

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña

Facultad de Ciencias y Tecnología

Escuela de Ingeniería Industrial

“PROYECTO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS PROCESOS
DE SUSCRIPCIÓN Y RECLAMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SALUD
INTERNACIONAL DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS INTERSALUD”



TRABAJO DE GRADO PRESENTADO POR: **DARLY ALTAGRACIA SOLIS ÁNGELES**
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE: **INGENIERO INDUSTRIAL**

SANTO DOMINGO, D. N.
16 DE SEPTIEMBRE DEL 2003

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	iii
INTRODUCCION	1
Capítulo I: Generalidades	
1.1 Justificación	2
1.2 Motivación	3
1.3 Objetivo General	4
1.4 Objetivos Específicos	4
Capítulo II: Marco Conceptual	
2.1 Antecedentes del Problema	5
2.2 Importancia del Problema	5
2.3 Planteamiento del Problema	6
2.3.1 Alcances y Límites	7
2.3.2 Formulación del Problema	8

Capítulo III: Compañía de Seguros InterSalud

3.1 La Empresa	9
3.1.1 Historia de la Compañía	9
3.1.2 Alianza Estratégica con Reasegurador que Soporta La Cartera de Salud Internacional.	10
3.2 Departamento de Salud Internacional	12
3.2.1 Organigrama	12
3.2.2 Planes del Departamento de Salud Internacional	13

Capítulo IV: Marco Teórico

4.1 Definiciones de Seguro	17
4.2 Mejoramiento Continuo	18
4.2.1 Conceptos	18
4.2.2 Importancia del Mejoramiento Continuo	19
4.2.3 Ventajas y Desventajas del Mejoramiento	20
4.2.4 El Proceso de Mejoramiento	21
4.2.5 Mejoramiento Continuo en los Procesos	22
4.3 Técnicas y Herramientas	23
4.3.1 Diagrama de Flujo	23
4.3.2 Brainstorming	25
4.3.3 Diagrama de Afinidad	27
4.3.4 Diagrama Causa – Efecto	30
4.3.5 Técnica de los 5 por que's	32
4.3.6 Ciclo PHVA	33

4.4 Manuales	36
4.4.1 Ventajas de la Disposición y Uso de Manuales	37
4.4.2 Limitaciones de los Manuales	39
4.4.3 Clasificación de Manuales	40
4.4.4 Partes Componentes de un Manual	40
4.5 Manual de Procedimiento	42
4.5.1 Utilidades del Manual de Procedimiento	42
4.5.2 Conformación del Manual	43

Capítulo V: Marco Metodológico

5.1 Pasos a Seguir en el Mejoramiento Continuo	48
5.2 Preparación del Manual	51
5.2.1 Fuentes de Información	52
5.2.2 Método de Investigación	54
5.2.3 Preparación de la Propuesta	61
5.2.4 Formulación de Recomendaciones	63
5.2.5 Presentación del Proyecto a las Autoridades	64

Capítulo VI: Trabajo de Campo

6.1 Ciclo PHVA - Planear	65
6.1.1 Definición del Proyecto	65
6.1.2 Situación Actual	68
6.1.3 Políticas de Servicios	72

6.1.4 Representación de los Datos	73
6.1.5 Determinar las Posibles Causas de los Retrasos de los Procesos	78
6.2 Ciclo PHVA – Hacer	87
6.2.1 Comunicar las Acciones Establecidas	87
6.2.2 Proporcionar Educación y Entrenamiento	88
6.2.3 Ejecución de las Acciones Establecidas	90
6.3 Ciclo PHVA – Verificar	113
6.3.1 Tiempos	113
6.4 Ciclo PHVA – Actuar	115
6.5 Preparación del Manual de Procedimientos	116
6.5.1 Presentación del Proyecto a las Autoridades	118
CONCLUSIONES	119
RECOMENDACIONES	121
BIBLIOGRAFÍA	122
ANEXOS	123

DEDICATORIA

*“No basta saber, se debe también aplicar.
No es suficiente querer, se debe también hacer”.*

Goethe, Johann Wolfgang von

Por ti, que me ayudaste a llegar, que me acompañabas en mis largas noches, que me brindabas las fuerzas para seguir adelante y la confianza para poder buscarte cuando necesitaba conversar con alguien, DIOS GRACIAS por ser la luz en mi camino y estar siempre conmigo.

A mi padre, José Solís, mi cuquito bello o te puedo decir “colega”, son muchas las cosas que he aprendido de ti, me enseñaste a ser firmes en mis decisiones a saber luchar por lo que se quiere, a no detenerme y a seguir adelante. Fue importante para mí seguir tus pasos y que puedas ver hoy que lo he logrado.

A mi madre, Carmen Ángeles, que bonito es llegar y tener con quien celebrar, reír y hasta llorar, que bello es poder mirar atrás y poder recordar tus palabras de siempre “Mi única herencia es brindarte todo lo necesario para que puedas estudiar y ser una profesional”. Por que eres mi ejemplo a seguir y mi mayor orgullo; este gran sueño contigo lo quiero compartir.

A mi hermana, Ilka Solís, para mí es honor poder añadir más felicidad a tu vida, con la entrega de este proyecto, ya que la satisfacción y la alegría de ser madre no se puede comparar. Gracias por estar conmigo siempre y FELICIDADES!!!!

A mi hermano, Jonathan Solís, bueno arquitecto!!. Aquí estamos, en la misma vía. Te agradezco en el alma tu confianza, amistad, silencio y atención. El hecho de que siempre creas en mis acciones me da la confianza para seguir adelante, gracias por estar en las buenas y en las malas.

A mi hermano, Joel Solís, es increíble la satisfacción que se siente cuando escribes estas líneas, te invito a que me sigas, porque se que eres bueno, inteligente, bello y sexy ;) . Gracias por entenderme y ayudarme a seguir. Te quiero y te adoro.

“Lo que sorprende, sorprende una vez, pero lo que es admirable lo es más cuanto más se admira”. Admiro tu inteligencia, alegría, dedicación y todo lo que haces por mi. Por tu gran apoyo, paciencia y comprensión. Porque has sido mi guía y de tu mano he llegado a mi Norte.

A Laisa, por los buenos tiempos, por los recuerdos, por aguantar mis malos ratos, por estar siempre ahí..... en mi memoria.

A todos los AMO, y toda esta alegría no es lo mismo, si no los tengo a ustedes para compartirla.

AGRADECIMIENTOS

*“La clave del éxito,
es el movimiento correcto”.*

Al Ing. José Guillén, por ayudarme a cumplir con este gran sueño, por su guía y orientación, por estar disponible y pendiente de mis avances.

