casos que evidentemente estaba dentro de las exclusiones de la póliza. Como consecuencia, esta situación causa que todos los modelos probabilísticos realizados y analizados antes de vender un producto de vida tengan que romper el margen de error y afectar negativamente en el riesgo asumido por la empresa.

Asimismo, el no responder al asegurado o beneficiario un reclamo hace que la empresa adquiera una mala imagen y cause que la reputación alcanzada sea perjudicada.

Por los motivos antes expuestos, se ha visto la necesidad de tener bastante énfasis en el control y monitoreo en la atención de los reclamos de pago de beneficio de una póliza de vida.

Cabe resaltar, que este análisis conllevara a otros beneficios como la mejora de procesos, ya que se tendrá el reporte de tiempos por actividades; estandarización de procesos, ya que se tendrá claro los procesos que se realizan para cada póliza. Propuesta de más indicadores para la medición de la mejora de procesos, etc.

CAPITULO I

PENSAMIENTO ESTRATEGICO

En el presente capítulo se describe a una organización dedicada a la comercialización de seguros de vida; la empresa ofrece seguros a nivel nacional e internacional con ayuda de la comercialización de Sponsor como bancos o entidades financieras y las mismas oficinas de la compañía.

I.1. DIAGNOSTICO FUNCIONAL

I.1.1. Definición de la Empresa

MISIÓN

Ayudar a los clientes a proteger su estabilidad económica, ofreciéndoles soluciones que protejan aquello que valoran y aseguren el cumplimiento de sus objetivos.

VISIÓN

Ser una de las cinco mejores aseguradoras de Latinoamérica: simple, transparente, accesible, rentable y con colaboradores altamente competentes y motivados.

PRINCIPIOS

- **Construimos relaciones de largo plazo:** Creemos en las relaciones de largo plazo y nos enfocamos en desarrollarlas con nuestros asegurados, corredores y canales de distribución.
- **Somos especialistas en la gestión de riesgos:** Trabajamos junto a nuestros clientes para entender sus necesidades y les ofrecemos soluciones que les permitan manejar sus riesgos en forma eficiente.
- **Cumplimos con nuestras obligaciones de forma justa y oportuna:** Resolvemos los siniestros de nuestros clientes con un alto criterio de justicia y los pagamos de forma oportuna.
- **Buscamos la excelencia en el servicio al cliente:** Asesoramos a nuestros clientes en la gestión de sus riesgos y nos esforzamos día a día para darles la calidad de servicio que merecen.
- **Somos una compañía confiable y con amplia solidez financiera:** Nuestra fortaleza financiera, así como una gestión profesional y prudente del negocio de seguros, garantizan la más alta capacidad de pago de nuestras obligaciones ahora y en el futuro.

GOBIERNO CORPORATIVO

El buen gobierno corporativo es y seguirá siendo un sistema sustancial que actúa sobre las sociedades, con el objetivo de respaldar una atmósfera de credibilidad y transparencia. Para La Compañía de Seguros es indispensable cumplir permanentemente las políticas de un buen gobierno corporativo y responsabilidad social. Para ello, contamos con normas recopiladas en el Reglamento Interno y en la Memoria Anual de Gobierno Corporativo y Responsabilidad Social.

La Compañía de Seguros en su calidad de prestador de respaldo económico a sus asegurados ante eventualidades inesperadas y como herramienta de transferencia de riesgos, pone especial énfasis en su responsabilidad no sólo con sus clientes sino también con la comunidad en su conjunto, sus proveedores, colaboradores y accionistas.

Por ello han ejecutado diversas actividades para mejorar nuestro Gobierno Corporativo y accionar de una manera más eficiente nuestras labores de apoyo a la comunidad y la responsabilidad social.

Como práctica adoptada a partir del año 2005, continuamos mejorando la calidad de nuestra información de acuerdo a lo solicitado por la Resolución Conasev No. 140-2005/EF, para que los inversionistas cuenten con la mejor información respecto del grado de implementación de las mejores prácticas de Gobierno Corporativo.

CONTEXTO ECONÓMICO

En el 2012 la economía peruana alcanzó nuevamente uno de los mayores niveles de crecimiento en la región. Este crecimiento tuvo características diferenciales: por un lado la demanda interna, consumo e inversión crecieron

cerca de 8%, beneficiados por las excelentes condiciones de financiamiento; mientras que las actividades vinculadas a la demanda externa se vieron afectadas por el débil crecimiento mundial.

Por su parte, el crecimiento global alcanzó un nivel de 2,6%, afectado por la recesión en Europa, la desaceleración de China y el lento crecimiento en EE.UU. La principal preocupación fue que la crisis fiscal y bancaria en Europa genere una nueva crisis financiera internacional como la del 2008-6

2009. Este riesgo se redujo significativamente gracias a los masivos estímulos monetarios implementados por los gobiernos de las economías avanzadas. Como consecuencia del entorno de elevada liquidez internacional, y las buenas perspectivas de crecimiento local, la entrada de capitales hacia Perú alcanzó niveles récord. Esto generó que se mantengan las presiones apreciadoras sobre el nuevo sol, que cerró el año con un tipo de cambio por dólar de S/. 2.55, por debajo del S/. 2.70 de finales del 2011. Estos flujos de capital permitieron que se mantengan excelentes condiciones de financiamiento para el gobierno, empresas y familias.

EL MERCADO DE SEGUROS

La industria aseguradora peruana creció a tasas cercanas al 15%, con un nivel total de primas de casi US\$ 3,001.5 millones. La mayor dinámica competitiva del mercado local sumada a la mayor severidad registrada a comienzos de año por factores climáticos, generaron un mayor índice de siniestralidad en comparación al 2011 (63.7% vs 60.1%), con lo cual la utilidad del sector alcanzó US\$ 260 millones, 20% menos que la cifra alcanzada en 2011.

El contexto económico mundial ha planteado varios desafíos a la industria aseguradora de riesgos generales. En primer lugar, el resultado técnico de las aseguradoras en el 2012 ha sido afectado negativamente por la mayor

frecuencia de siniestros, junto con la imposibilidad de incrementar las tasas por encontrarse en medio de un periodo “blando” en el ciclo tradicional que experimenta el negocio, en el cual se observan altos niveles de competencia de tasas.

Segundo, las tasas de interés en niveles mínimos históricos, sumado al impacto de la crisis Europea que redujeron el valor de mercado de activos financieros de primer nivel, afectaron los retornos de los portafolios de inversión. Para este año se espera que el retorno financiero sea de 11% de la prima neta ganada, por debajo del 13.5% en promedio durante el período 1999-2007.

A pesar de este contexto, la industria aseguradora mundial espera un ratio de retorno sobre el patrimonio (ROE) para el 2012 de alrededor de 5%, ligeramente mayor al del 2011, que fue el año con el mayor nivel de pérdidas por catástrofes naturales de la historia.

Por su parte, la industria de reaseguros se ha recuperado del efecto de los siniestros catastróficos de 2011, y se espera que el ratio combinado de la industria en el 2012 sea de 105%, afectado en su última parte por el Huracán Sandy. Esto se compara con un nivel de 108% durante el 2011.

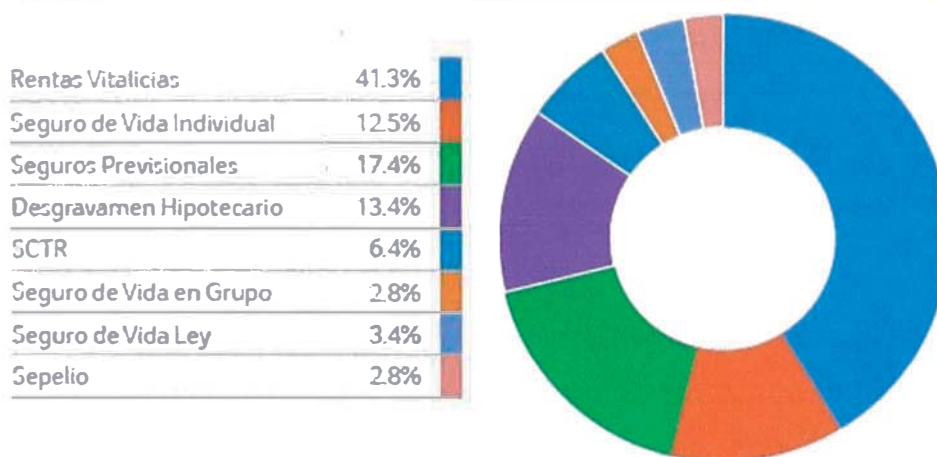
Evolución de primas y aportes
Mercado asegurador peruano
(US\$ millones)



Fuente: elaboración propia sobre la base del avance del boletín SBS de diciembre de 2011.
 Nota: para el cálculo de la prima en dólares, se consideró el tipo de cambio SBS promedio.

Figura N°1.1-Memoria Anual 2011

Distribución de cartera de primas netas de Ramos de Vida
Mercado asegurador peruano a diciembre de 2011
(S/. miles)

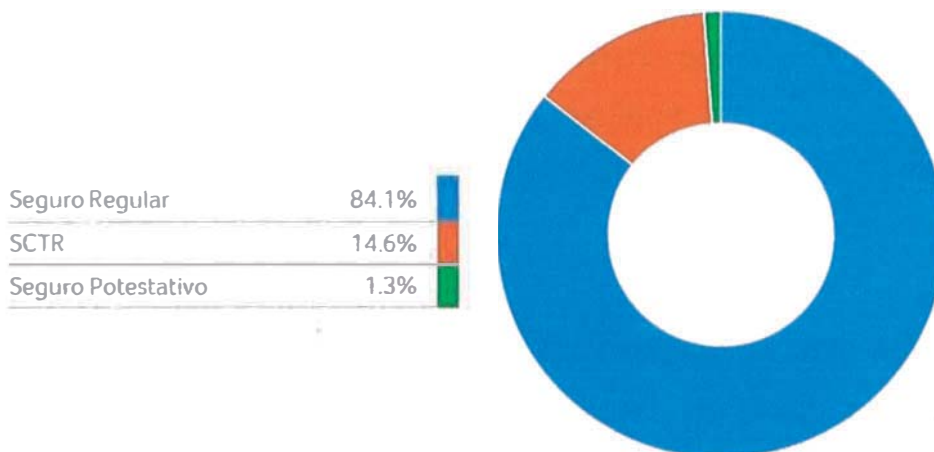


Fuente: elaboración propia sobre la base del avance del boletín SBS de diciembre de 2011.

Figura N°1.2-Memoria Anual 2011

Distribución de la cartera de aportes

Mercado peruano de Entidades Prestadoras de Salud EPS a diciembre de 2011
(S/. mlles)



Fuente: elaboración propia sobre la base del avance del boletín SBS de diciembre de 2011.

Figura N°1.3-Memoria Anual 2011

RESPONSABILIDAD SOCIAL

En línea con nuestra filosofía de vivir pacífico, decidimos convertirnos en la primera aseguradora carbono-neutral del país; es decir, una empresa comprometida con el medio ambiente que mide su impacto ambiental, lo reduce y compensa aquella emisión de CO2 remanente invirtiendo en proyectos que le permiten eliminar de la atmósfera tanto dióxido de carbono como el que genera.

Con ese fin, hemos invertido en proyectos de conservación de bosques en la Reserva Nacional Tambopata y en el Parque Nacional Bahuaja Sonene ubicados en el departamento de Madre de Dios, que constituyen dos de los ecosistemas con mayores índices de biodiversidad en el mundo. De esta manera, buscamos compensar al 100% nuestras emisiones de CO2 y ayudar así a mitigar uno de los principales factores que vienen causando el calentamiento global.

En el campo de la Salud, hemos seguido contribuyendo a la inclusión social de los sectores menos favorecidos. Para ello, reforzamos nuestro programa Pacífico te cuida, a través del cual efectuamos campañas de salud con énfasis en los niños menores de catorce años, a los que les prestamos atención gratuita en las especialidades de pediatría, oftalmología, obstetricia, nutrición y medicina general.

Finalmente, y no por ello menos importante, hemos continuado apoyando a la Unidad de Salvataje de la Policía Nacional del Perú y manteniendo nuestra alianza estratégica con el Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú para promover acciones de prevención en caso de incendios y accidentes a través de charlas, publicaciones, seminarios y talleres destinados a la comunidad.

LINEAMIENTOS Y PERSPECTIVAS

Luego de un año complejo como 2011, en el que Pacífico Seguros pudo consolidar el éxito y el liderazgo que ostenta, nos enfrentamos a un 2012 que presenta una serie de retos que nos estimulan a seguir innovando y adecuando nuestra oferta de servicios para lograr que los seguros lleguen cada vez a más peruanos.

Nuestro objetivo principal y el de nuestras subsidiarias será llevar a nuestros clientes una oferta integral de Seguros Generales, de Salud y de Vida que les brinde el mejor respaldo frente a situaciones inesperadas y les permita encarar la vida con plena confianza y vivir con tranquilidad. En otras palabras, trabajaremos para que perciban de manera tangible la filosofía expresada en nuestro eslogan vive pacífico.

Este reto no es sencillo, porque la primera tarea que impone consiste en posicionar nuestra oferta de servicios médicos de modo tal que nuestra red

de prestaciones de Salud se convierta en un referente en el mercado peruano y latinoamericano. Y ello exige desarrollar un moderno y eficiente manejo de las clínicas y establecimientos adquiridos durante los últimos meses.

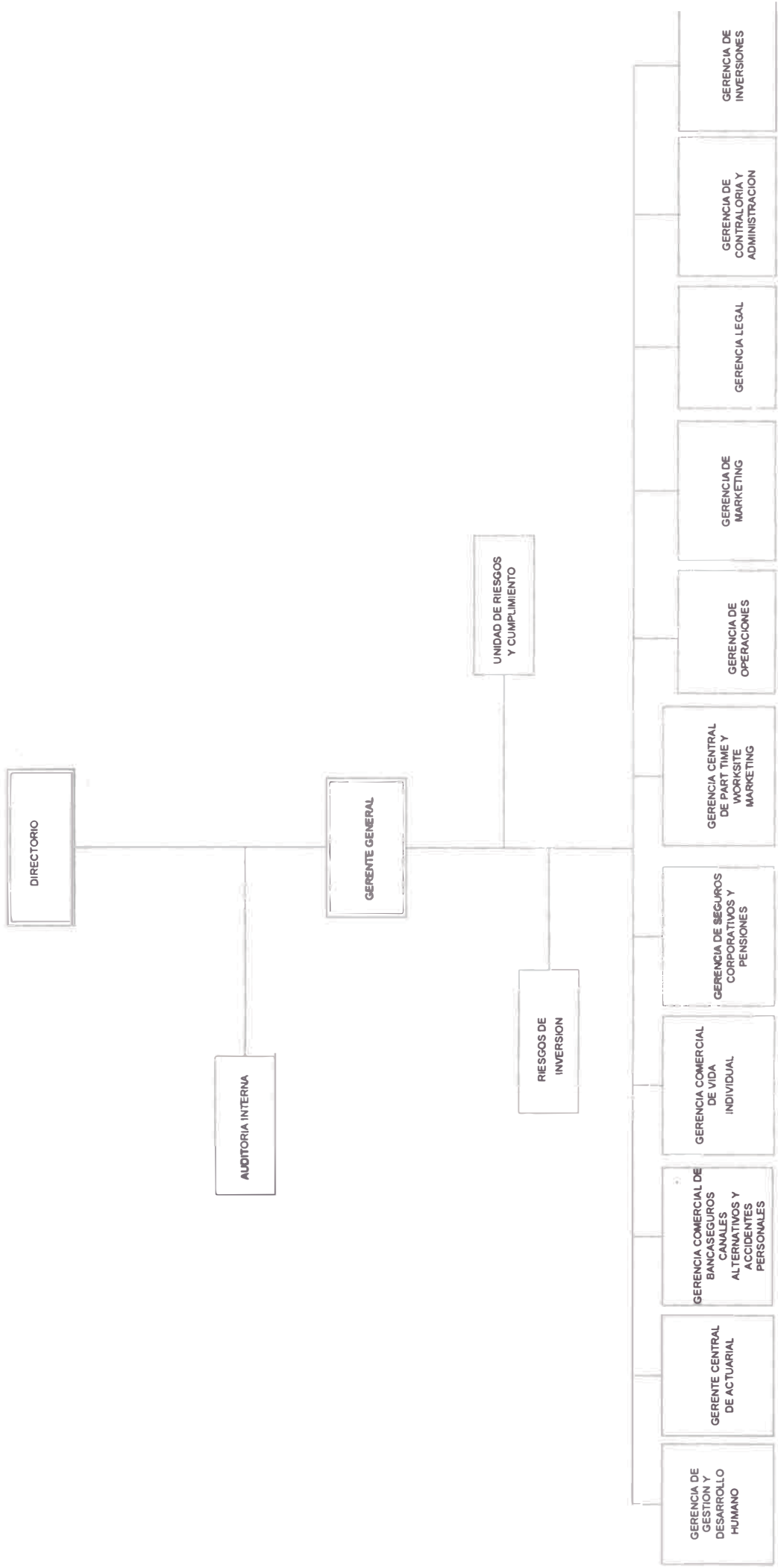
I.1.2. Organización de la Empresa

La estructura organizacional de la empresa está compuesta por once áreas funcionales básicas:

1. **GERENCIA DE GESTION Y DESARROLLO HUMANO:**
Que se encarga de las siguientes funciones principales: gestionar la administración del personal y de las relaciones laborales, desarrollar el recurso humano, desarrollar un excelente clima laboral.
2. **GERENCIA CENTRAL DE ACTUARIAL:** Se encarga de establecer tarifa técnicas por medio de modelos estadísticos para poder obtener la rentabilidad esperada por la compañía.
3. **GERENCIA COMERCIAL DE BANCA SEGUROS CANALES ALTERNATIVOS Y ACCIDENTES PERSONALES:** Se encarga de establecer buenas relaciones y fidelizar la atención de clientes los tipos de canales de banca seguros canales alternativos y accidentes personales.
4. **GERENCIA COMERCIAL DE VIDA INDIVIDUAL:** Se encarga de establecer buenas relaciones y fidelizar la atención de clientes los tipos de canales de vida individual.

5. GERENCIA DE SEGUROS CORPORATIVOS Y PENSIONES: Se encarga de todo el tema de proceso del cobro y pago de seguros corporativos y pensiones.
6. GERENCIA CENTRAL DE PART TIME Y WORKSITE: es encargado de fidelizar el contacto con clientes a través de los asesores de Seguros por pólizas grupales.
7. GERENCIA DE OPERACIONES: Esta gerencia está conformada por el área de sistemas, cobranzas, beneficios, servicios compartidos, emisiones.
8. GERENCIA DE MARKETING: se encarga de difundir la marca pacífico.
9. GERENCIA LEGAL, apoyar a la empresa en contingencias legales respaldándolo en temas legales.
10. GERENCIA DE CONTRALORIA Y ADMINISTRACION, fiscaliza el buen funcionamiento en procesos y auditoria de la empresa.
11. GERENCIA DE INVERSIONES, su función es lograr la rentabilidad a través de las inversiones.

Organigrama General



ÁREA DE BENEFICIOS:

El área de beneficios dentro de la organización se encuentra dentro la Gerencia de Operaciones. Como se muestra en la figura N° 1.5, el organigrama se lidera por el Gerente de Beneficios, quien está a cargo de tres equipos conformados por:

1. Analistas, quienes se especializan en pólizas de Vida Ley y CSTR.
2. Analistas, especialistas en pólizas de Vida Individual, Accidentes Personales, Desgravamen y Pólizas grupales.
3. Analistas, especialistas en AFP y Rentas Vitalicias.

Asimismo, existe un área de apoyo encargado de la atención al cliente a través de la recepción de llamadas telefónicas y correos de consultas respecto a los reclamos hechos por los beneficiarios de una póliza de vida.

Diagrama Organizacional del Área de Beneficios

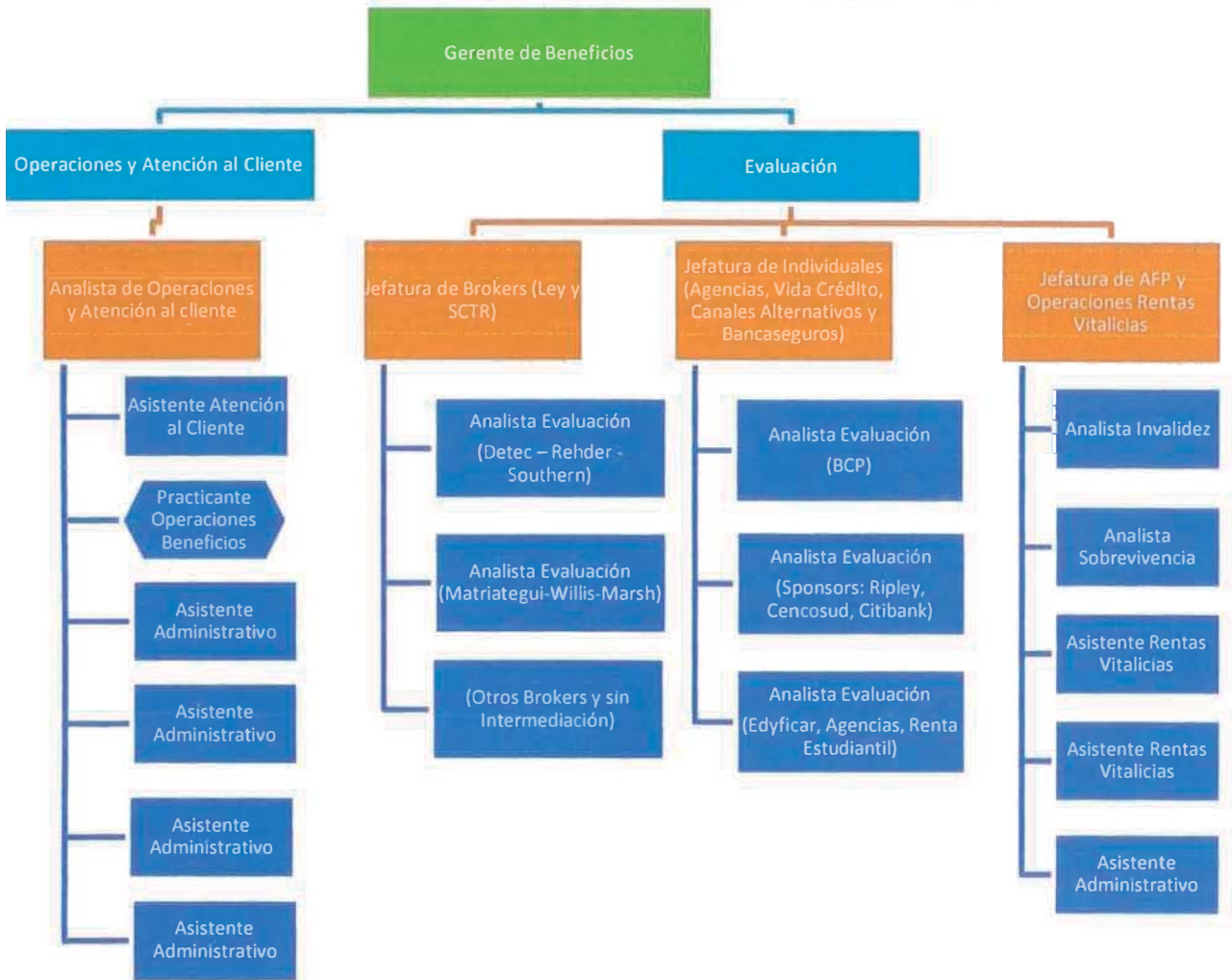


Figura N° 1.5 – Fuente: Compañía

Descripción de responsabilidades involucradas en el proceso de Beneficios.

A continuación se muestra los cargos de empleados y la descripción de sus responsabilidades.

Asistente de Plataforma de Atención: Es responsable de la recepción de los documentos presentados por el Asegurado/ Beneficiario / Bróker y de ingresarlo en el sistema ESIC.

Es responsable de la entrega del cheque al beneficiario de la póliza y de recibir el cargo firmado como conformidad de recepción del mismo, verificando la identidad del receptor del documento valorado.

Analista: Es responsable de la evaluación de reclamos presentados por el beneficiario y verificar que cumpla con las características del contrato de la póliza así como de garantizar el cumplimiento de las coberturas contratadas.

Es responsable del monitoreo de los expedientes o reclamos en estado de pendientes, informando de su estado al Gerente de Beneficios.

Auditor Médico: Es responsable de revisar por su alta complejidad, aquellos expedientes y documentos médicos remitidos por el analista, para su análisis, opinión y recomendación, pudiendo solicitar mayor información para mejor evaluación, y en caso de detectar irregularidades en la solicitud de reclamo, rechazar e informar el sustento correspondiente.

Gerente de Beneficios: es responsable de revisar las órdenes de pago así como autorizar el pago de los mismos, según los niveles de autorización autorizados por la Gerencia General.

Analista del Pool de Beneficios: Es responsable de verificar las autorizaciones de pago, de preparar la carta de envío y la constancia de pago al beneficiario de la póliza en la dirección declarada en el contrato de la póliza.

Asistente de Pool de Beneficios: Es responsable del trámite documentario de los pagos del beneficiario; así como en la remisión de documentos, a través de empresas de Courier, verificando el cumplimiento y entrega en los tiempos establecidos.

I.1.3. Productos

Es un seguro sobre la vida de quien lo contrata, donde la compañía de seguros se compromete a pagar una suma de dinero a los beneficiarios de dicho seguro.

Existen 2 tipos de Seguros de Vida:

- ✓ Vida Individual
- ✓ Accidentes Personales

Vida individual

Son seguros que brindan cobertura principalmente en caso de fallecimiento natural.

- Temporal 65 años
- Ahorro Vida
- Premium Life Max
- Premium Life VIP
- University Life

A. Temporal 65 años

- ✓ La Prima es fija y nivelada Durante la vida de la póliza.
- ✓ Brinda protección al asegurado hasta los 65 años, pudiendo tomar el seguro entre las edades de 18 y 55 años únicamente.
- ✓ El beneficio es la Suma Asegurada contratada.
- ✓ Suma asegurada a partir de los US\$30,000.
- ✓ Sus primas son muy accesibles.



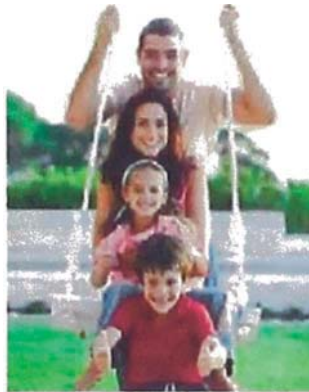
B. Ahorro Vida

- ✓ Fondo Controlado: Invierte en activos de renta fija, la rentabilidad estimada es de 4% a 5%.
- ✓ Fondo Balanceado: Invierte en activos de renta fija y en acciones internacionales, la rentabilidad estimada es de 7% a 8.5%.*
- ✓ Fondo de Capitalización: Invierte en acciones locales e internacionales, la rentabilidad estimada es de un 11% a 13%.



C. Premium Life Max

Premium Life Max es un Seguro de Vida que protege a tu familia y a la vez te brinda una opción de ahorro e inversión. La característica de este seguro es que te ofrece sumas aseguradas más altas para que tu familia pueda mantener su estilo de vida en caso llegaras a faltarles.



D. Premium Life VIP

Para las personas como tú que están acostumbradas a tener siempre lo mejor, hemos creado **Premium Life VIP**, el Seguro de Vida inspirado en ti que te protege con una cobertura de hasta 5 millones de dólares.

Sin duda, un Seguro de Vida que tiene características excepcionales en todo sentido, solo puede ser para personas especiales como tú.



E. University Life

University Life es un Seguro que ayuda a cubrir mediante un Fondo Universitario, la educación de tu hijo(a), viva o fallezca el asegurado durante el tiempo de inversión. Con este producto podrás asegurar un futuro profesional para tus hijos.



Accidentes Personales

Los Seguros de Vida contra Accidentes son contratos mediante los cuales la compañía de seguros se compromete a cubrir el riesgo de muerte, invalidez, o incapacidad del asegurado como consecuencia de un accidente.



A. Muerte Accidental

Si eres de las personas que viajan constantemente, ya sea por trabajo, placer o para visitar familiares, este seguro es para ti.

Guarantee Life es un seguro de vida contra accidentes que puede pagar hasta 3 veces la suma asegurada contratada por muerte accidental, dependiendo el tipo de accidente.

Para poder adquirir este seguro debes tener entre 18 y 65 años y lo podrás renovar hasta los 70 años.

También te ofrecemos **Guarantee Life Familiar** que te da la oportunidad de asegurarte junto con tu cónyuge y tus hijos, todos en una misma póliza, donde tú serás el asegurado principal y el beneficiario obligatorio de ellos. En este caso, tu cónyuge estará cubierto por el 50% de la suma asegurada en cada cobertura y tus hijos también tendrán una suma asegurada de acuerdo a las Condiciones Particulares establecidas en la póliza.



B. Renta Hospitalaria

Si eres trabajador independiente y te preocupa no percibir ingresos en caso sufras algún accidente por el que debas ser hospitalizado, **Multi Life** es la mejor opción para ti.

Multi Life es un seguro de vida contra accidentes que además de ofrecer a tu familia protección en caso de muerte accidental, e invalidez total y permanente y/o desmembramiento accidental, también te ofrece una indemnización hospitalaria diaria por accidente o enfermedad, que te ayudará a cubrir tus gastos.



C. Educación de mis hijos

Si tienes hijos estudiando, Educación Segura es tu mejor elección. Sabemos que para ti su futuro es lo más importante y con este seguro de vida contra accidentes podrás estar tranquilo, pues en caso de muerte accidental o invalidez total y permanente y/o desmembramiento a causa de un accidente, tu familia recibirá rentas mensuales para solventar los gastos de educación.

Para adquirir este seguro debes tener entre 18 y 65 años, y lo podrás renovar hasta los 70 años.



D. Cobertura Total

Porque conocemos tus necesidades y exigencias, te ofrecemos la combinación de los mejores beneficios en un solo producto.

Total Benefit es un seguro de vida contra accidentes que te ofrece una completa protección. Para adquirir este seguro debes tener entre 18 y 65 años, y lo podrás renovar hasta los 70 años. Ofrece una amplia gama de Planes que se ajustan a tus necesidades y además te ofrece la opción de contratarlo de forma Individual o Familiar.

Total Benefit Familiar te da la oportunidad de asegurarte junto con tu cónyuge, ambos en una misma póliza, donde tú serás el asegurado principal y el beneficiario obligatorio de tu cónyuge. En este caso, tu cónyuge estará cubierto por el 50% de la suma asegurada en cada cobertura.

Banca y empresas

Es todo aquel seguro de vida opcional para empresas, asociaciones u otras instituciones que se diseña de acuerdo a las necesidades y las características del cliente solicitante.

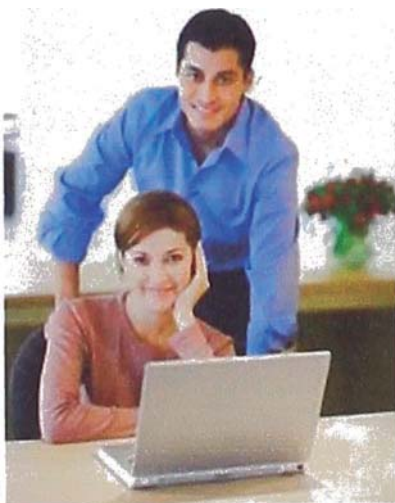
Tienes a tu disposición los siguientes productos diseñados para cubrir cualquiera de tus necesidades:

- ✓ Vida Ley (Obligación de todos)
- ✓ SCTR(Empresas de Alto Riesgo)
- ✓ Parati Familia(Trabajador Dependiente)

A. Vida ley

Vida Ley, es un seguro obligatorio para todos los trabajadores que tengan más de 4 años laborando en una empresa, bajo las coberturas de Muerte Natural, Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente por Accidente.

Sin embargo, se puede adquirir este seguro para todo el personal que tenga tres o más meses de servicio en la empresa.



B. Seguro complementario de trabajo de riesgo

El Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) ampara a todos los trabajadores cuyas actividades han sido calificadas como actividades de riesgo (anexo 5 de la Ley 26790).



C. Para ti familia

PARATI FAMILIA ES UN PLAN DE BENEFICIOS FAMILIAR donde podrás tener en un solo seguro coberturas para ti y tu familia. Es un seguro FLEXIBLE, ACCESIBLE y SENCILLO DE PAGAR. FLEXIBLE por que ofrecemos dos planes diferentes: Individual y Familiar. Puedes escoger el que más se adecue a tus necesidades, ACCESIBLE por tener costos bajos por pertenecer a un gran grupo y SENCILLO DE PAGAR podrás tener tu seguro al día, los pagos de las primas mensuales se realizan a través del descuento en planilla.

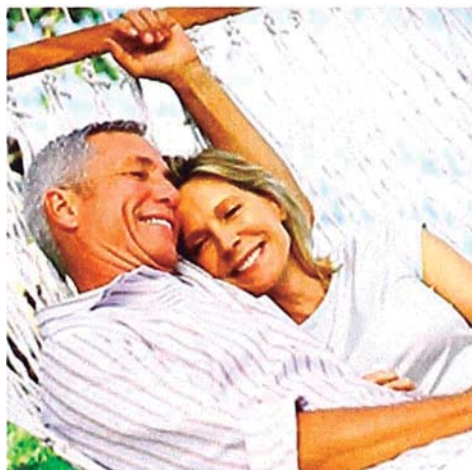


Rentas vitalicias

A través de una Renta Vitalicia, tu Cuenta Individual de Capitalización (CIC) de la AFP es transferida a Pacífico Vida para que recibas una pensión mensual de por vida; ese es nuestro compromiso contigo. Además, podrás disfrutar de múltiples beneficios pensados especialmente para ti y tu familia.

Tenemos 3 tipos de Rentas Vitalicias diseñados para cubrir cualquiera de tus necesidades:

- ✓ Renta Vitalicia Jubilación
- ✓ Renta Vitalicia Sobrevivencia
- ✓ Renta Vitalicia Invalidez



1. Renta Vitalicia Jubilación

La Renta Vitalicia de Jubilación es la manera más simple y confiable de asegurar tu futuro y el de tu familia. Gracias al programa de Jubilación de Pacífico Vida podrás vivir tranquilo con una pensión mensual que recibirás puntualmente en tu cuenta bancaria personal o con un cheque.

2. Renta Vitalicia Sobrevivencia

La Renta Vitalicia de Sobrevivencia permite a tus beneficiarios contar con una pensión de por vida en caso les hagas falta.

3. Renta Vitalicia Invalidez

La Renta Vitalicia de Invalidez te permite utilizar tu fondo CIC y cobrar una pensión mensual de manera adelantada.

I.1.4. Clientes

La mayor cantidad de los clientes lo conforman las empresas que adquieren pólizas grupales. Asimismo, también existe otro tipo de sector de clientes que corresponden a personas naturales quienes adquieren pólizas de vida contra accidentes o enfermedad.

Seguros de Vida Individual - Evolución en la participación de Mercado
últimos 3 años

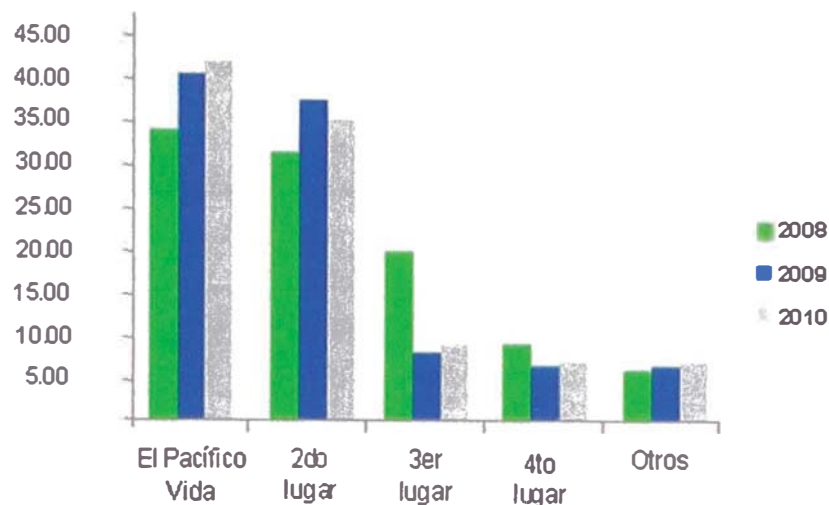


Figura N° 1.6- Fuente: SBS, Ranking de Primas de Ramos de Vida y Previsionales. Análisis comparativo a Setiembre del 2008, 2009 y 2010.