Al Ing. Núñez, porque siempre ha sido nuestro apoyo, porque aunque no lo vemos a diario en las aulas sabemos donde esta y que podemos contar con él.

Al Ing. Víctor García, porque siempre estuvo presente en los momentos malos y buenos, por la sinceridad y por su ayuda de siempre.

A los Sres. Elías Pacheco y Reyna Díaz, por permitirme involucrarme en este gran proyecto y por el gran apoyo ofrecido, dentro y fuera de la institución. Gracias por creer en mi, y brindarme todas las herramientas necesaria para alcanzar mi sueño.

A todos los integrantes del departamento de operaciones, al Sr. Denis Lisandro, Amanda, Javier, Joam, Francisco y Missael, muchísimas gracias por apoyarme, entenderme y brindarme todo su apoyo.

A Jennia, Wilfredo, Dr. Montero, Brennys, Diomedes, por su dedicación y esfuerzo en el logro de los objetivos del proyecto.

A Luatany, Mónica y Ginee por estar pendiente y por los buenos recuerdos.

A mis amigas, Luisa y Yina, porque nuestra amistad no depende de la distancia ni del tiempo.

A mis compañeros, Geisel, José, Farid, Evelyn, Napo, Patricio, Alejandro y a todos aquellos que estuvieron presente en estos cuatro años.

A los que están cerca, mi tia, Teo, Gorky, Dulce, José Miguel, Flia. Pimentel, Yanet, Flia. Guzmán, Dalma y Ramonita, a todos ustedes gracias, por que son mi diario vivir, están pendientes de mis avances y me dan ánimos para seguir.

A los que están lejos, a Vilma², Juan Julio² y Edward, porque a pesar de la distancia el cariño es el mismo.

Gracias a todos ustedes, por estar presente en este gran sueño.

INTRODUCCION

La globalización, la competitividad y la excelencia de una organización son los tópicos más sobresalientes de estos últimos tiempos, se trata del entorno del siglo XXI. Estos existen paralelamente a una realidad concreta y preocupante, cuya característica principal describe crisis en diversas áreas específicas en lo que respecta a economía política y finanzas.

Hoy por hoy ser competitivo y alcanzar la excelencia más que un reto, es una necesidad. Hoy cuando el fenómeno de la inflación a causado estragos en muchas economías del mundo, cuando cada vez resulta más costoso crear y formar para las instituciones productos y servicios de buena calidad, es cuando estas instituciones están obligadas a optimizar sus procesos y a minimizar sus costos.

Las necesidades han aumentado en los últimos años y es preciso lograr adecuar el funcionamiento de las operaciones del Departamento de Salud Internacional; para ello es necesario evaluar el proceso actual, ya que desde hace algún tiempo no se adecuan a los nuevos requerimientos, en consecuencia en la actualidad el departamento no cuenta con un adecuado sistema de las operaciones, que logre agilizar los procesos para así disminuir los tiempos de emisiones de pólizas y los pagos de las reclamaciones. En estos momentos el mismo personal se da cuenta que es necesario un cambio para adecuar los procesos a los nuevos tiempos, y así lograr el propósito de la institución que es el de ser el mejor proveedor de servicios en al área de seguros de salud de República Dominicana.

CAPITULO I: GENERALIDADES

En estos momentos de crisis económica, es cuando las organizaciones tienen que poner en marcha todas las habilidades técnicas para lograr soportar la recesión económica que nos afecta a todos. La Compañía de Seguros InterSalud no escapa a esta crisis, por lo que la gerencia debe comprometerse a lograr cambios en la institución y revisar a fondo cual departamento no cumple los objetivos, es obvio que los departamentos que no alcanzan sus metas afectan en grado sustancial la posición actual de la compañía en el mercado en todos los niveles, por tanto, todos los departamentos tienen que velar por el aprovechamiento máximo de los tiempos y de sus recursos.

1.1 Justificación.

Trabajar en una compañía de seguros te permite conocer de manera más amplia la necesidad de cuidar tu salud y la protección de tu familia, te das cuenta de la importancia de ofrecer un servicio de calidad, eficacia y rapidez a los clientes.

Observando en las diferentes áreas de la compañía pude notar que el departamento de Salud Internacional presenta problemas de organización y control en el área y un tiempo de respuesta en las emisiones y pagos de las reclamaciones no competitivo; En consecuencia surgió la idea de realizar un

levantamiento de los procesos del departamento que nos permitiera conocer las funciones específicas de cada uno de los integrantes y proponer las mejoras correspondientes para el mejor funcionamiento de las actividades que se realizan, culminando este análisis con la documentación (Manual) de las mejoras propuestas.

Para la realización e investigación de los procesos se estudiarán los métodos utilizados actualmente y las funciones departamentales establecidas.

1.2 Motivación.

Formar parte de la compañía InterSalud, nos despierta el deseo de participar activamente en la consecución de las metas y objetivos, que permitan hacer de esta institución la mejor y más eficiente en su campo de acción. En esta organización como en todo sistema existe interdependencia entre cada uno de los elementos que la componen, cuando notamos que uno de estos elementos deja de ser eficiente nos preguntamos ¿ Que sucede con el resto de ellos?. Es nuestro interés abordar los procesos del Departamento de Salud Internacional y evaluar la posibilidad de optimizarlo, considerando nuestro alcance y oportunidad para ello, este sería nuestro principal aporte para la "Compañía de Seguros InterSalud".

1.3 Objetivo General.

Realizar un análisis de los procesos de suscripción y reclamación para lograr la organización y el desarrollo óptimo de sus funciones, a fin de mejorar el servicio que se ofrece a los clientes. Detallando cada procedimiento desde que se inicia la recepción de los documentos hasta la emisión y entrega de la póliza, en caso de suscripción o hasta el pago del reclamo, en caso de siniestro.

1.4 Objetivos Específicos.

- Establecer las políticas de servicios.
- Determinar las posibles causas que originan los retrasos en las emisiones y en las reclamaciones.
- Elaborar los cambios necesarios en los procedimientos actuales para mejorar el funcionamiento de los mismos.
- Diseño de los flujos gramas de los procesos propuestos.
- Rediseñar y elaborar la documentación necesaria para agilizar los procesos.
- Elaboración del Manual de Procedimiento.

CAPITULO II: MARCO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes del Problema.

El Departamento de Salud Internacional de la compañía InterSalud viene ofreciendo los servicios médicos internacionales a la población dominicana desde hace 15 años, mediante una alianza estratégica con un proveedor internacional, líder mundial en beneficios y cuidados médicos.