I.1.5. Proveedores

- Papeleras: proveen de papel membretado, papel factura, papel boom, sobres, etc
- Distribuidora de útiles de oficina.
- Ransa: custodia documentación física.
- Tawa: brinda servicio de apoyo.
- Qualitat: brinda apoyo en la investigación de casos.

I.1.6. Competencia

Al 31 de Diciembre del 2010, el sistema asegurador peruano esta formado por 14 empresas, de las cuales 4 están dedicadas a riesgos generales y de vida (riesgos mixtos), 3 grupos tienen una compañía de seguros para riesgos generales y una para vida (Pacífico, Mapfre y La Positiva), 2 compañías sólo tienen participación en riesgos generales (Insur y Secrex) y otras 2 sólo en vida (Invita y Protecta).

Cuadro 1: Composición del mercado asegurador		
Riesgos Generales	Riesgos Personales y Previsionales	Riesgos Mixtos
Pacífico Peruano Suiza	Pacífico Vida	Rímac
Mapfre Perú	Mapfre Vida	Cardif
La Positiva	La Positiva Vida	ACE
Insur	Invita	Interseguro
Secrex	Protecta	

Fuente: SBS / Elaboración: PCR

El sector seguros presentó una alta concentración en el año 2010, ya que los 4 primeros grupos económicos representaron el 81.55% de los ingresos de primas netas del ejercicio. Es importante resaltar que durante el año se observó una fuerte competencia en el tercer lugar de las aseguradoras por parte de La Positiva y Mapfre.

Cuadro 2: Ranking Ingresos a Diciembre 2010		
	Participación (%)	Acumulado (%)
Rímac	33.53	33.53
El Pacífico	26.05	59.58
El Pacífico Peruano Suiza	14.12	
El Pacífico Vida	11.93	
La Positiva	11.97	71.55
La Positiva Generales	6.44	
La Positiva Vida	5.53	
Mapfre	10.00	81.55
Mapfre Perú	7.45	
Mapfre Perú Vida	2.55	
Interseguro	7.19	88.74
InVita	7.64	96.38
Protecta	1.24	97.62
Cardif	0.98	98.60
Ace	0.94	99.54
Secrex	0.41	99.96
Insur	0.04	100

Fuente: SBS / Elaboración: PCR

El total de ingresos por primas de seguros netas en el año 2010 alcanzó los S/. 6,552.07 millones, lo que representa un crecimiento de 26.23% respecto al acumulado del año anterior, cifra record en los últimos 5 años. Los ramos de vida lideraron el crecimiento (Seguros de Vida y Seguros del SPP) con un incremento de S/. 1,105.35 millones (53,82%). Los ramos de seguros generales (Seguro General, Accidentes y Enfermedades) se incrementaron en S/. 256.28 millones (8.17%).

Gráfico 1

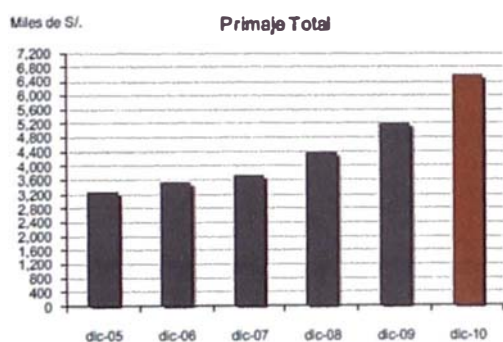
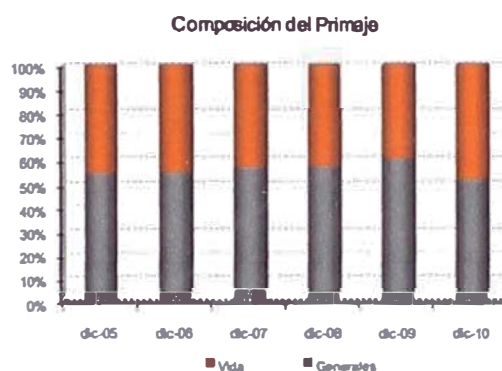


Gráfico 2



Fuente: SBS / Elaboración: PCR

I.1.7. Procesos

El proceso del negocio de esta empresa se analiza a través de la cadena de valor, la cual se presenta a continuación.

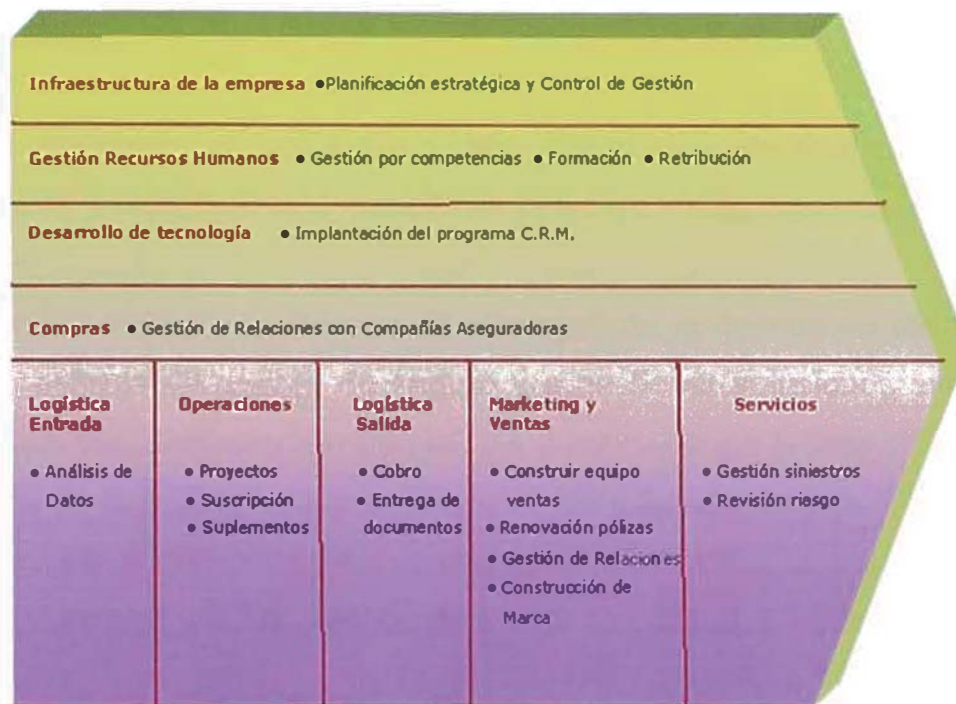


Figura N° 1.7-Cadena de Valor – Fuente: Propia

CADENA DE VALOR

Como se sabe, la cadena de valor descompone a la empresa en nueve actividades. Estas nueve actividades se descomponen, a su vez, en cinco actividades primarias y cuatro secundarias.

Las actividades primarias pueden describirse de la siguiente manera:

Logística de entrada:

Debido a que la empresa no comercializa productos sino servicios, es decir, los seguros, no se requiere una materia prima o insumos para venderlos. No obstante, lo que sí es necesario es la compra de materiales de oficina, merchandising y otros artículos de necesarios para el incentivo de ventas. Por ello, estas actividades son realizadas por el área de Compras que busca las mejores opciones de bajo costo.

Operaciones:

En este eslabón, se consideran las actividades necesarias para la coordinación y seguimiento al cumplimiento de las metas de venta.

Asimismo, se incluyen áreas que se encargan de la gestión de clientes en cuanto a entrega de pólizas de seguro y a gestionar soluciones integrales que permite tener información de clientes y cobro de las primas de seguros adquiridos por los mismo, lo cual significa para la empresa actividades de gran importancia pues están enfocadas directamente con la continuidad del negocio pues permiten que el servicio sea de calidad y sostenibles en el tiempo.

En esta parte, también se considera al área de procesos que constantemente se encuentra en la búsqueda de mejoras concretas en función de los principios de simplificación y estandarización, consistencia, maximización de la productividad y excelencia en el servicio. Por ello, adoptan metodologías como Lean la cual va a de la mano con los principios mencionados.

Logística de salida

La logística de salida en este caso estaría compuesta por las actividades enfocadas en el registro de ventas y clientes que adquieren los seguros a través de los diferentes canales por los cuales se vende, es decir, a través de forma presencial, telemarketing o a través de los sponsors (empresas aliadas a la empresa para la venta de seguros) con el uso de los sistemas integrados para compañía de seguros como lo es INSURIX, pues integra la gestión de pólizas y posibilita la comercialización de los mismos a través de los canales mencionados.

Además se encarga de la gestión de entrega de pólizas, para lo cual se hace

hincapié en la toma de datos del cliente, pues es información relevante para la ubicación de los mismos y la entrega de los documentos producto de la venta del seguro.

Mercadotecnia y ventas

Esta actividad involucra, en cierta parte, las áreas comerciales que se encargan de la viabilidad, seguimiento y sostenibilidad de la venta de seguros, lo cual implica la gestión de fuerza de ventas ya sea presencial o no, publicidad y/o promoción de los servicios, fijación de primas por cada tipo de seguros comercializados y la elección de canales de venta o alianzas para continuar incrementando su presencia en el mercado.

Además, se encargan de ofrecer nuevos seguros con mejores beneficios que se ajusten a las necesidades de sus clientes y logre la fidelidad de los mismos.

Servicio al cliente:

En este tipo de actividad se consideran aquellas que permiten complementar la venta de seguros, a través de la atención de reclamos y/o sugerencias. Para ello, necesita de la sinergia con las actividades comerciales y de operaciones, pues necesitan tener la información necesaria para atender a los clientes.

En el caso de Pacifico seguros, se hace a través de la gestión de los call centers y centros de atención, ubicados ya sea en su oficina principal o los diversos distritos y ciudades del país.

Cabe recalcar que al ser una empresa de seguros, la gestión de siniestros es también considerada como parte del servicio poste venta, pues

dependerá de la efectividad y calidad de estas actividades para que el cliente mantenga su interés y fidelidad en la compra de seguros a Pacífico.

Las actividades secundarias de Pacífico Seguros pueden describirse de la siguiente manera:

Administración y Finanzas

El área de administración y finanzas de la empresa es bastante amplia y estratégica pues colabora en el buen manejo de las herramientas financieras lo cual permite distribuir bien los recursos y obtener mayor rentabilidad.

Las áreas enfocadas en ello realizan la gestión del presupuesto general y de cada área buscando una mayor rentabilidad y beneficios para la empresa. Por ello, hacen uso de sistema como SAP que les permite tener información necesaria para su respectiva gestión.

Recursos Humanos

El área de recursos humanos o también llamada Gestión y desarrollo humano a pesar que aún no tiene el nivel estratégico que debería, genera mucho valor en la empresa porque es una compañía de aproximadamente 2000 personas y el manejo del personal en términos de motivación, clima laboral y rotación son muy arduos y se han obtenido resultados muy favorables.

Tecnología y Sistemas

Las inversiones en tecnología se han visto muy acogidas por la empresa. Prueba de ello es que se tienen sistemas integrados que permiten la gestión de la venta de seguros y sistemas que dan soporte a las áreas comerciales como lo es SAP.

Asimismo, dentro de esta eslabón se considera al área de Help desk que se encarga de dar soporte a las demás áreas, en cuanto a la gestión de accesos a los usuarios de programas y/o sistemas que se utilizan dentro de la empresa y resolver problemas o inconvenientes que tengan los usuarios.

Además, por el lado de sistemas, también cumple un rol estratégico pues genera los mecanismos para que la empresa se encuentre interconectada de todos los modos posibles. De manera que se genere mayor eficiencia y rentabilidad.

Gestión de la infraestructura

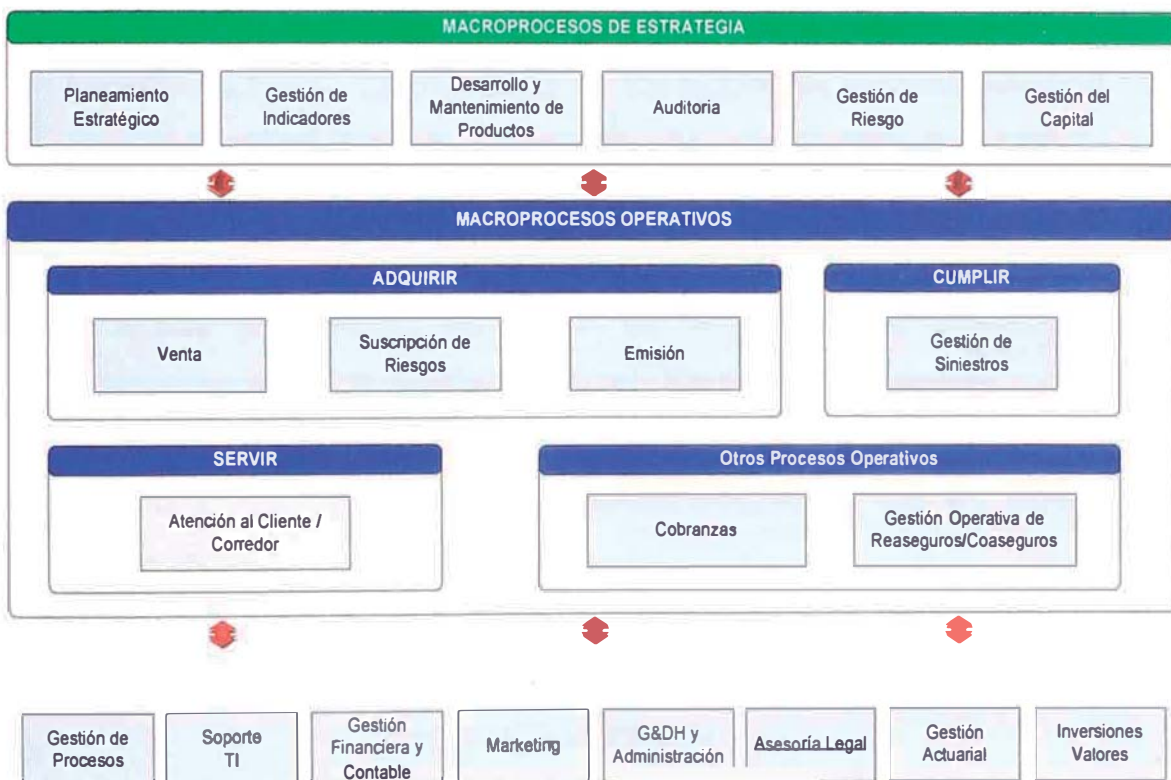
En este aspecto la empresa se encuentra en un proceso de crecimiento y debido a ello, ha adquirido nuevos locales tanto en Lima como en provincias, para lo cual ha requerido la inversión en sistemas para estos nuevos locales que les permitan estar integrados con la sede principal.

En cuanto al área de contabilidad, esta se encarga de llevar la gestión y control de todos los gastos administrativos como de ventas que se generan en la compañía, así como también la interpretación de estos informes realizados.

Finalmente, en cuanto al área legal, ésta realiza actividades enfocadas a resguardar a la compañía de cualquier fraude así como también establecer contratos y dar asesoría en prácticas comerciales que respeten las normas establecidas en la legislación peruana laboral y tributaria.

MACROPROCESOS DE LA EMPRESA DE SEGUROS

El macroproceso que permite vislumbrar la cadena de valor interna del negocio de los seguros, se conforma básicamente por las Ventas, Suscripción de riesgos, emisión, gestión de siniestros, atención al cliente cobranzas y gestión Operativa de reaseguros/ Coaseguros .



Como área de soporte tenemos a Gestión de procesos, soporte TI, Gestión Financiera, Marketing, G&DH y Administración, Asesoría Legal, Gestión actuarial e Inversiones Valores.

PROCESOS DE EVALUACIÓN DE SINIESTROS EN EL ÁREA DE BENEFICIOS

En el presente informe nos enfocaremos en analizar el proceso del área de beneficios en una empresa de seguros de vida.

Inicio del proceso: Recibir la Solicitud de Beneficios o Siniestros

El proceso inicia cuando la aseguradora Vida recibe la solicitud de pago de beneficio a través de cualquiera de los siguientes canales: Agencia de Vida, Oficina Principal, a través de Sponsor, Asesores, mesa de partes.

Proceso de evaluación: En esta etapa se determina si el seguro da cobertura al siniestro reclamado, de acuerdo a las condiciones que se establecen en cada contrato (póliza). Para este proceso se necesita apoyo del área de soporte, como son el área de suscripción, área legal, área de unidad de pagos, consultoría médica, Servicio al cliente, área comercial, operaciones.

Término del proceso: Liquidación y/o pago del siniestro

Rechazo del Siniestro

Solicitud de requisitos

El proceso termina cuando el beneficiario/bróker/asegurado recibe la carta de Liquidación de siniestro, carta de rechazo o solicitud de requisitos adicionales para continuar con la evaluación.

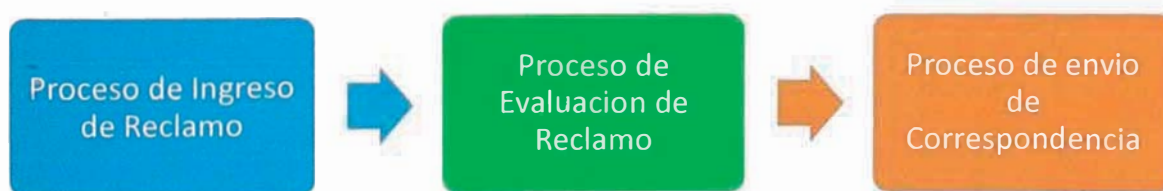
Áreas de apoyo

- **Plataforma de Atención:** encargado de recibir a las consultas y entregar las liquidaciones a los beneficiarios de la póliza de vida.

- Tesorería: encarga de emitir las liquidaciones ya se en cheque o transferencia.
- Contabilidad: encargada de realizar las revisión de los las transacciones realizadas por el pago de coberturas de pólizas de vida, asimismo, revisa los pagos cobrados de las aseguradoras por las pólizas que tienen reaseguro.
- Auditoría Médica: encargada de la revisión de documentos médicos, y de dar su opinión respecto a temas médicos.
- Legal: encargada de apoyar en con contingencias legales que puedan surgir en el proceso de evaluación.
- Gerencias (controles de 2do, 3er. Nivel): encargados de aprobar o rechazar los casos según su nivel de aprobación (depende del monto de la cobertura).

Empresas Externas De Soporte

- Exact: service encargada de ingresar los casos de los clientes a los sistemas para que los analistas puedan iniciar el procesos de evaluación de los reclamos.
- Qualität Asesoría y Servicios Empresariales: Empresa encargada de realizar las investigaciones de casos,
- Courier: encargado de cumplir con la entrega de cartas o documentación a clientes, bróker, o a través de los Sponsors.



DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL -Situación previa a la revisión de procesos

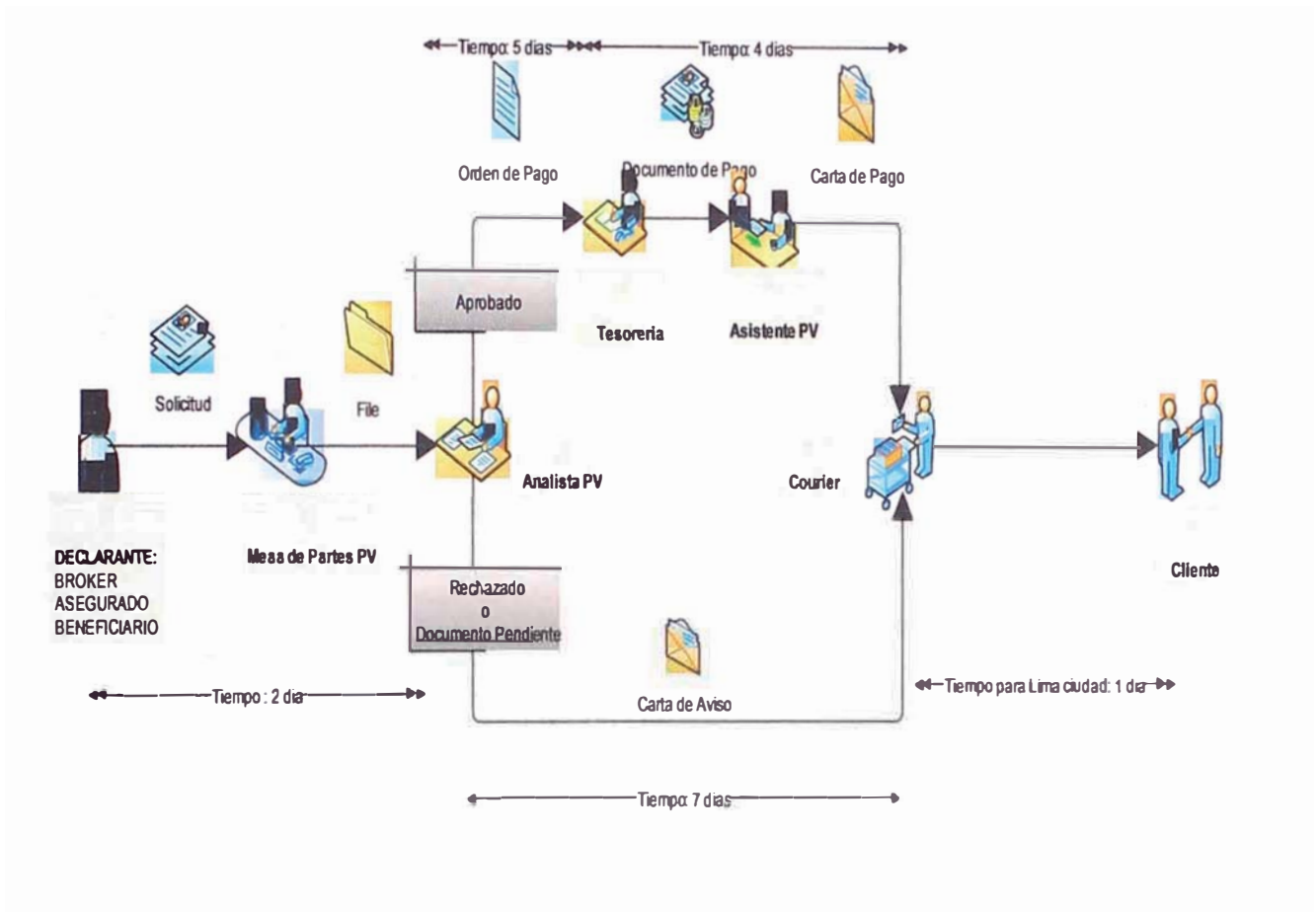
En el 2011, el área de beneficios se lideró de una nueva gerencia, el cual veía grandes deficiencias en los procesos de análisis y evaluación de siniestros, entre ellos, no se tenía claro el flujo de proceso, cada analista evaluaba los reclamos a criterio la experiencia de cada analista. Dada esta situación se encontró casos en los que el procedimiento inadecuado o los criterios tomados no fueron los correctos pese a que las condiciones ya estaban en la póliza, el exceso de confianza por la experiencia hacia que el procedimiento de la evaluación de vuelva operativo, por ello, luego del cambio de gerencia se pudo realizar mejoras respecto a este área.

Etapa 1: se levantó los procesos de cada línea de negocio: Vida Ley, Desgravamen, SCTR, Sponsor, Accidentes Personales, Vida Individual y Vida Grupo.

Etapa 2: en esta etapa se reviso los reclamos históricos que existen en pacifico, en los cuales se noto que habían reclamos hechos por clientes que habían quedado inconclusos. Esto genero alarma, ya que en el día a día nos dábamos cuenta que no se hacía control y seguimiento de los casos ingresados.

Por ello, dado esta situación, nos damos cuenta que nuestra misión no se estaba cumpliendo como se pensaba.

A continuación un esquema que nos muestra los procedimientos y los tiempos de atención de los reclamos ingresados



BASE LEGAL

1. **Ley 26702** Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros

2. **Dec. Legislativo 688** Ley de consolidación de Beneficios Sociales.

3. Resoluciones SBS

a. **1420-2005** Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas

i. **0086-2007**

Modifica los artículos 6° y 8° y el anexo del Certificado de Seguro de la Resolución SBS N° 1420-2005

(i) **14486-2010**

Modifica el Reglamento de Pólizas de Seguro y Notas Técnicas aprobado mediante Resolución SBS N° 1420-2005.

o Incorpora definiciones en el artículo 2° “

o Modifica los incisos h), j) y k) del artículo 3° “Contenido mínimo”

o Incorpora el literal g) del artículo 4° “Prohibiciones”

o Modifica el tercer párrafo del artículo 6° “La solicitud de seguro”.

o Modifica el primer párrafo del artículo 9° “Información adicional a cargo de la empresa”.

o Modifica el primer párrafo del artículo 15° “Remisión de pólizas y notas técnicas”

b. **1142-99** Reglamento de la Reserva de Riesgos en Curso

i. **779-2000** Modifica la Resolución SBS 1142-99 en el cálculo de la reservad de riesgos en curso.

c. **0838-2008** Normas Complementarias para la Prevención del Lavado de Activos y del Financiamiento del Terrorismo

4. Circulares SBS

a. 610-2004 Rechazo de Siniestros

b. 146-2009 Servicio de Atención a los Usuarios

i. 157-2011 Modificaciones a la Circular 146-2009 numerales 9.2 y 9.3 de la Circular de Servicio de Atención a los Usuarios

I.2. DIAGNOSTICO ESTRATEGICO

I.2.1. Misión

“Evaluar con justicia las solicitudes de beneficios de nuestros clientes, cumpliendo con los plazos comprometidos y manteniendo oportunamente informados a los interesados acreditados, del estado de su solicitud.”

I.2.2. Objetivos Estratégicos

En cuanto a la evaluación:

- Analizar las solicitudes presentadas para llegar a una conclusión justa de aceptación o rechazo de las solicitudes

En cuanto al seguimiento:

- Cumplir con el 95% de casos resueltos dentro de los tiempos estándares.
- Realizar el seguimiento a la emisión de cheques, peritajes, y envíos de documentos
- Realizar el seguimiento a los casos pendientes de requisitos.

En cuanto a la información:

- Cumplir con el 95% de atención a las llamadas al call de Beneficios.
- Cumplir con el 95% de consultas eSic respondidas dentro de los tiempos estándares.
- Generar reportes periódicos de gestión para las áreas que así lo requieran.

I.2.3. Análisis Interno

I.2.3.1. Fortalezas

- El potencial de los colaboradores.
- Prestigio obtenido como empresa de seguros
- Con participación de mercado alto.
- Fortaleza y posicionamiento de sus canales de distribución y venta.
- Conservadora política de inversiones y de establecimiento de reservas.
- Preocupación por el cliente.

I.2.3.2. Debilidades

- Deficiente sistema de control y monitoreo de casos.
- Sistemas independientes con información relacionada.
- Trabajo de acuerdo a la experiencia, no existe un estándar.
- Falta definir procesos.

I.2.4. Análisis Externo

I.2.4.1. Oportunidades

- El mercado está en expansión.
- La coyuntura nacional hace que haya una preocupación por adquirir pólizas de vida.
- Buena imagen institucional.
- Desarrollo de nuevos canales de distribución que permitan llegar a segmentos de menores ingresos, los cuales históricamente han sido los menos atendidos por las aseguradoras.

I.2.4.2. Amenazas

- Posible desprestigio ante deficientes evaluaciones.
- Situación socio económica del país inestable.

I.2.5. Análisis FODA

La empresa de Seguros tiene como meta general sobrepasar todos sus indicadores de desempeño, así como consolidar sus operaciones en el mercado de seguros de vida. Asimismo, considera clave lograr una mayor fidelidad de su clientela y poner mayor énfasis en crear un excelente ambiente laboral. El objetivo es conseguir una rentabilidad que vaya de acuerdo con las expectativas de crecimiento de sus accionistas.

Como vemos la empresa de seguros tiene un buen posicionamiento en productos de vida, esto gracias al esfuerzo del área comercial con su fuerza de ventas. Sin embargo, si no se reformula el procesos de operaciones el monitoreo de los reclamo recibidos por estos clientes, la compañía tiene un alto riesgo de perder prestigio lo que afectaría negativamente e irreversiblemente en índice de consumidores de estos productos.

Actualmente, el área de beneficios es consciente del riesgo que tiene la empresa por ellos está trabajando en la definición de procesos para procedimiento específicos. Asimismo, se está integrando información de los sistemas para un mejor control y monitoreo de los casos.

Su estrategia en la búsqueda de nuevas oportunidades de negocio, buscando reducir la volatilidad de su cartera en líneas de negocio de alta siniestralidad. También considera importante el mantenimiento de seguros contratados por empresas e instituciones financieras, así como la diversificación y fortalecimiento de canales de distribución, los cuales, aparte de la red propia, se han extendido hacia tiendas por departamento, empresas de servicios públicos y los bancaseguros.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El presente capítulo está dedicado al marco teórico y metodológico; en este capítulo se hace una revisión de los conceptos fundamentales de procesos, mejora de procesos, herramientas de mejora de procesos.

2.1 MEJORA DE PROCESOS

Los procesos se mejoran elaborando mapas de procesos de valor agregado, aislamiento de problemas, análisis de las causas raíz y resolución de problemas. Para permanecer competitivo en el mercado, las empresas deben identificar los procesos que desperdician recursos para mejorarlos. Los procesos que proporcionan los productos y servicios deben mejorarse con la intención de evitar defectos e incrementar la productividad al reducir el tiempo que toma un ciclo del proceso y eliminar el desperdicio. La clave para refinar procesos es concentrarse en éstos desde el punto de vista del cliente, identificar y eliminar las actividades que no agregan valor.

El proceso debe estudiarse desde el punto de vista del cliente, la verdadera mejora de procesos se deriva del conocimiento de lo que agrega valor o significado para el cliente; es muy importante que las personas que van a participar en el diseño del nuevo proceso sean las encargadas de arreglarlo, su participación en la identificación, creación, y hacer los cambios

necesarios, es muy importante para que se adapten a ellos, se esfuercen por hacerlos permanentes y sean cambios exitosos.

Un concepto importante en la mejora de procesos es la propiedad del proceso, la cual se refiere a identificar quién es el responsable de asegurarse de que un proceso se realice de tal manera que alcance la satisfacción al cliente, los dueños del proceso tienen las facultades y pueden hacer cambios en el proceso.

Los mapas de proceso son poderosas herramientas de comunicación, identificación y descripción los procesos en forma gráfica ayuda a la gente a entender como se realiza el trabajo, que ellos mismos llevan a cabo. Los mapas de procesos tienen la ventaja de reflejar con exactitud las operaciones actuales y se puede aprovechar para evaluarlas; cuando se realizan cambios, los mapas de procesos son útiles para comunicar estos cambios.

Un mapa de proceso, también se conoce como diagrama de flujo y diagramas de flujo de procesos, es una representación gráfica de los pasos involucrados en un proceso completo o en una etapa específica del proceso, a través de un diagrama de flujo es fácil identificar las actividades de un proceso que causan problemas o no agregan valor. Los procesos van cambiando con el tiempo, después de un tiempo un proceso podría ya no agregar valor al cliente, debido a los cambios en la tecnología o en las expectativas del cliente. Al realizar el mapa de procesos, es sencillo identificar las actividades que no agregan valor y que deben desecharse. Al eliminar las actividades que no agregan valor se deshace de basura en el proceso y se ahorra tiempo, dinero y esfuerzo, de esta manera se esclarece el proceso y se puede focalizar en las actividades que agregan valor al cliente, es decir, cumplir con sus necesidades, requerimientos y expectativas.

2.1.2 HERRAMIENTAS DE MEJORA DE PROCESOS

Los equipos de resolución de problemas, que utilizan herramientas y técnicas de resolución de problemas, son la parte fundamental de la mejora de procesos, los equipos que siguen un proceso de resolución de problemas estructurado pueden identificar y corregir procesos costosos, ineficientes e ineficaces en la empresa.

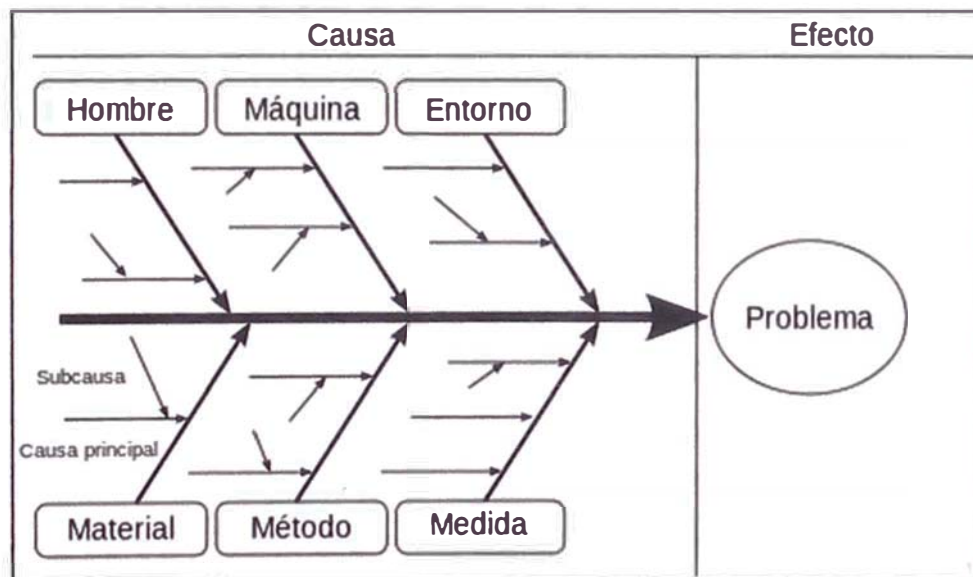
2.1.2.1 DIAGRAMA CAUSA EFECTO

El diagrama causa efecto, también llamado Diagrama Ishikawa o Diagrama Espina de Pescado, es una herramienta de mejora de procesos, en la cual se representan los posibles elementos de un sistema, llamados causas, que pueden contribuir a un problema o efecto; este diagrama es una herramienta muy útil para analizar procesos y desarrollar un plan de recolección de datos. El diagrama causa efecto se utiliza para identificar las causas de un problema específico. Este diagrama fue desarrollado por Kaoru Ishikawa en 1943.

Pasos para aplicar el diagrama causa efecto:

1. Identificar el problema el cual debe ser concreto y específico, en si el problema puede ser algo específico, algo que queremos mejorar; el problema debe identificarse en una frase.
2. Se identifican las categorías de recursos o factores causales, no existe una definición de que categorías deben identificarse, pero las más usadas son: materiales, métodos, máquinas, personas y el medio.

3. Se realiza una lluvia de ideas sobre las posibles causas, este es el paso más importante, en el cual se deben identificar causas y no soluciones.
4. Se identifican las causas más probables, con las cuales se debe iniciar un análisis con datos adicionales.
5. Se debe publicar en un lugar visible, para que los miembros del equipo puedan identificar alguna causa no identificada inicialmente.



2.1.2.2. INDICADORES

Son mediciones del funcionamiento de un proceso. Los indicadores pueden ser de eficacia, cuando miden lo bien o lo mal que un proceso cumple con las expectativas de los destinatarios del mismo.

- % de tornillos fuera de tolerancia.
- % de máquinas entregadas con retraso al proceso de pintado.
- Nº de jornadas sin calefacción en el mes de Enero.

- N° de resoluciones a licencias de obra menores reclamadas y perdidas en “contencioso administrativo”.

Los indicadores pueden ser de eficiencia, cuando miden el consumo de recursos del proceso.

- Toneladas de acero/ toneladas de tornillos estampados.(Puede medir el despilfarro).
- N° de interruptores tipo “...” que se compran por cada 10 interruptores efectivamente incorporados a las máquinas.(Puede medir el despilfarro).
- Juegos de documentación fotocopiada dividida entre asistentes a cada reunión. (Puede medir el despilfarro).
- Horas-técnico para tramitar 10 licencias de obras mayores. (Puede medir el despilfarro).

Los indicadores de eficacia y los de eficiencia, se pueden aplicar al funcionamiento global del proceso. Estos son los indicadores de resultados del proceso y permiten medir las variaciones habituales que se producen en el proceso y también las acciones de mejora. Además de estos indicadores globales, se pueden establecer dentro del proceso, otros indicadores auxiliares que miden la eficacia o la eficiencia del funcionamiento de una parte del proceso.