Este departamento que mantuvo su excelencia en el servicio, experimentó un gran crecimiento que no tenía proyectado en el corto plazo, originando una desmejora en el servicio que venía ofreciendo a sus clientes, afectando los procesos de emisión, reclamación y mantenimiento de cartera, lo cual ocasionó un descontento en sus clientes y a puesto en atención a la administración del departamento.

2.2 Importancia del problema.

Dado que la emisión de pólizas para el Seguro Internacional requiere tanto de la evaluación de la empresa como del Proveedor Internacional, y en vista que no podemos influir en sus tiempos de respuestas, se hacen necesarios los análisis de los procesos internos, tanto de solicitud y recolección

como de evaluación y envío de información, con el propósito de eficientizarlos a fin de lograr tiempos de emisiones más adaptados a las necesidades de la empresa que le permitan lograr mayor participación de mercado siendo el mejor proveedor de servicios en la República Dominicana.

Contar con un manual de procedimiento de los nuevos procesos, no solo representa una manera ordenada de recopilar el material de trabajo, sino que la uniformidad de los procedimientos y los instructivos les proporciona una cualidad singular, una calidad propia que los hace prácticos.

En ciertos casos, lo importante no es cómo elaborar el manual de procedimientos, sino primeramente identificar cuántos y cuáles van a ser los procedimientos contenidos en ese manual, de acuerdo a las nuevas modificaciones que se presentaran para las mejoras de los procesos. Para esto, será importante iniciar un análisis del procedimiento actual, que nos permita crear los flujo gramas de las actividades por proceso, mostrando así su secuencia, continuidad, estabilidad y proceso interno (diseño, operaciones, mejoras para el flujo de las actividades, pruebas y capacitación).

2.3 Planteamiento del problema.

Para obtener un planteamiento claro, preciso y bien definido, se determinarán cuales son los alcances del proyecto y las limitaciones del mismo.

2.3.1 Alcances y Límites.

El proyecto busca alcanzar la optimización de los procesos de suscripción y reclamación del departamento de salud internacional, utilizando las herramientas de mejoramiento continuo.

Concluido el proyecto y realizadas las modificaciones de los procesos, se presentará a la administración una propuesta del manual de procedimiento con las nuevas funciones, a fin que el departamento pueda contar con un instructivo para la orientación y ejecución de las nuevas operaciones, la propuesta del manual abarca desde la recepción de la correspondencia hasta la emisión de la póliza y el pago de las reclamaciones. En estos puntos intervienen factores como:

- Recepción de correspondencia
- Asignación de responsabilidades
- Análisis de los procesos (Suscripción y Reclamación)
- Flujo gramas de los procesos (Suscripción y Reclamación)
- Sistematización de los procesos

Las limitaciones que presenta el estudio son principalmente, la forma en que se puede recabar la información para la creación del modelo apropiado para la mejora de eficiencia, ya que son muchos los aspectos que se tienen que tomar en cuenta.

Es necesario que exista una guía práctica que oriente en forma específica a los responsables de optimizar los procesos, la eficiencia del departamento y reducción de tiempos de respuestas.

2.3.2 Formulación del Problema.

Realizar un análisis que permita conocer los procesos, a fin de controlar con eficiencia y facilidad el desarrollo de los procesos de suscripción y reclamación, buscando mantener e incentivar la demanda del producto de salud internacional en la República Dominicana, brindando a los clientes la oportunidad de ser atendidos en cualquier parte del mundo en caso de enfermedad o accidente.

Una vez alcanzado el buen funcionamiento de los procesos, se documentará en un manual de procedimientos que sirva de soporte para el control y seguimiento de los mismos.

Este proyecto se plantea con las siguientes interrogantes:

- 1- ¿Cuáles son las causas de los retrasos en el proceso de emisión?
- 2- ¿Cuál es el sistema de control actual para los procesos?
- 3- ¿Qué sistema es el utilizado para la recolección de información?
- 4- ¿Cómo mejorar el tiempo de emisión de pólizas?
- 5- ¿Cómo mejorar el tiempo de respuesta en el manejo de las reclamaciones y en el pago de las mismas?

CAPITULO III: COMPAÑÍA DE SEGUROS INTERSALUD

3.1 La Empresa.

3.1.1 Historia de la Compañía

Fue legalmente constituida el día 9 de Mayo de 1974, como una empresa filial de la B.Preetzmann Aggerholm. Estuvo ubicada desde sus inicios en la calle El Conde # 420 y en la Avenida Bolívar # 35.

Debido al crecimiento que experimentó en ese entonces, fue necesaria la construcción de un moderno edificio donde está su sede principal, en la Avenida Máximo Gómez, en Santo Domingo.

Desde su fundación InterSalud ha logrado un marcado crecimiento que le ha permitido convertirse en la empresa aseguradora más grande de la República Dominicana. Contamos con el apoyo de reaseguradores de primer orden en los mercados europeos, americanos y japonés, utilizando también los servicios de los más importantes corredores de reaseguros.

Actualmente esta empresa cuenta con la red de mercadeo más grande del sector asegurador dominicano y brindamos nuestros servicios de manera directa así como a través de corredores de seguros y agentes de ventas en todo el país.

Para el desarrollo de nuestras actividades operacionales, contamos con un personal altamente calificado. Nuestro personal profesional se mantiene actualizado de manera permanente con relación a los avances e innovaciones del negocio asegurador gracias a nuestro ininterrumpido programa de entrenamiento especializado local e internacional.

Además, con el propósito de proteger y beneficiar óptimamente a nuestros clientes y relacionados, y conscientes de que somos esencialmente una empresa de servicio, hemos dedicado grandes esfuerzos al desarrollo de la informática como herramienta de gran utilidad en nuestra actividad empresarial.

Cuanto antecede, ha posibilitado que InterSalud pueda atender cualquier requerimiento de nuestros clientes y relacionados, en el menor tiempo posible, a la vez que utilizamos nuestra base de datos como herramienta estadística para evaluar y mejorar en forma continua los servicios hasta obtener la calidad total de los mismos

3.1.2 Alianza Estratégica con El Reasegurador que Soporta La Cartera de Salud Internacional.

Hace quince años comprobamos que las alianzas conducen al éxito; debido a esto fuimos la primera compañía aseguradora en República Dominicana en buscar una integración internacional que garantice que nuestro servicio sea de calidad mundial. Es por ello, que en la Compañía de Seguros InterSalud nos sentimos muy orgullosos de nuestra alianza estratégica con Aetna Global Benefits (Desde 1988).

Esta alianza fortalece aun más nuestra competitividad y capacidad de enfrentar con éxito los compromisos que nos impone la globalización, y nos brinda la oportunidad a todo el mercado dominicano de acceder a los servicios de seguros que sólo una empresa líder, como Aetna Global Benefits, puede ofrecer. El valor agregado que logramos nos garantiza el estar a la vanguardia del mercado asegurador dominicano y una eventual expansión al mercado internacional.