Si el % de tornillos estampados fuera de tolerancia, es un indicador de eficacia global del proceso, un indicador parcial asociado al mismo puede ser por ejemplo; % de tornillos fuera de tolerancia en la segunda fase de estampación.

La utilización simultánea de ambos tipos de indicadores, puede ser conveniente puesto que los indicadores globales dan información del

funcionamiento global del proceso y los parciales dan información del funcionamiento de una parte del proceso además de contribuir a explicar el valor que toman los indicadores globales.

Un indicador es siempre el resultado de un proceso de medición. Esto significa que es necesario recoger datos y por lo tanto emplear tiempo en hacerlo. Los indicadores no llueven del cielo como el maná. Más indicadores significan más tiempo y esfuerzo de recogida. Esto hace necesario elegir cuidadosamente los indicadores (serán más útiles tres indicadores bien elegidos que 10 mal elegidos).

Para hacer ocurrir un proceso existen otro tipo de medidas, que reciben el nombre de especificaciones de proceso. Estas medidas no son indicadores, dado que no reflejan el funcionamiento del proceso sino mandatos relativos a la forma de hacer ocurrir el proceso y que por lo tanto son las causantes de ese funcionamiento. La temperatura de la preforma de una pieza a estampar en un proceso de estampación en caliente es una especificación de proceso y lo que se busca con ella es garantizar que el proceso saldrá como se quiere que salga, por lo que es imperativa para el interviniente.

2.1.2.3. CÓMO SE MEJORA UN PROCESO

Hacerlo ocurrir tal y como queremos que ocurra. Para poder mejorar un proceso primero hay que hacerlo ocurrir. Es decir hay que:

- Definir la forma de ejecutar del proceso. Definir un conjunto de pautas o de instrucciones sobre cómo debe ser ejecutado el proceso.
- Ejecutar las actividades del proceso. Según las instrucciones anteriormente establecidas. Comprobar que el proceso se ha desarrollado según estaba previsto (según las instrucciones).

- Garantizar que la próxima repetición del proceso se va a desarrollar de acuerdo con las instrucciones. ¿Qué desviaciones respecto a las instrucciones se han producido?, ¿Cómo se pueden evitar en próximas ocasiones?.

Este ciclo de actividades garantiza que hay una “forma definida o estabilizada” de hacer las cosas y que efectivamente el proceso se ajusta a esta “forma estabilizada”.

Mejorarlo una vez que lo hemos hecho ocurrir.

Cuando a pesar de realizar correctamente las actividades definidas para el proceso sigue habiendo problemas (quejas de los destinatarios, despilfarro de recursos, etc.) o el proceso no llega a adaptarse a lo que necesita el cliente (necesidad de reestructurar el proceso) es necesario aplicar el ciclo de mejora.

Una acción de mejora es toda acción destinada a cambiar la “forma en que queremos que ocurra” un proceso. Estas mejoras lógicamente se deben reflejar en una mejora de los indicadores del proceso. Por ejemplo, el indicador de % de tornillos fuera de tolerancia estaba en un 15%, se han realizado actividades de mejora y en la actualidad el indicador está en un 4% de tornillos fuera de tolerancia.

La gestión según los principios de Calidad Total utiliza un sinfín de técnicas y herramientas para provocar la mejora de los procesos de la organización. Algunas son creativas y basadas en la imaginación, otras se basan en técnicas estadísticas o en metodologías concretas, pero todas tienen en común el propósito de mejorar los procesos sobre los que se aplican.

Explicar todas estas técnicas queda fuera de las posibilidades de este texto y el lector puede recurrir a fuentes de información más especializadas.

Para mejorar un proceso hay que aplicar el ciclo de mejora PDCA (Plan, Do, Check, Act):

- Planificar los objetivos de mejora para el mismo y la manera en que se van a alcanzar.
- Ejecutar las actividades planificadas para la mejora del proceso.
- Comprobar la efectividad de las actividades de mejora.
- Actualizar la “nueva forma de hacer ocurrir el proceso” con las mejoras que hayan demostrado su efectividad.

2.2 ¿QUÉ ES EL SEGURO?

Un seguro es básicamente 4 cosas:

Es una técnica para la gestión del riesgo: Permite a una persona u organización hacer frente a las posibles pérdidas y sus consecuencias financieras.

Un sistema de transferencia: En donde una parte (el asegurado) transfiere la posibilidad de una pérdida financiera a otra parte (la aseguradora)

Un negocio: Donde se puedan generar suficientes ingresos para pagar los reclamos y tener un beneficio razonable para sus dueños.

Un contrato: Entre el asegurado y la aseguradora, que estable qué costos potenciales de pérdida está transfiriendo el asegurado hacia la aseguradora y el compromiso de la aseguradora de pagar por dichos costos a cambio de un pago periódico por el asegurado.

El seguro como una técnica para la gestión del riesgo

El proceso de creación e implementación de decisiones para poder enfrentar las exposiciones a las pérdidas es conocido como gestión del riesgo.

Las exposiciones a las pérdidas se pueden:

- **Evitar**
- **Controlar** mediante medidas de prevención de pérdidas
- **Mantener** mediante medidas de reducción de pérdidas

El seguro como un sistema de transferencia

El seguro es un sistema que permite a una persona, familia u organización transferir el costo de las pérdidas a una aseguradora. La aseguradora paga para cubrir las pérdidas y distribuye el costo de las pérdidas entre todos los asegurados. Así, el seguro es un sistema de transferencia y distribución del costo de las pérdidas.

Los asegurados intercambian la posibilidad de una gran pérdida mediante una mucho menor paga periódica llamada prima.

Las primas de una aseguradora son pagadas por los asegurados y los asegurados a quienes cubrieron pérdidas son pagados de ese fondo de primas. El costo total de las pérdidas es compartido entre todos los asegurados.

Tipos de exposición de pérdida

Los 3 tipos de exposición de pérdida que son útiles para identificar y categorizar las pérdidas potenciales son:

- De Propiedad
- De Responsabilidad

- Personales y de personal

Exposición de pérdida de **propiedad** : Es cualquier condición o situación que presenta la posibilidad que una pérdida de propiedad ocurrirá. Propiedad incluye propiedad real y propiedad personal.

- **Propiedad real** : Son construcciones, terrenos, casas, fábricas, etc.
- **Propiedad personal** : Todas las propiedades tangibles o no tangibles que no sean propiedad real son propiedad personal. Ejemplo de esto son equipos de una fábrica, los muebles de un restaurante, computadoras, dinero, autos, patentes, copyrights, etc.

Exposición de Pérdida de **responsabilidad civil** : Es cualquier condición o situación que presenta la posibilidad de un reclamo alegando responsabilidad legal de una persona o negocio por haber dañado o perjudicado a otra parte. **Algunos reclamos de responsabilidad terminan en demandas**

Exposición de Pérdida **personal y de personal** : Una exposición de pérdida personal es cualquier condición o situación que presenta la posibilidad de una pérdida financiera de una persona o una familia por muerte, discapacidad o desempleo.

- Exposición de pérdida de personal por otro lado, afecta al negocio. Es cualquier condición o situación que presenta la posibilidad de una pérdida financiera al negocio por la muerte, discapacidad, retiro o resignación de empleados clave de la empresa.

Exposición de pérdida ideal para asegurar

Mediante la transferencia de un costo potencial por un evento incierto a una aseguradora, el asegurado reduce o elimina la posibilidad de sufrir una gran pérdida económica. Sin embargo, la transacción no sería probablemente beneficiosa para la aseguradora a menos que la exposición a la pérdida tenga ciertas características que la hace ideal para asegurar desde el punto de vista de la aseguradora. Estas características son:

- Exposición a la pérdida implica un riesgo puro, no especulativo
- Exposición a la pérdida está sujeta a una pérdida accidental desde el punto de vista del asegurado.
- Exposición a la pérdida está sujeta a pérdidas que están definidas en el tiempo y que son medibles.
- Exposición a la pérdida es uno de un largo número de eventos similares, pero independientes.
- Exposición a la pérdida no está sujeto a una pérdida que podría afectar simultáneamente a muchas otras exposiciones similares, la pérdida no debería ser catastrófica.
- Exposición a la pérdida es económicamente factible para asegurar.

Seguro como un negocio

Los seguros privados han variado enormemente en tamaño y estructura, en los productos que venden y los territorios en los que operan.

Tipos de seguros : Diferentes tipo de seguro privado ofrecen varios tipos de seguros. El gobierno también provee seguro conocido como el seguro social.

Programas gubernamentales de seguro : Existen por la gran cantidad de recursos financieros que se necesitan para proveer cierto tipos de cobertura para los ciudadanos. El seguro social es el mejor ejemplo de estos programas. Además de esto el gobierno provee seguro para cierto tipo de pérdidas catastróficas.

La regulación estatal de los seguros

Las entidades reguladoras de seguros están constantemente monitoreando la condición financiera de las aseguradoras y tomar acciones necesarias para prevenir la insolvencia de dichas aseguradoras. Los departamentos estatales de seguros regulan las tarifas de los seguros para proteger a los consumidores de una inadecuada, excesiva o injusta tarifa. Las tarifas adecuadas son necesarias para las aseguradoras para tener un suficiente ingreso de primas para pagar por las pérdidas y otros gastos mientras generan una utilidad razonable.

Beneficios del seguro

El seguro provee muchos beneficios para las personas, familias, negocios y la sociedad en general. Estos beneficios son:

- Indemnizar los costos de las pérdidas cubiertas
- Reducir la incertidumbre financiera de los asegurados
- Promover las actividades para el control de pérdidas de los asegurados
- Usar los recursos eficientemente
- Proporcionar apoyo crediticio
- Satisfacer los requisitos legales
- Satisfacer los requisitos del negocio
- Proporcionar una fuente de fondos de inversión
- Reducción de las cargas sociales

Costos del seguro

Los beneficios del seguro no son gratuitos. Sin embargo los beneficios de un seguro superan los costos, se considera generalmente que un seguro tiene un significativo propósito social y económico. Los seguros poseen costos directos e indirectos, incluyendo los siguientes:

- **Primas pagadas por los asegurados:** las aseguradoras necesitan coleccionar las primas suficientes para realizar los pagos por pérdidas.
- **Costos de operación de los seguros:** Como cualquier otro negocio las aseguradoras tienen gastos de operación como salarios, equipos, impuestos, licencias, etc.
- **Costos de oportunidad:** el uso de los recursos de las aseguradoras en sus operaciones representan una pérdida de oportunidades en otras áreas, en otras palabras pérdida de oportunidades.
- **Incremento de las pérdidas:** la existencia de los seguros puede alentar a las pérdidas en cierta medida. Una persona podría intencionalmente causar una pérdida o exagerar una pérdida que haya ocurrido. Muchos fraudes.
- **Incremento de las demandas :** Se debe a que los seguros de responsabilidad civil suelen pagar una gran suma de dinero a las personas afectadas.

CAPITULO III

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

En este capítulo se presentará el problema principal y los problemas específicos que se observan en el proceso de evaluación de reclamos ingresados por los clientes de una empresa de Seguros de Vida. Asimismo se presentan las posibles alternativas de mejora, la selección de la mejor alternativa, planes de acción para la propuesta de la opción seleccionada, y los beneficios que se obtendrían al ejecutarla.

3.1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Los reclamos ingresados en el área de beneficios de la empresa de Seguros de Vida pasan por un proceso de evaluación en el que constan de las siguientes etapas:



Principal riesgo del proceso:

El proceso de evaluación en el Área de Beneficio atraviesa por tres etapas, las cuales manejan sistemas de información independientes entre sí; lo que conlleva a que haya deficiencias en el flujo del proceso; ocasionando que no se controle y monitoree adecuadamente los casos ingresados como reclamo por el pago de un beneficio de la póliza de Vida.

El proceso de evaluación se rige por misión del área como es el de evaluar en forma justa y oportuna, por ello existen dos posibles y frecuentes riesgos que podrían evitar que no se cumpla la misión del área:

1. Deficiente análisis del caso; el error en la toma de decisiones ante un reclamo por la cobertura de una póliza de seguro vida podría conllevar a una multa ante INDECOPI. Este tipo de riesgo es uno que debemos asumir, sin embargo se pueden tomar medida para disminuir el impacto del mismo.
2. La demora en la respuesta al cliente, los casos deben ser resueltos en un plazo no mayor a 30 días; sin embargo como empresa preocupada por la calidad en la atención nos hemos trazado como objetivo 15 días.

Para el presente informe nos concentraremos en el segundo riesgo.

SITUACIÓN ACTUAL:

Actualmente, existe un control en los tiempos de atención por cada Sub proceso independientemente; sin embargo, estos controles no están integrados ni relacionados entre sí. Por ello, cada vez se incrementa los reclamos no pasan por todo el proceso de evaluación de un reclamo, debido a que el tiempo transcurrido desde que llega el reclamo a la compañía hasta

que la compañía emite un pronunciamiento al respecto excede a los plazos dados por las entidades reguladoras. Este problema tiene un gran impacto cuando los reclamos tienen una suma asegurada mayor a los Cien mil dólares.

El tiempo límite de respuesta es de 30 días; sin embargo, existen los siguientes motivos por los que un reclamo puede exceder este tiempo:

- Consultas sin responder por parte de otras áreas, la complejidad del caso es necesario la consulta con otras área como comercial, legal, suscripción, y gerencia, lo que genera demora y no hay un control de tiempos para estos escenarios.
- Traspapeleo de documentos por parte de los analistas.
- Demora en el envío de la documentación entre la agencia hasta la oficina principal.
- El manejo de la información no permite controlar de manera eficiente los reclamos por el pago del beneficio de la cobertura de la póliza de vida. Que el reclamo llegue de una agencia, y se obvie el tiempo transcurrido desde la presentación del reclamo hasta que llegue a la oficina principal.
- Envío de correspondencia sin llegar a destinatario: generalmente sucede cuando el reclamante cambia de domicilio, está ausente, dirección errónea, Courier no ubica la dirección, etc. Para estos casos se están tomando medidas hace medio año, se controla que el envío de correspondencia llegue al destino; sin embargo, no se están tomando en consideración los días transcurridos desde que llego el caso a la compañía.
- La demora en la elaboración de las respuestas de rechazo de cobertura, ya que implica una investigación exhaustiva según el caso.

- Cerrar una tarea asignada al analista sin que se haya hecho la carta de requisitos o rechazo; sucede usualmente cuando aumenta la carga laboral, en el que el analista cierra las tareas, con la intención de elaborarla al día siguiente.

Actualmente existe un control diario de los procesos de evaluación el cual consta del envío de casos pendientes; sin embargo, este control analiza la información desde que el caso llega a la oficina principal hasta que el analista cierre la tarea, lo cual no refleja el tiempo completo de evaluación.

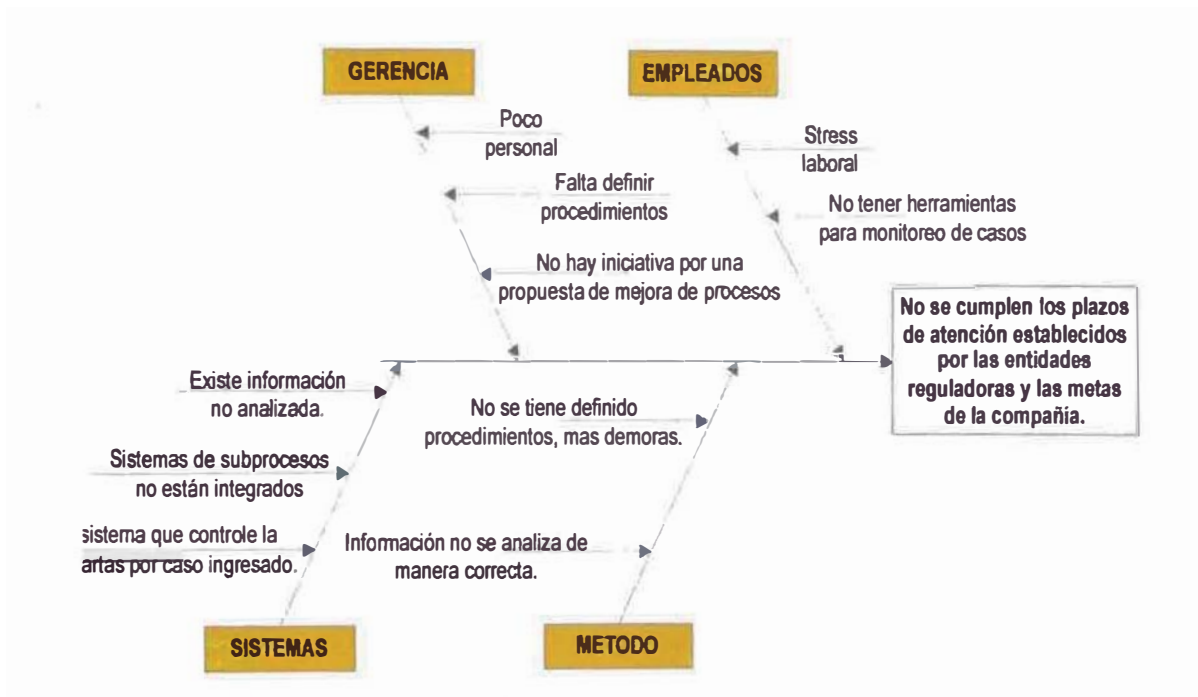
De acuerdo a lo antes descrito, vemos que es importante tener un control y monitoreo de los reclamos ya que los pagos indebidos afecta al riesgo proyectado antes de la emisión de la póliza.

Una vez controlado los tiempos, se podría generar propuestas de mejora de procesos, sabiendo que actividades o sub procesos son los que demoran o tienen impacto negativo y se puede aprovechar las oportunidades de mejora.

Actualmente, la empresa está en rumbo de monitorear todos los casos, sin embargo el método utilizado no resulta eficiente ya que todavía se siguen cometiendo las irregularidades antes mencionadas. Asimismo, la información procesada no es debidamente analizada para poder tener una cifra real de estado pendientes por evaluar. Por ello lo que se busca es amoldar y agotar todas las posibilidades en las que un reclamo pueda estar en el proceso y haya finalizado correctamente.

3.1.1. Análisis Causa Efecto

Las categorías de las potenciales causa raíz del problema que es el incumplimiento de plazos de respuesta, han sido clasificadas en: Gerencia, empleados, sistemas y método.



El análisis según las categorías:

Gerencia: debido a que al auge que tiene el mercado de seguros respecto a su interés por lo productos de vida, el incremento de siniestros va aumentando, por lo que es necesario que haya un aumento de personal, el beneficio directo es poder cumplir con los tiempos de atención establecidos por ley y con los ofrecidos a los clientes.

Asimismo, respecto a los manuales de procedimientos no existían hasta la llegada de la nueva gerencia, que inicio la gestión con el levantamiento de procesos.

Empleados: debido al aumento de la carga laboral, el número de analista no era suficiente para la atención de los siniestros en tiempo y calidad, lo que generaba que el clima organizacional se vea afectado. Motivo por el cual, se tomo la decisión de aumentar una dos plazas más, según las líneas de negocio que crecen en el área. Asimismo, el no tener las herramientas y criterios de gestión de procesos, no era efectivo el control y seguimiento de los siniestros ingresados, ya que usualmente se recibía llamadas, cartas o correos electrónicos en los cuales consultaban por los estados de los casos que supuestamente ya habían sido atendidos.

Sistemas: no existen sistemas que integran la información en los procesos para la evaluación de los siniestros. Por ello, la información es difícilmente analizada, por lo que el control y monitoreo de siniestros no se realiza de manera efectiva. Asimismo, debido al deficiente manejo de información, no se usa de manera adecuada la información existente.

Métodos: debido a la carencia de manuales de procedimientos no se tiene claro el panorama global de procesos, por ellos existen información que no se toma en cuenta para el control y monitoreo de siniestros.

Asimismo, después del levantamiento de procedimientos, nos damos cuenta que habían procedimientos que se podían automatizar, lo cual nos ayudo mucho en el aspecto operativo.

Finalmente, después del análisis de los criterios elegidos para la identificación del problema, nos formulamos lo siguiente:

“No se cumplen los plazos de atención establecidos por las entidades reguladoras y las metas de la compañía.”

3.2.ALTERNATIVAS DE SOLUCION

3.2.1. Relación de Alternativas

Para poder tener un mejor control de procesos evaluación de reclamos se podrían plantear las siguientes alternativas.

1. Alternativa N° 1: Mejora de Procesos para una mejor evaluación de reclamos de las Pólizas de Vida, cuyo objetivo sea Monitorear los plazos de atención de los siniestros ingresados a la compañía.
2. Alternativa N° 2: Implementación de un software que integre la información desde que llega el caso hasta que se emita la posición final de la empresa de seguros. Esto ejecutado por una compañía externa.

La finalidad es definir y formalizar los procedimientos del Área de Beneficios, con el fin de establecer los riesgos en los procesos en los que el flujo sea complicado, los responsables y actividades asociadas al proceso de Análisis y Liquidación de Siniestros por producto, y así poder tener un panorama global para el control y monitoreo de los siniestros ingresados.

Alternativa N° 1

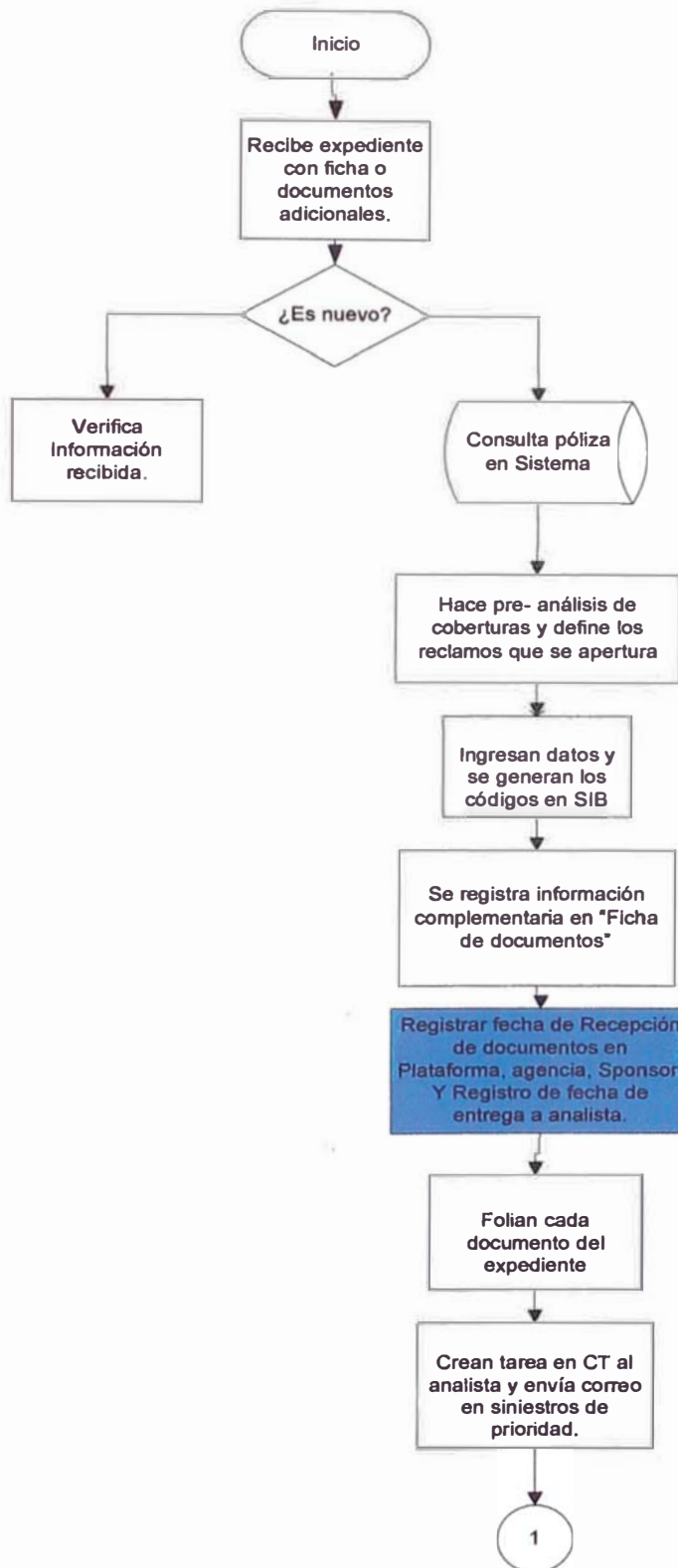
En esta propuesta se relacionara información de los tres subprocesos que consta toda la evaluación de reclamos en una empresa de Seguros de Vida, los cuales serán registrados en un solo sistema, para un mejor manejo de información.

Luego del levantamiento de información del proceso del área de siniestros, podremos tener una visión holística de cómo poder monitorear la información y controlar de manera eficiente los tiempos de atención.

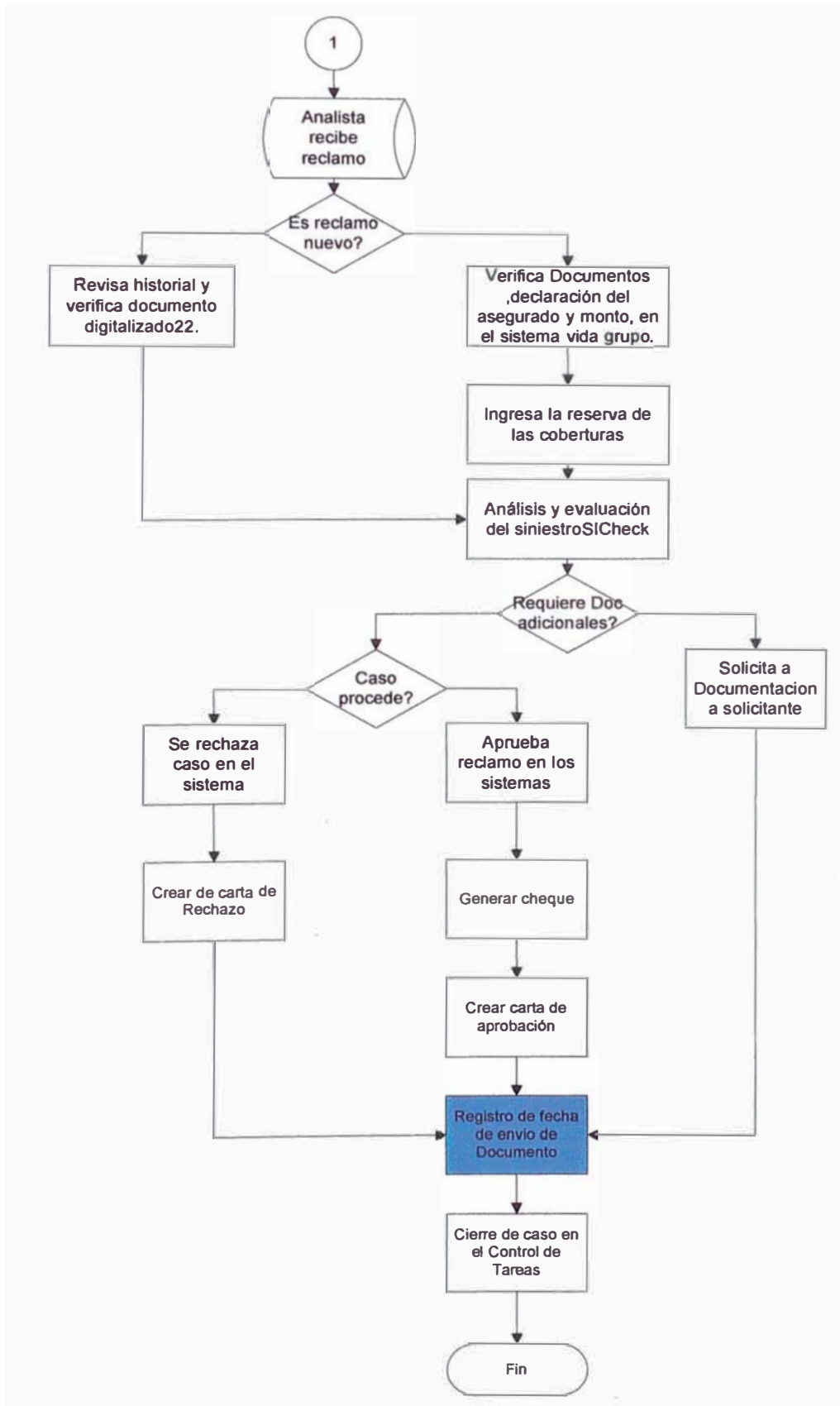
Para ello hemos tomado un análisis simple para la mejor comprensión del proceso global.

Inicialmente, cuando ingresa el reclamo al área de beneficios, el área encargada registra toda la información correspondiente al siniestro. Aquí hay una información importante que hasta el momento de obvia para el análisis, la fecha en que el cliente registra su solicitud de cobertura de beneficio. Por ellos para una mejor comprensión se muestra en el siguiente flujo.

Proceso de ingreso de reclamos:



Proceso de evaluación y envío de notificación de Reclamos ingresados:



Luego de la descripción de los procesos, indicando los puntos clave que nos permitirán extraer datos para poder analizarlos formando indicadores que nos permitan cumplir con los plazos establecidos por cada proceso, siendo los siguientes tiempos meta:

Ingreso de documentos: máximo 5 días

Tiempo de evaluación: máximo 6 días

Tiempo de pago o envío de documentos: 4 días.

Teniendo en cuenta los tiempos indicados, cumpliríamos parte del objetivo del área. Por lo tanto, se tendría los siguientes indicadores que nos permitan hacer seguimiento al proceso de evaluación:

- % de cartas de rechazo entregadas a tiempo
- % de cartas de requisitos entregadas a tiempo
- Cumplimiento de plazos en el ingreso de documentación.
- Cumplimiento en el plazo (analistas).
- Cumplimiento de casos pagados (4 días)
- Cumplimiento en la entrega de cartas de rechazo
- Cumplimiento en la entrega de cartas de requisito

Alternativa N° 2

El diseño de un software que integre la información desde que llega el caso hasta que se emita la posición final de la empresa de seguros, y donde se realicen las operaciones de pagos, rechazos y aprobaciones, visualización de documentación antigua, y control de tareas asignadas a los analistas. Este procedimiento ayudaría a que la información este centralizada y se elimine el riesgo de brindar mal información a los clientes.

Esta propuesta la ejecutaría una consultora externa a la compañía, con los requerimientos antes mencionados. Es decir, el uso de los tiempos de recepción de documentos, evaluación, elaboración de carta de respuesta, y envío de correspondencia.

En el sistema, se solicitaría una visualización en tiempo real como se muestra a continuación:

Asegurado	Recepción de documentación	Evaluación de siniestro	Elaboración de carta	Recepción de cargo	Estado (pendiente/ finalizado)	Días transcurridos
Tomas Carrión	3 días	5 días	2 días	Sin ejecutar	En proceso	10 días

3.2.2. Ventajas y Desventajas de las Alternativas

Alternativa N° 1

Ventajas:

Fácil de implementar

No tiene costo adicional, ya que la información o manipulación de la información se coordina con el área de sistemas.

Un proceso donde la información será a tiempo real.

Se puede implementar al corto plazo.

La gerencia tendría una mejor comprensión del procedimiento global del proceso de evaluación, debido a que el proceso es engorroso y difícilmente medible, el levantamiento de información dará claridad para manejar la información que existe en el área.

Desventajas:

Siguen existiendo varios sistemas, manejados independientemente entre si.

La información tendría que ser analizada por un colaborador y luego enviar reporte a analistas.

Alternativa N° 2**Ventajas**

Proceso integrado, sin riesgo en errores de estado.

Información actualizada

Procesos en gran escala automatizada.

Amigable uso de sistema.

Desventajas:

Demora en el tiempo de implementación.

Implementación compleja por la cantidad de información.

Costo alto.

Trae como riesgo que la información de un sistema a otro no migre de forma correcta por lo que trae como consecuencia otro tipo de riesgos como información nula en algunos casos.

3.3. METODOLOGIA DE SOLUCIÓN

El método para evaluar las alternativas de solución será la llamada matriz de decisión bajo el enfoque de la ponderación absoluta, el cual es una técnica aplicable en distintos campos dentro y fuera de la ingeniería, para la toma de decisiones racionales entre las distintas alternativas aparentemente posibles.

Cuadro de criterios con la ponderación

Criterios	Pesos
	Ponderación
Visibilidad de tiempos	10%
Reducción de actividades	10%
Tiempo de implementación	40%
Costo de implementación	30%
TOTAL	100%

3.4. TOMA DE DECISIONES

3.4.1. Evaluación de Criterios de Selección

Los criterios a elegir para la toma de decisiones serán los siguientes:

- Visibilidad de tiempos: en una de las alternativas la visualización es en tiempo real; sin embargo, la alternativa N° 1 nos mostrara los tiempos del día anterior.
- Reducción de actividades; la alternativa 1 nos muestra la información sin tener que procesarla al día siguiente.
- Tiempo de implementación: la alternativa 1 es más viable para la implementación.
- Costo de implementación: la alternativa 1 no tiene costo elevado.

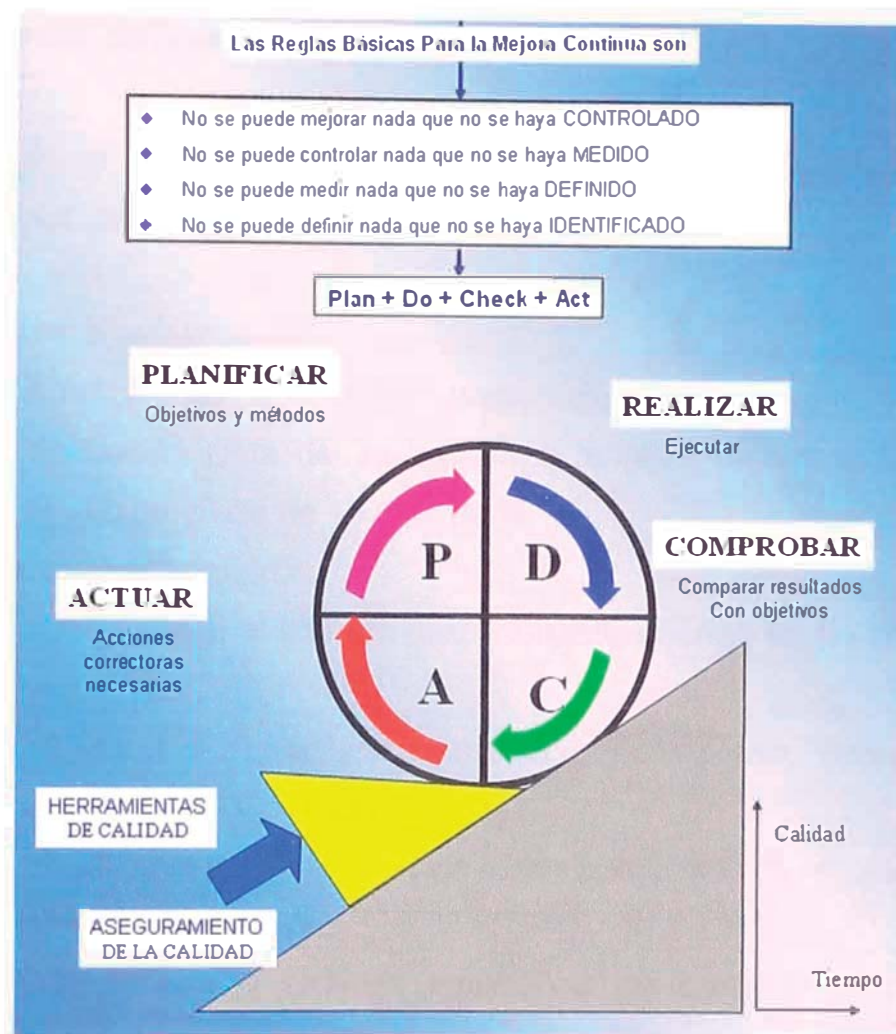
Criterios	Pesos	Alternativa N° 1		Alternativa N° 2	
	Ponderación	Peso	Puntaje	Peso	Puntaje
Visibilidad de tiempos	10%	2	0.2	5	0.5
Reducción de actividades	10%	3	0.3	5	0.5
Tiempo de implementación	40%	5	2	2	0.8
Costo de implementación	30%	5	1.5	2	0.6
TOTAL			4		2.4

3.4.2. Alternativa Elegida

De acuerdo al análisis de evaluación de criterios para la toma de decisión la alternativa seleccionada es la N° 1, por su tiempo de aplicación y costo en el mismo. Esta alternativa nos permitirá tener estados con un desfase del día anterior que nos permitirá controlar que los reclamos sean resueltos antes de los 30 días establecidos por las entidades reguladoras, así como también cumplir los tiempos meta de evaluación de siniestros propuestos por la compañía ante sus clientes.