De la fuerza de estas empresas nace el Seguro Médico Internacional, dotado con toda la capacidad para hacerle frente a los retos del futuro. Unimos las fortalezas de un equipo profesional local con la experiencia, tecnología y capacidades de la empresa líder en el mercado estadounidense, y una de las principales a nivel mundial.

La misión de Aetna Global Benefits es proporcionar “Un servicio de calidad mundial, a cualquier hora, todos los días”, como una compañía orientada hacia el cliente, con responsabilidad social y utilizando la mejor tecnología disponible.

Aetna Global Benefits promulga atención focalizada a las necesidades de sus clientes, el trabajo en equipos multidisciplinarios, y el énfasis en el desarrollo continuo de recurso humano y sistemas. Exalta los valores de atención personalizada al público, solidaridad con su personal, y atención a la transformación interna vía tecnología aplicada.

Aetna Global Benefits fue fundada en 1853 en Hartford, Connecticut, EE.UU. En la actualidad cuenta con mas de 30 millones de personas aseguradas en todo el mundo. Es líder mundial en beneficios y cuidados médicos; Por su experiencia global, portafolio completo de productos, servicio

de clase mundial, incomparable retención y entera satisfacción del cliente, además de contar con una unidad dedicada al servicio del proveedor internacional.

Sus productos incluyen: Seguros de Salud, Seguros de Vida, Administración de Beneficios, Productos de Información de Salud, Seguros de Incapacidad, entre otros.

Cuenta con más de 500,000 proveedores afiliados, quienes ofrecen los servicios de renombrados profesionales de la medicina, así como los más equipados y modernos centros de servicios hospitalarios y laboratorios clínicos diseminados en 50 de los estados de los Estados Unidos de Norteamérica y más de 30 países alrededor del mundo, entre ellos: Brasil, Chile, China, Colombia, Costa Rica, México, El Salvador, Italia, Guatemala, Grecia, Paraguay, Honduras, Alemania, Suiza, Perú, India, entre otros.

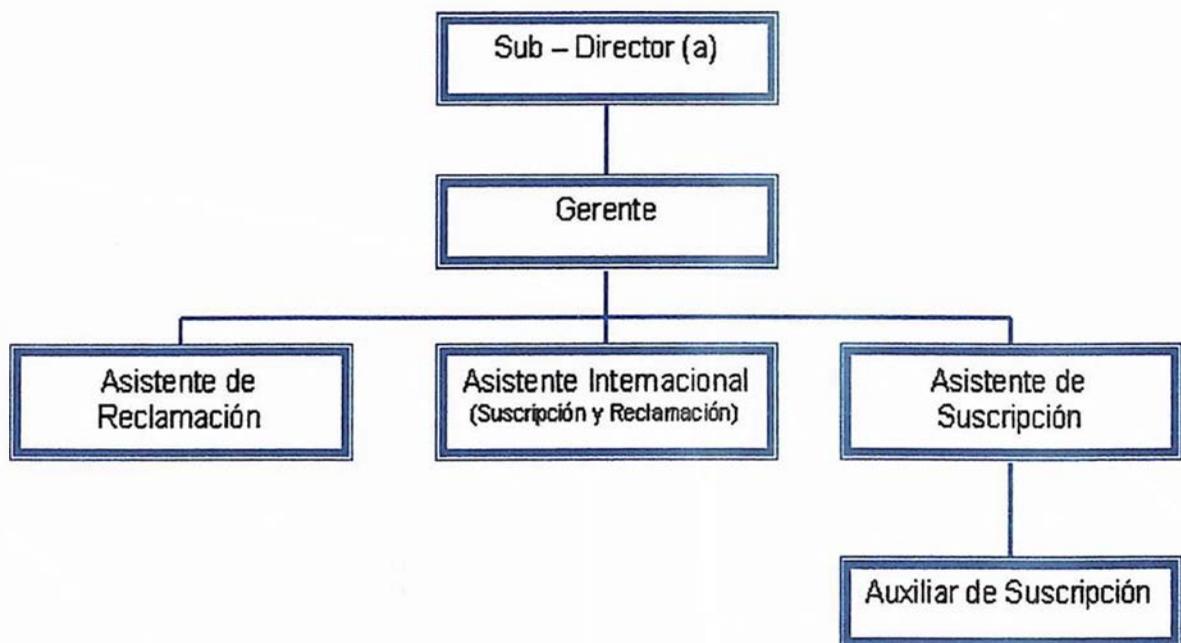
3.2 Departamento de Salud Internacional.

3.2.1 Organigrama.

El departamento de salud internacional, es dirigido por la sub-dirección del departamento, seguido por la gerencia, la cual cuenta con; el asistente internacional que trabaja las suscripciones y las reclamaciones de un grupo de pólizas específicas que se trabajan de forma manual, ya que no están incluidas

en el sistema, seguido por el asistente de reclamaciones que trabaja las reclamaciones locales e internacionales, el asistente y el auxiliar de suscripción que llevan a cabo las emisiones y el movimiento de la cartera. (Ver Fig. 1)

Fig. 1 Organigrama del Departamento de Salud Internacional



3.2.2 Planes del Departamento de Salud Internacional

3.2.2.1 Seguro Médico Internacional

Es un plan de seguros familiares y colectivos con cobertura de gastos médicos, gastos médicos mayores en el extranjero y de hospitalización en República Dominicana, diseñado especialmente para cubrir una necesidad del mercado. Este plan cuenta con el respaldo de la prestigiosa firma

reaseguradora “Aetna Life and Casualty”, mejor conocida como Aetna Global Benefits quien tiene más de 30 años de experiencia en el manejo de seguros internacionales.

3.2.2.2 Tabla de Requisitos de Asegurabilidad para el Seguro Médico Internacional.

De acuerdo a la edad del cliente y al plan que solicite, los documentos y análisis médicos que deben presentar son los siguientes:

Edad	Pólizas Corporativas
Hasta 54 años	SM
De 55 años en adelante	B

Edad	Pólizas Familiares
Hasta 54 años	A
De 55 años en adelante	B

Definiciones:

SM = Solicitud de Seguro Médico Internacional

A = SM, Examen Médico, Análisis Químico y Microscópico de Orina.

B = SM, Examen Médico, Análisis Químico y Microscópico de Orina, Electrocardiograma de Esfuerzo (Protocolo Bruce), Química Sanguínea.

La compañía es responsable sólo del costo del examen médico y las pruebas de laboratorio, ya que estas se realizan en el departamento médico de la compañía.