Desarrollo de solución:

Con la finalidad de mejorar los procesos y materializar el conocimiento del potencial humano de compañía, se analizarán los procesos, levantando la información necesaria para el análisis de los procesos y así poder optimizar tiempos de atención. Asimismo, crear un procedimiento de control y monitoreo que nos permita dar seguimiento a los tiempos de atención. En ese sentido, se crearán indicadores para poder medir el desempeño del área. Por ello, para mejorar los procesos aplicaremos el ciclo de mejora PDCA (Plan, Do, Check, Act):



Fase 1: Planificar los objetivos de mejora de procesos, así como el planteo de indicadores y medir la manera en que se van a alcanzar las metas planteadas.

Fase 2: Ejecutar las actividades planificadas para la mejora del proceso y el control de tiempos de evaluación.

Fase 3: Comprobar la efectividad de las actividades de mejora, con el uso de los indicadores obtenidos y definidos en la Fase 1.

Fase 4: Actualizar la “nueva forma de hacer ocurrir el proceso” con las mejoras que hayan demostrado su efectividad.

Desarrollo de fases de mejora continua de procesos:

Fase 1: en esta etapa nos enfocaremos en la definición de objetivos de área:

En cuanto a la evaluación:

- Analizar las solicitudes presentadas para llegar a una conclusión justa de aceptación o rechazo de las solicitudes dentro del plazo de 15 días útiles.

En cuanto al seguimiento:

- Cumplir con el 95% de casos resueltos dentro de los tiempos estándares.
- Realizar el seguimiento a la emisión de cheques, peritajes, y envíos de documentos
- Realizar el seguimiento a los casos pendientes de requisitos

En cuanto a la información:

- Cumplir con el 95% de atención a las llamadas al call de Beneficios
- Cumplir con el 95% de consultas eSic respondidas dentro de los tiempos estándares.
- Generar reportes periódicos de gestión para las áreas que así lo requieran.

Asimismo, para el cumplimiento de los objetivos anteriores se plantean los siguientes indicadores:

- % de cartas de rechazo entregadas a tiempo
- % de cartas de requisitos entregadas a tiempo
- Cumplimiento de plazos en el ingreso de documentación.
- Cumplimiento en el plazo (analistas).
- Cumplimiento de casos pagados (4 días)

- Cumplimiento en la entrega de cartas de rechazo
- Cumplimiento en la entrega de cartas de requisito
- **Fase 2:** Las actividades que se realizarán, son el levantamiento de procesos identificando los procesos con riesgo y clasificando la información importante para determinar los parámetros que se tendrán en cuenta para hallar los indicadores.

A continuación la descripción general del procedimiento de evaluación de siniestros:

Proceso de ingreso de reclamos:

En la compañía existen diversos canales de atención donde el asegurado puede acercarse a solicitar una cobertura por la póliza que ha adquirido, estos dependen del tipo de pólizas que ofrece la compañía, por ejemplo:

Pólizas de desgravamen: para este tipo de pólizas los canales de atención son los mismos bancos donde el asegurado adquirió el crédito con la entidad financiera.

Pólizas de vida individual: estas son adquiridas a través de nuestra fuerza de ventas, constituido por los asesores de pólizas de Vida Individual y Accidentes personales. Estas solicitudes son a través de nuestras agencias de la compañía.

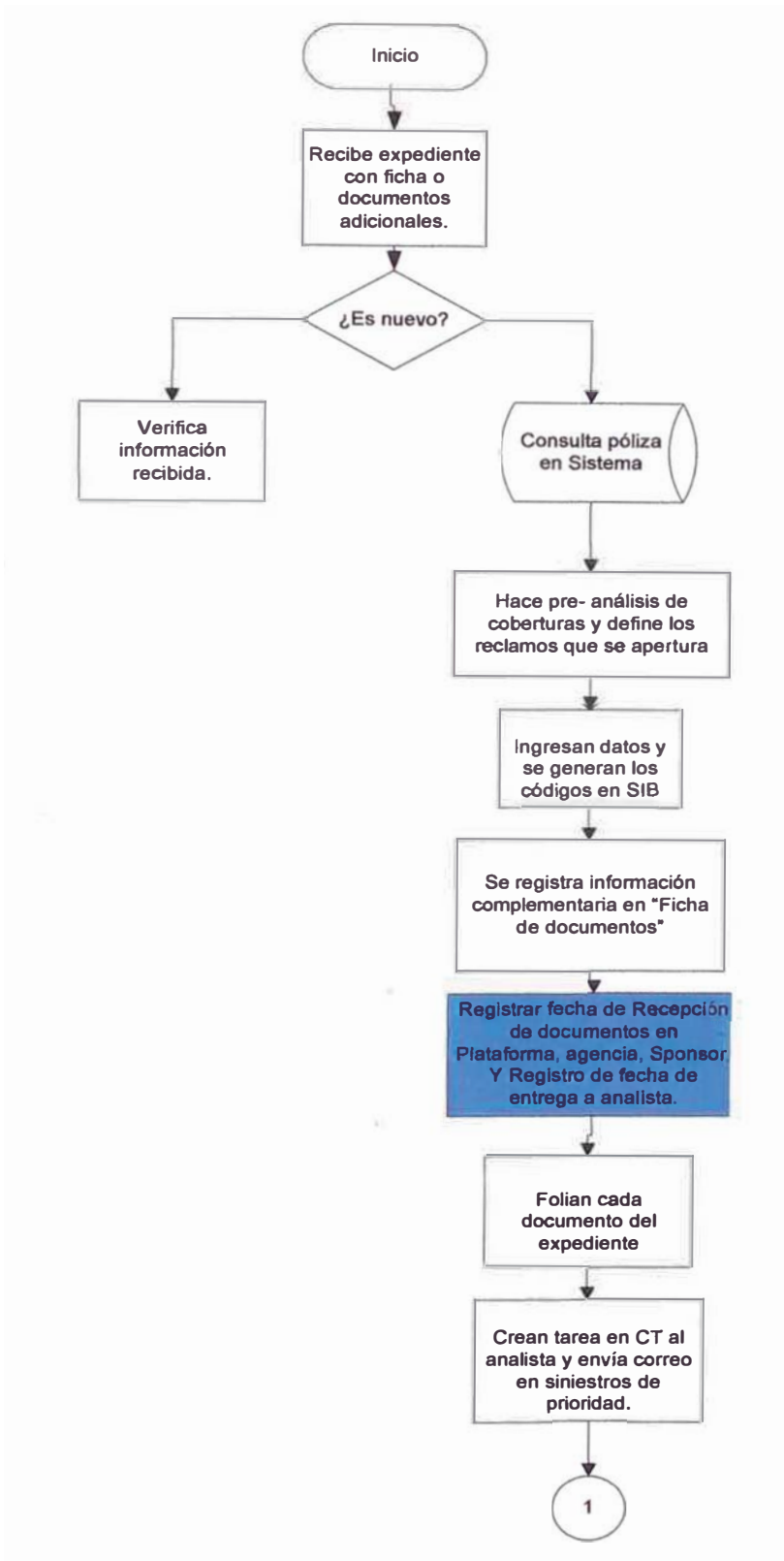
Pólizas grupales: generalmente están conformadas por pólizas de vida para instituciones educativas, estas son manejadas a través de bróker.

Canales alternativos: pólizas que se venden a través de convenios con entidades como Edelnor. Y otros que ya no son comercializadas actualmente pero aun se tienen asegurados a un grupo de personas.

Entonces las solicitudes son entregadas de estos canales de atención y son derivados a mesa de partes. Posteriormente, todos los siniestros pasan a un área de apoyo que se encarga de ingresar toda la información (póliza, asegurado, cobertura, digitalización de documento, fecha de ingreso de reclamo, etc). *Es aquí, donde se registraría la fecha de recepción del canal de atención.* (Como se resalta en el flujo de procesos)

Una vez registrada la información, es asignada a cada analista de acuerdo a la responsabilidad

A continuación el flujo de procesos de ingreso de reclamos



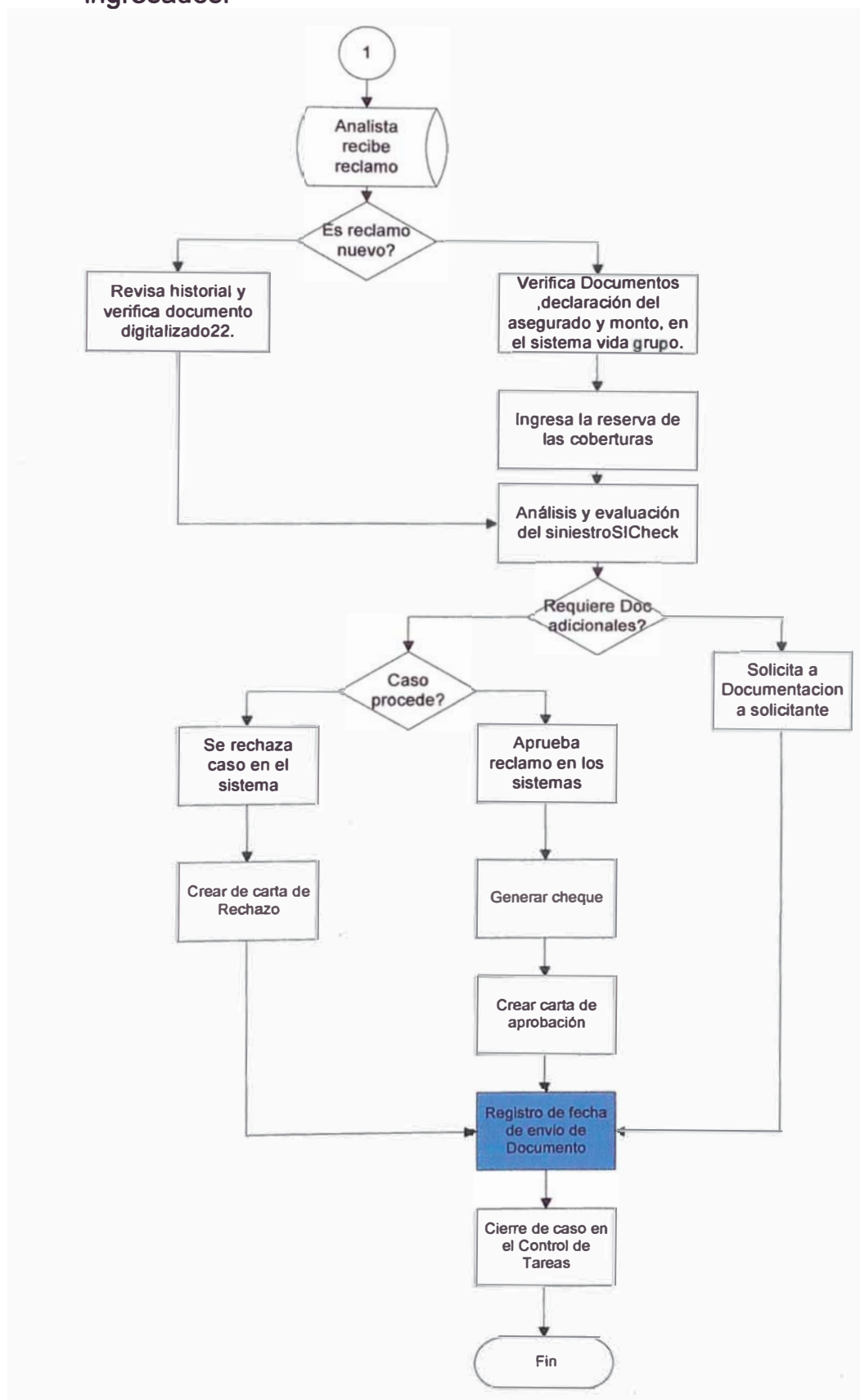
Cada analista de acuerdo a su responsabilidad es encargado de revisar si los tiempos de atención están dentro de los límites dados por las entidades reguladoras.

Se debe registrar y notificar para un mejor control de cada canal, comunicándolo con el personal responsable, considerándose como tiempo de envío 9 días útiles.

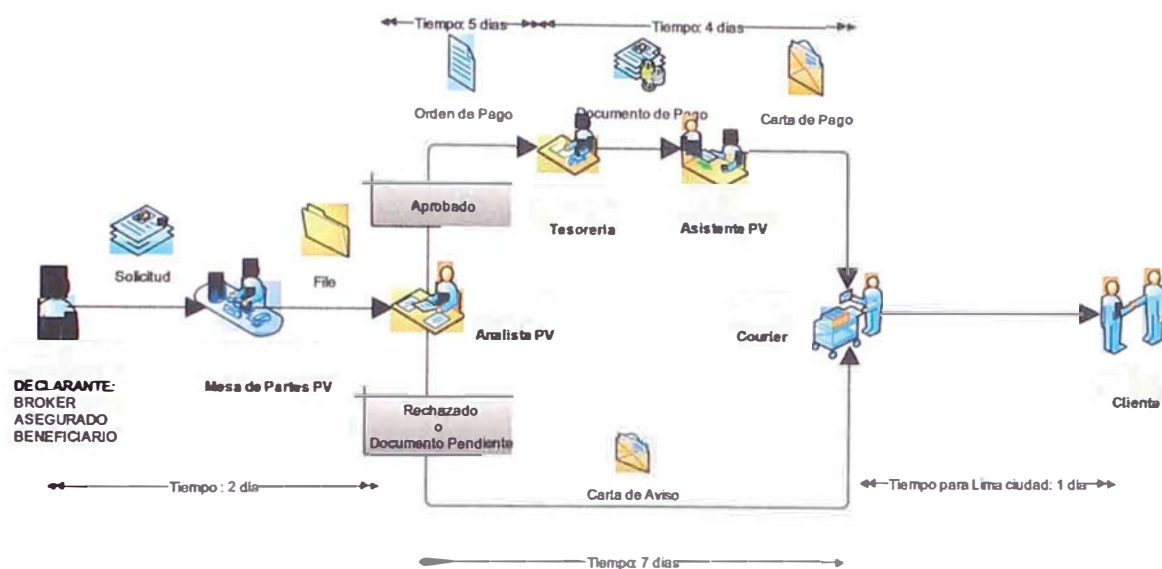
Asimismo, luego de la evaluación se envía una notificación de respuesta al reclamante. Posteriormente, es importante, hacer seguimiento a las notificaciones enviadas, tomando en cuenta la fecha de ingreso de reclamo en el canal de atención que se recibió la solicitud.

Es decir si se recibió una 20 de marzo la notificación, y la fecha de control es 15 de marzo y aun no se ha recibido la conformidad de entrega debe generarse una alerta para tomar acciones y enviar la comunicación con carácter de urgencia.

Proceso de evaluación y envío de notificación de Reclamos ingresados:



Fase 3: Comprobar la efectividad de las actividades de mejora se realizará con mayor detalle en el capítulo 4. En el análisis del beneficio oportunidad.



Proceso de ingreso de casos:

Es aquí donde se debe registrar la fecha en que la agencia, asesor, sponsor recibió la documentación (Fecha de Notificación.) y la fecha en la que es ingresado en el sistema, entendiéndose que también es el día en que el analista recibe la documentación (Fecha de registro) Es aquí donde empieza el proceso de monitoreo.

Se registra la siguiente información del sistema SIB:

Nº Rec.	Asegurado	Cobertura	Línea negocio	Nº Póliza	Fec.Reg	Fec.noti
24569	MAMANI PACORI, RODOLIO	Vida Principal	Vida Crédito	35854	06/05/2010	04/05/2010
24608	SICHA YUPANQUI, FLORENCIO	Vida Principal	Vida Crédito	35854	10/05/2010	10/05/2010
24809	HUERTA RIMACHI, JULIAN	Vida Principal	Vida Crédito	35854	28/05/2010	28/05/2010
24810	CAJUSOL GARCIA, CARLOS	Vida Principal	Vida Crédito	35854	28/05/2010	28/05/2010

A esta información se debe agregar una columna de **"días transcurridos"**, es ahí donde se controlara el tiempo de evaluación.

Procesos de Evaluación:

Este proceso básicamente es decidir si el caso tiene las siguientes alternativas de respuesta:

1. Rechazo

Si el caso no cumple con las condiciones expresadas en el contrato de la póliza de seguro el siniestro no tendría cobertura y lo que se hace es enviar un carta de rechazo.

2. Solicitud de requisitos adicionales.

Cuando la información que envían no es suficiente para emitir algún pronunciamiento, por ellos se solicita más documentación para la correcta evaluación del reclamo.

3. Aprobación

Si el caso de aprueba pasa por un proceso de generación de pago que puede ser mediante cheque o transferencia.

Actualmente, los analistas de evaluación usan un Access donde se cargan una lista de reclamos pendientes de su atención. Sin embargo, en el día a día sucede que se cierra un reclamo y se deja pendiente la elaboración de la carta.

Ante ello, para un mejor control, la propuesta dada cerrar la tarea una vez que la carta sea enviada a través de Courier. La dificultad es como ingresar esta información en el reporte.

Por ello, se realizará un registro con el número de correlativo con el que se contesta la carta. Entonces de la data anterior.