3.2.2.3 Elegibilidad para Ingresar en el Seguro Familiar:

Será elegible todo aquel solicitante:

- Cuya edad sea menor de 70 años
- Que resida en República Dominicana

Para un seguro familiar el cabeza de la familia se define como aquel que tenga mayor edad en la pareja.

3.2.2.4 Empleados Elegibles para Ingresar en el Seguro Colectivo:

Todos los empleados del patrono:

- Si es un empleado permanente que trabaja jornada completa para un patrono participante de este plan.
- Que resida en República Dominicana.
- Cuya edad sea menor de 70 años.

3.2.2.5 Beneficios de la Red de Proveedores Preferidos:

- Consultas médicas (no quirúrgicas) en el consultorio médico, el asegurado solo pagará US \$25 directamente al médico.
- Proceso de reclamación más rápido, ya que el proveedor envía la reclamación directamente a Aetna.
- En internamientos, el proveedor inicia el proceso de pre-certificación.
- Deducibles y límites de coaseguro más bajos.

*Ver detalle de los planes (Anexos, Cuadro 1)

CAPITULO IV: MARCO TEORICO

4.1 Definiciones de Seguro.

Es un contrato en virtud del cual, una parte (el asegurado) se hace acreedor, mediante el pago de una remuneración (prima), de una prestación que habrá de satisfacerle la otra parte (el asegurador) en caso de que se produzca un siniestro.

Actividad económica financiera que presta el servicio de transformación de los riesgos de diversa naturaleza a que están sometidos los patrimonios, en un gasto periódico presupuestable, que puede ser soportado fácilmente por cada unidad patrimonial.

El seguro es también una actividad de servicios, tan importantes como: ayuda para el ahorro, mediante algunas modalidades del seguro de vida, estimulando las inversiones familiares; asistencia técnica, especialmente en los riesgos de naturaleza industrial (prevención contra incendios; asistencia médica; clínica, quirúrgica o de rehabilitación funcional (accidentes de trabajo), o servicio de asistencia judicial (defensa procesal, prestación de fianzas individuales, etc.), especialmente en los riesgos de responsabilidad civil.

4.2 Mejoramiento Continuo.

Es el cambio incesante de mejora en un proceso, producto o servicio con el fin de agregar valor (cumplir requerimientos cambiantes de clientes, reducir costos, optimizar procesos, incrementar seguridad, etc.). El mejoramiento puede emplearse en las maquinarias, materiales, métodos de producción, medio ambiente y en las personas, este proceso describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo.

4.2.1 Conceptos:

James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Fadi Kabboul (1994), define el Mejoramiento Continuo como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.

Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kabboul).

L.P. Sullivan (1994), define el Mejoramiento Continuo, como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización, a lo que se entrega a clientes.

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

4.2.2 Importancia del Mejoramiento Continuo.

La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte, las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

4.2.3 Ventajas del Mejoramiento Continuo.

1. Se concentra el esfuerzo en ámbitos organizativos y de procedimientos puntuales.
2. Consiguen mejoras en un corto plazo y resultados visibles
3. Si existe reducción de productos defectuosos, trae como consecuencia una reducción en los costos, como resultado de un consumo menor de materias primas.
4. Incrementa la productividad y dirige a la organización hacia la competitividad, lo cual es de vital importancia para las actuales organizaciones.
5. Contribuye a la adaptación de los procesos a los avances tecnológicos.
6. Permite eliminar procesos repetitivos.

4.2.4 Desventajas del Mejoramiento Continuo.

1. Cuando el mejoramiento se concentra en un área específica de la organización, se pierde la perspectiva de la interdependencia que existe entre todos los miembros de la empresa.
2. Requiere de un cambio en toda la organización, ya que para obtener el éxito es necesaria la participación de todos los integrantes de la organización y a todo nivel.

3. En vista de que los gerentes en la pequeña y mediana empresa son muy conservadores, el Mejoramiento Continuo se hace un proceso muy largo.
4. Hay que hacer inversiones importantes.

4.2.4 El Proceso de Mejoramiento.

La búsqueda de la excelencia comprende un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo. Debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles.

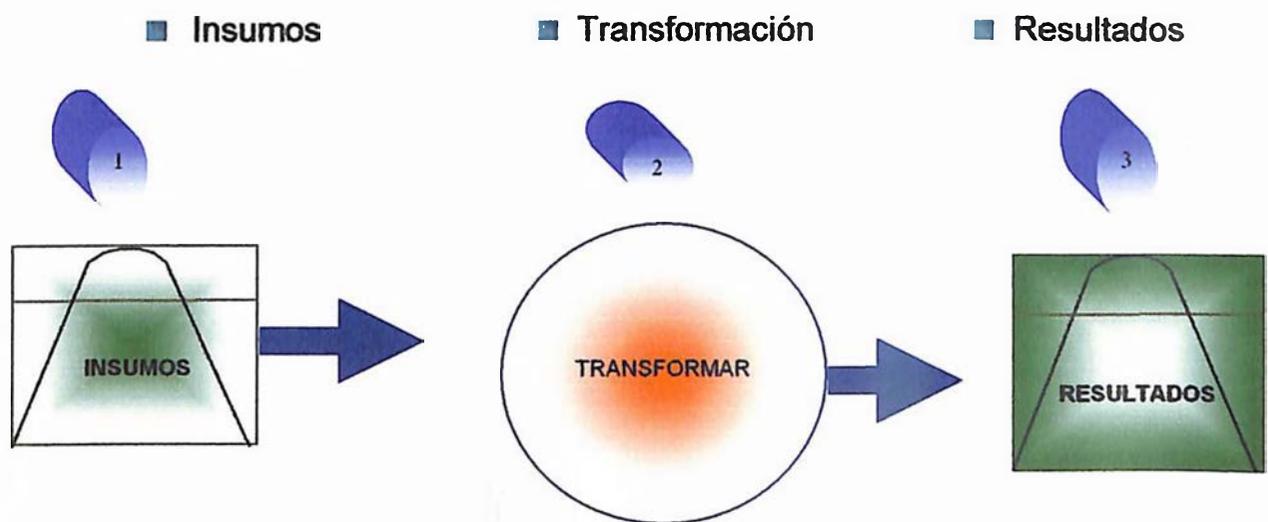
El proceso de mejoramiento es un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad cuestan dinero.

Asimismo este proceso implica la inversión en nuevas maquinaria y equipos de alta tecnología más eficientes, el mejoramiento de la calidad del servicio a los clientes, el aumento en los niveles de desempeño del recurso humano a través de la capacitación continua, y la inversión en investigación y desarrollo que permita a la empresa estar al día con las nuevas tecnologías.

4.2.5 Mejoramiento Continuo en los Procesos.

Proceso: Serie de acciones orientadas a producir un resultado -bien o servicio- deseado.

Estructura:



Las Metas en el Mejoramiento Continuo deben ser:

- Específicas
- Medibles
- Alcanzables
- Realistas
- Tiempo Predeterminado (3,7,10 semanas)

4.3 Técnicas y Herramientas.

4.3.1 Diagrama de Flujo.

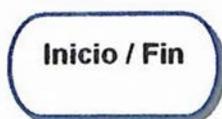
Es una representación gráfica de la secuencia de los pasos en un proceso determinado, describiendo como funciona realmente el proceso para producir un fin "deseable",. Este fin deseable puede ser un servicio, producto, información o una mezcla de los anteriores.

4.3.1.1 Aplicación

Los diagramas de flujo pueden aplicarse en cualquier parte del proceso como las compras, manufactura, ventas, administración, mantenimiento, laboratorio, servicios, entre otras áreas.

4.3.1.2 Simbología

Los símbolos más frecuentes en los diagramas de flujo, son los siguientes:



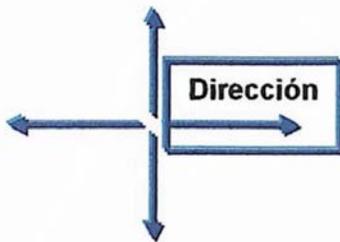
Indica el comienzo o el final de una actividad o tarea.



Indica la actividad o tarea a realizar en el proceso



Este símbolo se utiliza para la toma de decisiones



Muestra las direcciones que debe seguir cada tarea

4.3.1.3 Las ventajas de utilizar el diagrama de flujo

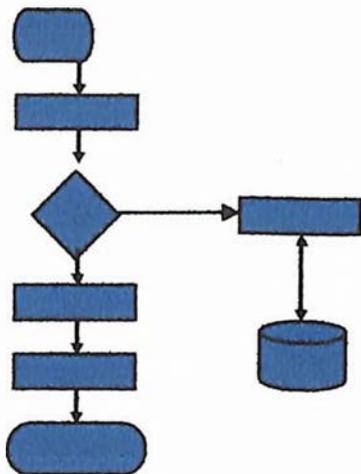
- Visualiza el proceso completo desde el inicio hasta el final.
- Ilustra la secuencia de las actividades.
- Visualiza las relaciones entre tareas en el proceso.
- Resalta cualquier duplicación.
- Establece las complejidades relacionadas al proceso.

Recomendaciones:

- Trabajar el diagrama de flujo en equipo.
- Construya un diagrama de flujo utilizando simbología común.
- Discuta y analice cada paso en detalle.

- Hágase la pregunta ¿Por qué lo estamos haciendo de este modo?
- Compare el proceso actual con un proceso "ideal" de la misma clase.

Ejemplo del Diagrama de Flujo:



4.3.2 Brainstorming – Definición.

- Es un proceso diseñado para obtener el número máximo de ideas relacionadas con un área específica de interés.
- Es una parte del proceso de solución de problemas que implica la creación de nuevas ideas mediante la suspensión de las críticas y el juicio.
- También conocido como Lluvia o Tormenta de Ideas, es una herramienta que permite generar nuevas ideas en el menor tiempo posible a través de la creación de un ambiente que no inhibe la participación y la creatividad.

- Enfoque único

- Usos Variados

- Problemas Multidisciplinarios

4.3.2.1 Organización de la Sesión de Brainstorming

- Definición del Problema
- Selección de los Participantes
 - ❖ Diversidad
 - ❖ Creatividad
- Designación del Facilitador
 - ❖ Iniciar la Sesión

4.3.2.2 Reglas de la Sesión de Brainstorming

R1. Ninguna idea por más tonta o buena que sea debe ser criticada o evaluada.

R2. Estimule la generación de ideas excéntricas, exageradas y no convencionales.

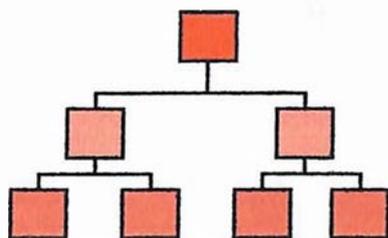
R3.Los participantes de la sesión son instruidos para dar el mayor número de ideas en el menor tiempo posible.

R4.Los participantes pueden tomar las ideas de los otros y modificarlas o producir nuevas ideas por asociación.

R5.Cada persona y cada idea tiene el mismo valor.

4.3.3 Diagrama de Afinidad – Definición.

Herramienta utilizada para la organización de la información recolectada durante la sesión de Brainstorming.

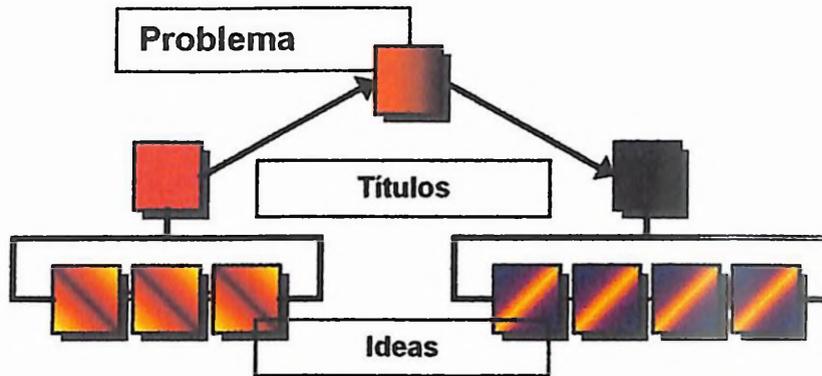


A través de la categorización de conceptos.

4.3.3.1 Construcción de un Diagrama de Afinidad

Inicialmente, es preciso realizar una declaración del objetivo que se quiere alcanzar, o del resultado que se espera obtener. Dicha declaración ha de tener un carácter amplio y neutral, claramente entendido y acordado por todos los miembros del equipo.