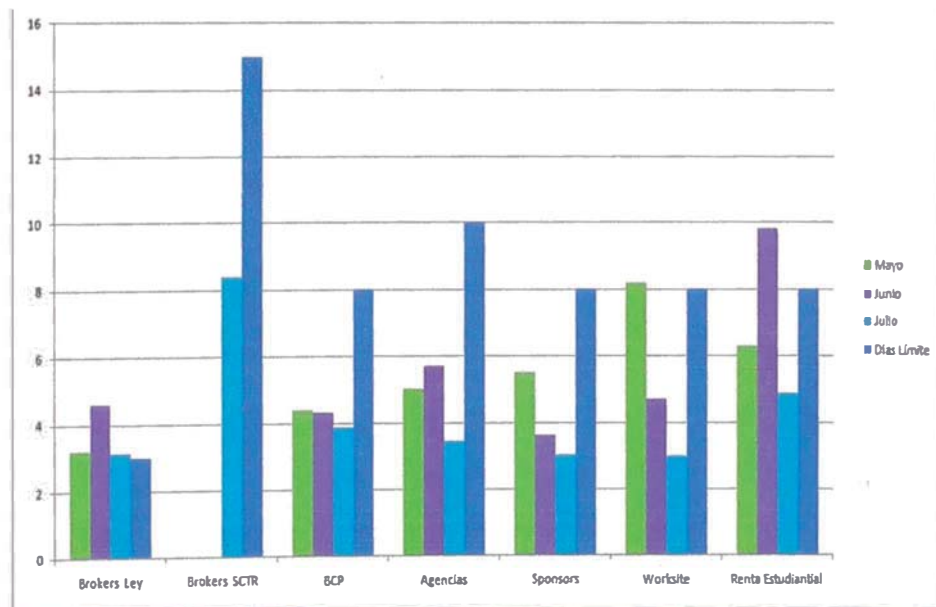
Nº	Asegurado	Cobertura	Línea Negocio	Nº Póliza	Fec.Reg		de Elaboración	
24569	MAMANI PACORI, RODOLFO	Vida Principal	Vida Crédito	35854	06/05/2010	04/05/2010		
24608	SICHA YUPANQUI, FLORENCO	Vida Principal	Vida Crédito	35854	10/05/2010	10/05/2010		
24809	HUERTA RIMACHI, JULIAN	Vida Principal	Vida Crédito	35854	28/05/2010	28/05/2010		
24810	CAJUSOL GARCIA, CARLOS	Vida Principal	Vida Crédito	35854	28/05/2010	28/05/2010		

Proceso de notificación:

Aquí es donde finaliza el proceso de control, ya que se debe hacer seguimiento a la entrega de la notificación. Asimismo, registrarse la fecha de la carta recibida, con esta fecha el estado de atención de reclamo sería Finalizado, con el indicador de de cumplimiento en días.

- **Fase 4:**

De acuerdo a las mejoras que se obtuvieron por el cambio organizacional ofrecido por la nueva gerencia se ha visto reflejado en el control de tiempos de evaluación como se muestra en la siguiente figura:



	Número Reclamos	Brokers Ley	Brokers SCTR	BCP	Agencias	Sponsors	Worksite	Renta Estudiantial
Días Límite	-	3	15	8	10	8	8	8
Mayo	757	3.2	-	4.4	5	5.5	8.2	6.3
Junio	569	4.6	-	4.3	5.7	3.6	4.7	9.8
Julio	596	3.1	8.4	3.9	3.4	3.0	3.0	4.9

Asimismo, se considero hacer una revisión de los casos históricos que quedaron en evaluación y no se ha continuado con el proceso,

generando las siguientes mejoras en el número de casos pendientes de evaluación.

Al cierre de febrero del 2012, se tomó una base histórica de **1,470 reclamos de Enero de 1999 a Noviembre del 2011** sin considerar SCTR ni Citibank. Se realizó el siguiente proceso:



- Como resultado, se obtuvo lo siguiente:

Línea Negocios	Stock Inicial Reclamos	Stock Actual Reclamos
Accidentes Personales	97	72
Vida Credito	579	449
Vida en Grupo Particular	526	400
Vida Individual	39	27
Vida Ley	229	156
Total	1470	1104

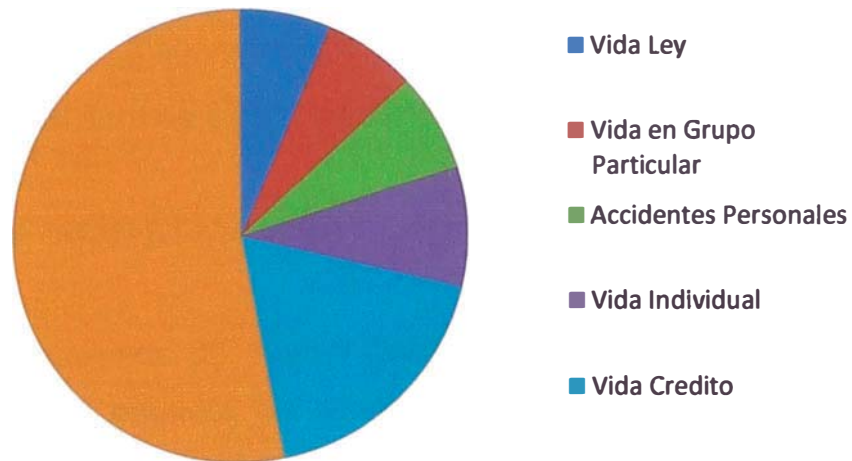
Respecto al seguimiento:

Se definirá un plan de acción para todos los reclamos pendientes de todas las líneas hasta el mes de febrero del 2012

Este plan se basará por línea de negocios, coberturas, monto reservado, y producto. Dicha base comprende:

Línea Negocios	Monto Reserva Bruta (\$)	Stock Actual Reclamos
Vida Ley	852,007	195
Vida en Grupo Particular	879,471	420
Accidentes Personales	927,218	81
Vida Individual	1,095,763	24
Vida Credito	2,411,950	503
SCTR	6,981,368	809
Total	13,147,777	2032

Monto Reserva \$



CAPITULO IV

4. ANALISIS BENEFICIO OPORTUNIDAD

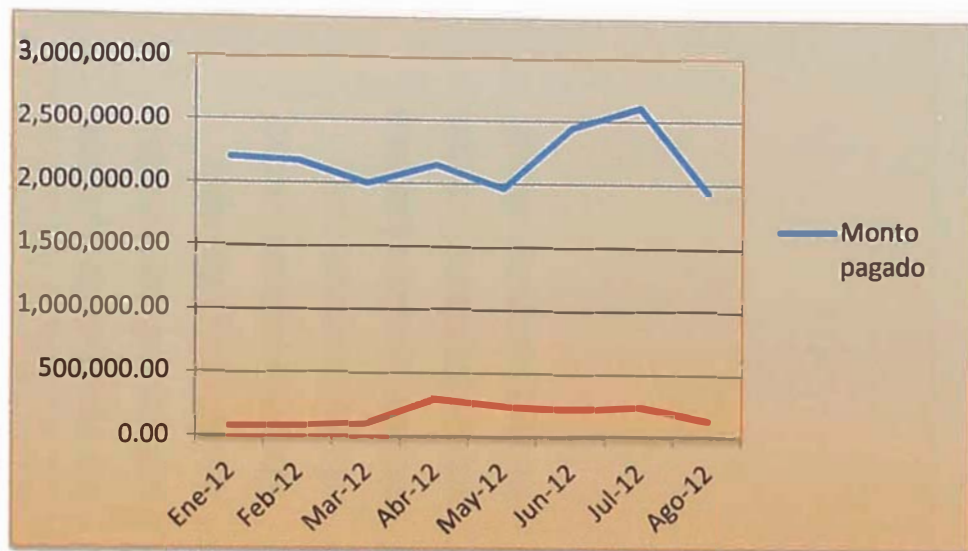
En este capítulo veremos el impacto económico que tendrá la propuesta de mejora de procesos en el control y seguimiento de siniestros ingresados, enfocándonos en el control de tiempos de la evaluación de siniestros ingresados en el área de beneficios de una empresa de seguros.

BENEFICIOS CUANTITATIVOS

A continuación vemos un cuadro ilustrativo, que nos muestra con líneas azules los montos pagados por mes durante 8 meses, los cuales ascienden en promedio a los 2 millones y medio de dólares. De los cuales un porcentaje de aproximadamente **10 por ciento** corresponde a siniestros que se pagaron debido a que el tiempo de atención excedió a 30 días.

Cabe resaltar que esta muestra corresponde antes de aplicar la propuesta de mejora. Asimismo, los montos mostrados no son exactos ya que la información de la compañía es confidencial.

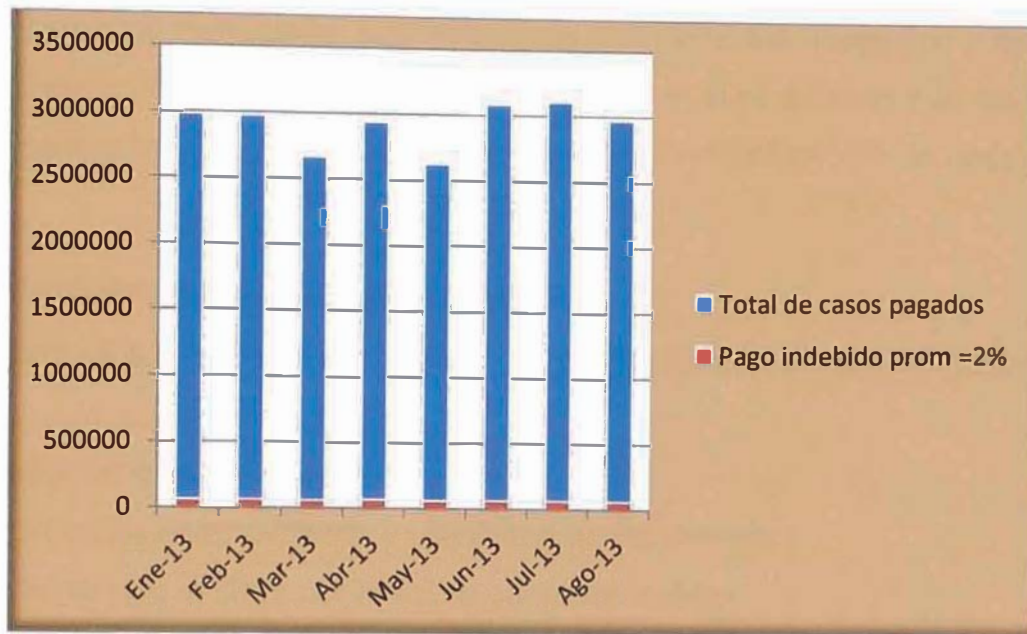
Como se muestra en la figura el 10% aproximadamente de los montos pagados corresponden a siniestros consentidos, se realizan por cada mes. Siendo en promedio para el periodo de enero 2012 a agosto 2012, el monto de 130 mil dólares americanos los que se podrían ahorrar. Este periodo es una muestra y referencial.



La línea en rojo corresponde al 10% de de pagos totales que se realizan por siniestros consentidos. Posteriormente, luego de la implementación del control y seguimiento vemos que el cambio es del 3% según los reportes en los periodos de inicios del 2013 a mediados del 2013.

Según la verificación de los controles la demora ya no era generada en el área de beneficios sino en los sponsor, agencias, bróker, y todos aquellos que forman parte de nuestros canales de atención. Por lo tanto, se ha retomado el ciclo de la mejora continua donde nos damos cuenta que es necesario contar con una capacitación en las fuentes para no truncar el proceso de evaluación de siniestros.

Por ello el cuadro para este año es el siguiente, donde el pago por caso en tiempo vencido en promedio representa el 2% del pago total



Luego de la aplicación de la mejora se muestra en el cuadro anterior que de 10% disminuyo en un 2% de casos totales en promedio. Es decir:

Columna1	Antes	Ahora	Futuro
Porcentaje	10%	2%	0.08%
Total de pérdida (MU)	300,000.00	60,000.00	2,400.00

Asimismo, se espera que para finales del 2014 no haya casos con pagos por excederse en el tiempo de respuesta, luego de las mejoras de procesos en los diferentes canales de atención. Las capacitaciones programadas para el personal para aumenta el entendimiento y visibilidad en los procesos que nos facilite la mejora de la eficiencia y la competitividad de la organización

Luego de la propuesta y mejor control de tiempos de evaluación se mostro un manejo efectivo tomando en cuenta los criterios de medición de indicadores de rendimiento. Lo que hizo que haya mejoras que se reflejaron directamente en los estados de cuenta.

Respecto a la revisión de siniestros históricos: se vio una mejora en cuanto a la reserva total existente que bajo en un 10% de casos ingresados por mes. Es decir, si en un mes ingresan 400 siniestros el 40 de ellos son casos que

siguen en evaluación. Los 360 casos son cerrados (pagados y rechazados) gracias a la ayuda de los procuradores y el staff externo que se tiene para realizar las diligencias correspondientes a la investigación de cada siniestro.

BENEFICIOS NO CUANTITATIVOS

Entre los beneficios mas vistos luego de la mejora se ven reflejados en:

Mejorar el clima laboral

Un mejor entendimiento y visibilidad en los procesos

Disminuye el stres por la sobre carga de trabajo

Se fideliza clientes, ya que la pronta atención a sus requerimientos están siendo atendidos en plazos cortos.

Menos quejas y reclamaciones y, en consecuencia, menores gastos ocasionados por su gestión.

Mejor imagen y reputación de la empresa.

Mejores relaciones internas entre el personal ya que todos trabajan, unificados, hacia un mismo fin.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Producto de la propuesta en la mejora en los procesos de evaluación en cuanto a los tiempos de atención transcurridos en la evaluación de un reclamo por el pago de un beneficio por la póliza de Seguro de vida. Luego de la ejecución de esta alternativa; a continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CONCLUSIONES:

De la implementación de la opción seleccionada, se concluye:

- El generar reportes usando la información adecuadamente, se pueden tener tiempo reales transcurridos lo que nos ayuda a cumplir con la misión del área que es “atender en forma oportuna”.
- El manejo de tiempos ahorraría a realizar pagos indebidos de un monto aproximado de 130 mil dólares por mes.
- El adecuado manejo de información puede llevar a brindarnos indicadores que nos ayudan a plantear mejoras de procesos específicos.
- Existen sistemas que actúan independientemente lo que trae como riesgo la desincronización de información, como consecuencia existe el riesgo de brindar mala información al cliente.

- Una adecuada gestión de envío de correspondencia ayuda a poder finalizar con éxito el proceso de evaluación; asimismo, ir de la mano con los objetivos y misión del área.
- Debido a las particularidades de los casos no se puede definir un procedimiento completo y específico; sin embargo se puede manejar como procedimientos que sirvan como pautas ante un vacío en el proceso.

RECOMENDACIONES:

Se realizan las siguientes recomendaciones:

- Para una mejor evaluación de los casos se recomendaría que se haya una persona que pueda apoyar en la evaluación del caso ya que existen etapas en la que aumenta la carga laboral.
- El definir procedimientos específicos para pólizas particulares, ayudaría a que el proceso sea continuo y no genere demoras en la evaluación.
- Es necesario realizar un mapeo de procesos y ver propuestas de mejora.
- Realizar capacitaciones continuas de los productos para poder analizar el contenido de las pólizas, ya que en varios casos el contenido no ha sido claro o genera dudas al evaluar los casos.
- Ante casos complejos y particulares se debe realizar una reunión de retroalimentación ya que la experiencia es una herramienta importante para los analistas.

BIBLIOGRAFIA

- Pagina web de la compañía: <http://www.pacificoseguros.com>: 2012
- Información interna de la compañía
- <http://www.ratingspcr.com/archi> :agosto 2012
- Memoria anual del 2011:
<http://www.pacificoseguros.com/site/Portals/0/documents/Memoria2011.pdf>
- http://es.wikipedia.org/wiki/Diagrama_de_Ishikawa
- http://www.ehowenespanol.com/mapas-procesos-negocio-como_65289/
2011
- <http://www.juntadeandalucia.es/servicios/madeja/contenido/procedimiento/28>
: Noviembre 2011.

GLOSARIO

DEFINICIONES

Accidente: Se entiende por accidente todo suceso todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del ASEGURADO, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes, que puedan ser determinados den una manera cierta.

Asegurado: Persona, titular del interés sobre cuyo riesgo se toma el seguro. En el sentido estricto, es la persona sobre la cual recae la cobertura del seguro.

Asegurador: Empresa que asume la cobertura del riesgo, previamente autorizada a operar como tal por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFPs (SBS).

Beneficiario: Persona natural o jurídica que adquiere, utiliza o disfruta los productos o servicios ofrecidos por la empresa aseguradora a cuyo favor se toma el seguro. Técnicamente se denomina así a la persona que ostenta el derecho a percibir la prestación indemnizatoria del Asegurador. En los casos en los cuales el asegurado no haya designado beneficiarios, se otorga dicha calidad a los herederos del asegurado, designados conforme a las reglas del Código Civil.

Capital asegurado: También llamado Beneficio o Suma Asegurada, es el importe que será pagado por la compañía al contratante, en caso de siniestro bajo los términos de la póliza.

Contrato de Seguro: Contrato por el cual el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima a abonar, dentro de los límites pactados, un capital u otras prestaciones convenidas, en caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. El seguro brinda protección frente a un daño inevitable e imprevisto, tratando de reparar materialmente, en parte o en su totalidad las consecuencias. El seguro no evita el riesgo, resarce al asegurado en la medida de lo convenido, de los efectos dañosos que el siniestro provoca.

Contratante: Es la persona o entidad que suscribe la póliza con la compañía de seguros y la obligada al pago de la prima.

Endoso: Es el acuerdo mediante el cual se modifica, aclara o deja sin efecto parte del contenido de las condiciones generales o particulares de la póliza.

Exclusiones: Se refiere a todas las condiciones no cubiertas bajo ninguna circunstancia y que se encuentran expresamente indicadas en las condiciones generales.

Muerte Natural: Es el deceso del ASEGURADO por cualquier causa con excepción de lo indicado en Muerte Accidental.

Muerte Accidental: Se entiende por muerte accidental aquella producida por la acción imprevista, fortuita y/u ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta.

Prima: Es el valor determinado por la compañía de seguros como contraprestación por la cobertura de seguro contratada. Es el monto que se encuentra a cargo del Asegurado en caso de producirse el siniestro.

Póliza de seguro: Documento en el que consta el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, particulares, especiales, cláusulas adicionales, endosos, así como los documentos que contienen declaraciones efectuadas por el contratante o asegurado, con ocasión de la contratación del seguro.

Riesgo: Probabilidad de ocurrencia de un siniestro. Es la posibilidad de que la persona o bien asegurado sufra el siniestro previsto en las condiciones de póliza.

Seguro de Vida en Grupo: Seguro de protección a un grupo durante un periodo específico.

Siniestro: Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, a consecuencia de la cual, se producen daños cuya indemnización está garantizada por el contrato de seguro, motivando que la aseguradora satisfaga total o parcialmente al asegurado o a sus beneficiarios, el monto del capital asegurado.