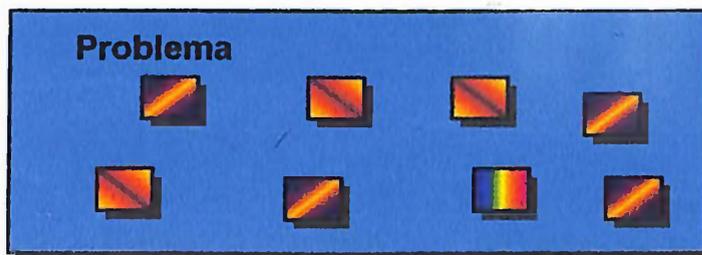
Fig. 2 Ejemplo Gráfico del Diagrama de Afinidad



Pasos a Seguir:

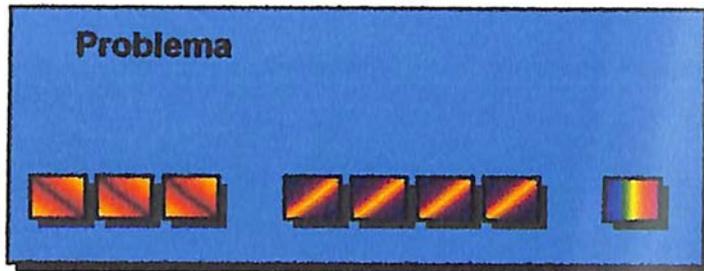
1. Recolectar las ideas: Mediante la técnica del "brainstorm" se genera una lista de ideas. (Ver Fig. 3)

Fig. 3 Recolección de Ideas del Diagrama de Afinidad



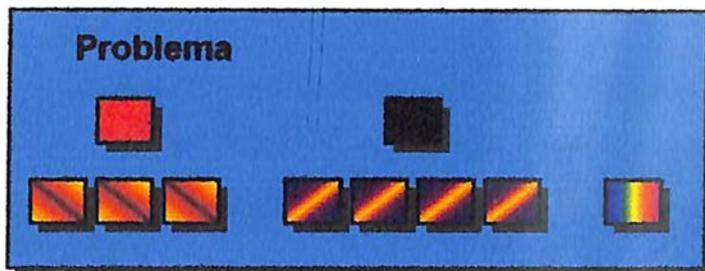
2. Agrupar Ideas Similares: Generada la lista de ideas, se clasifican en grupos afines. (Ver Fig. 4)

Fig. 4 Clasificación de las Ideas del Diagrama de Afinidad



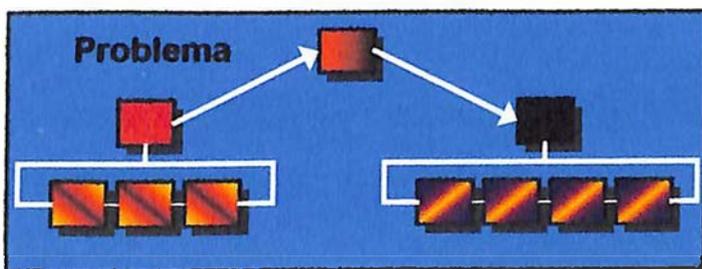
3. Titular los grupos: Dichos grupos deberán describir concisamente lo que cada grupo representa. (Ver Fig. 5)

Fig. 5 Titular los Grupos del Diagrama de Afinidad



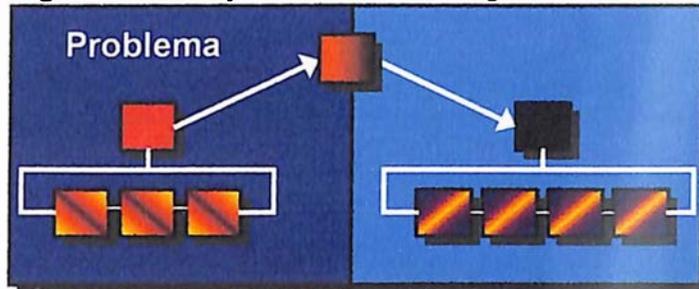
4. Dibujar Diagrama de Afinidad: Se dibujan líneas conectando los grupos y subgrupos, indicando la relación existente. (Ver Fig. 6)

Fig. 6 Dibujo del Diagrama de Afinidad



5. Seleccionar los Títulos más Importantes y Determinar Conclusiones: describir cuales resultados se esperan obtener. (Ver Fig. 7)

Fig. 7 Selección y Conclusión del Diagrama de Afinidad



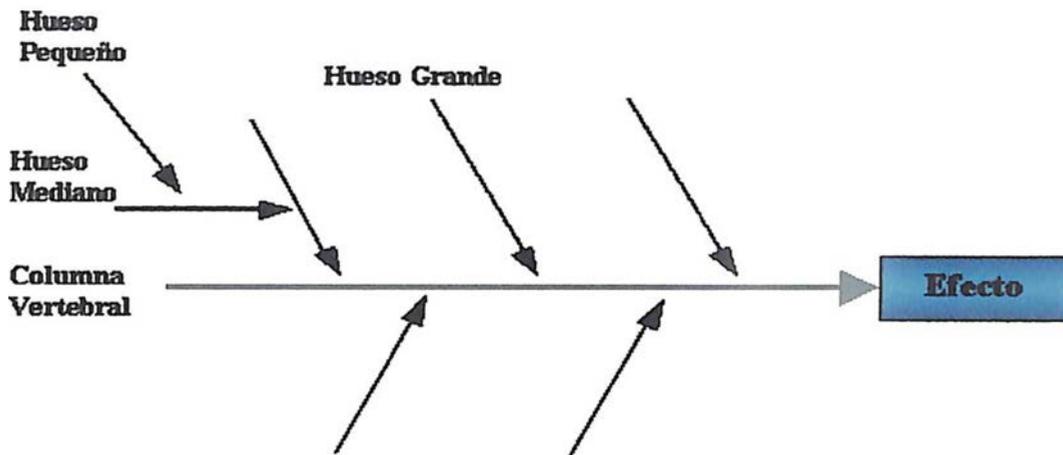
4.3.4 Diagrama Causa – Efecto – Definición.

Herramienta simple para la búsqueda y eliminación de la causa clave de los problemas. Es utilizado cuando se quiere explorar e identificar las posibles causas de un problema o condición.

Diagrama Causa – Efecto

- Efecto bajo análisis
- Relación entre las causas
- Relación entre las causas y el efecto neto
- Teorías sobre las causas probables
- Objetivo Principal
- Diagramas Estructurados y No Estructurados

Estructura Diagrama Causa – Efecto



4.3.4.1 Construcción de un Diagrama Causa – Efecto

- Definir claramente el efecto
- Encerrar el efecto en un rectángulo
- Determinar las categorías principales
- Determinar las causas secundarias
- Determinar las causas subsidiarias a las secundarias
- Seguir añadiendo causas posibles hasta agotar todas las posibilidades
- Revisar la validez lógica de las cadenas causales
- Verificar que el diagrama esté completo

4.3.5 Técnica de los Cinco Por Qué's.

Técnica sistemática de preguntas utilizada para buscar posibles causas principales de un problema.

4.3.5.1 5W + 1H - Definición

Herramienta usada para analizar los problemas y buscar la causa raíz de los mismos, a través de darle respuesta a 6 preguntas básicas.

4.3.5.2 Planificación

Guía en forma de preguntas para el proceso de planificación de las acciones que se desean llevar a cabo para llegar a la solución del problema o mejora de la situación actual.

Preguntas		Análisis de Problemas	Planificación
¿Qué?	What?	¿Qué está pasando? ¿Qué está fuera de control?	¿Qué se va hacer?
¿Quién?	Who?	¿Quién lo está haciendo? ¿Quién lo debe hacer? ¿Quién lo puede mejorar?	¿Quién lo va hacer?
¿Cuándo?	When?	¿En que momento del proceso sucede el problema? ¿Cuándo se descubre el problema?	¿En que fecha se va hacer?
¿Dónde?	Where?	¿En qué lugar se descubre el problema?	¿Dónde se va hacer?
¿Por qué?	Why?	¿Por qué se cree que está sucediendo?	¿Por qué se va hacer?
¿Cómo?	How?	¿Cómo lo están haciendo?	¿Cómo se va hacer?

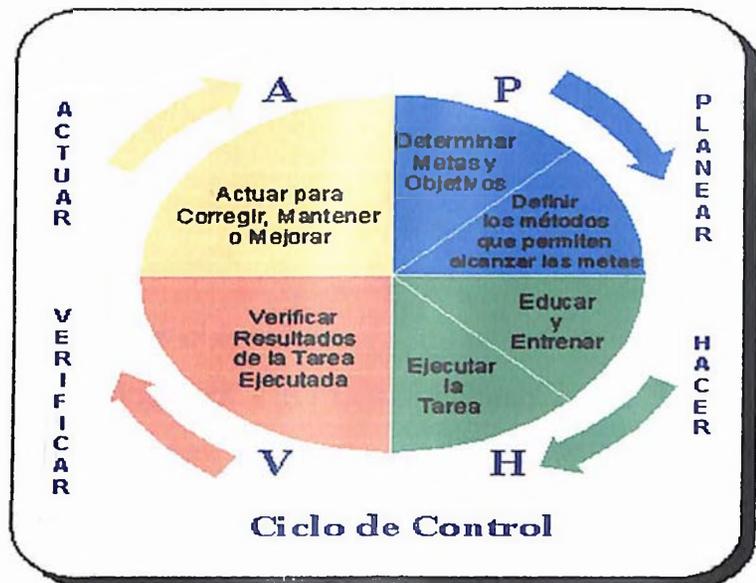
4.3.6 Ciclo PHVA - Definición.

Método específico para conducir el mejoramiento de los procesos, en el cual se planea un cambio, la resolución de un problema específico.

Fig. 8 Ciclo de Control PHVA

Ciclo PHVA - Fases

- Planear
- Hacer
- Verificar
- Actuar



4.3.6.1 Ciclo PHVA - Planear

1. Determinar las metas y objetivos
 - a. Definición del Proyecto
 - b. Situación Actual
2. Definir los métodos que permiten alcanzar las metas y objetivos.
 - a. Análisis de las causas
 - b. Plan de Acción

4.3.6.2 Ciclo PHVA - Hacer

1. Educar y Entrenar

- a. Comunicar las acciones establecidas
- b. Proporcionar educación y entrenamiento

2. Ejecución de las Acciones Establecidas

- a. Ejecutar las acciones establecidas
- b. Recolectar los datos generados durante la ejecución.

4.3.6.3 Ciclo PHVA - Verificar

1. Analizar los resultados parciales obtenidos
2. Comparar los resultados finales contra la meta planteada
3. Comparar el antes con el después
4. Incluir efectos adicionales – positivos y/o negativos

4.3.6.4 Ciclo PHVA - Actuar

1. Establecer los procedimientos estándares de la operación
2. Comunicar los nuevos procedimientos
3. Proporcionar educación y entrenamiento al personal involucrado
4. Establecer un sistema de aseguramiento

4.3.6.5 Cuadro Resumen del Ciclo PHVA

El siguiente cuadro presenta una relación de las etapas del ciclo PHVA, acompañado de los pasos que corresponden a cada etapa y las herramientas que pueden ser utilizadas en el desarrollo de cada una de las mismas.

Etapas	Pasos	Actividades	Herramientas Básicas
PLANEAR	1.- Definición del Proyecto	1.1 Determinar el tema del proyecto y su ubicación 1.2 Justificar el proyecto 1.3 Elaborar el plan de actividades	Brainstorming 5W + 1H
	2.- Descripción de la Situación Actual	2.1 Describir las características del problema 2.2 Representar los datos 2.3 Plantear formalmente el problema 2.4 Establecer la meta	Estratificación Hoja de Recolección de Datos Diagrama de Pareto Gráfico de Barras Gráfico de Pastel Histograma Diagrama de Flujo Gráficos de Control
	3.- Análisis de las Causas	3.1 Determinar las causas probables 3.2 Aislar la causa raíz	Brainstorming Diagrama de Causa y Efecto Técnica de los Cinco Por Qué's
	4.- Establecimiento de Acciones	4.1 Definir propuestas de acción para cada causa raíz - Acciones correctivas y preventivas 4.2 Seleccionar las mejores alternativas de acción 4.3 Diseñar el plan de ejecución de las acciones establecidas 4.4 Diseñar un plan de recolección de datos 4.5 Diseñar un plan de contingencias	Brainstorming 5W + 1H Hoja de Recolección de Datos

Etapas	Pasos	Actividades	Herramientas Básicas
HACER	5.- Ejecución de las Acciones Establecidas	5.1 Comunicar las acciones establecidas 5.2 Proporcionar educación y entrenamiento 5.3 Ejecutar las acciones establecidas 5.4 Recolectar los datos generados durante la ejecución	Hoja de Recolección de Datos
VERIFICAR	6.- Verificación de los Resultados	6.1 Analizar los resultados parciales obtenidos 6.2 Comparar los resultados finales contra la meta planeada 6.3 Comparar el antes con el después 6.4 Incluir efectos adicionales	Histograma Gráficos de control
ACTUAR	7.- Estandarización	7.1 Establecer los procedimientos estándares de la operación 7.2 Comunicar los nuevos procedimientos 7.3 Proporcionar educación y entrenamiento al personal involucrado 7.4 Establecer un sistema de aseguramiento	5W + 1H Gráficos de Control

4.4 Manuales.

Los manuales constituyen una de las herramientas con que cuentan las organizaciones para facilitar el desarrollo de sus funciones administrativas y operativas. Son fundamentalmente, un instrumento de comunicación.

Si bien existen diferentes tipos de manuales, que satisfacen distintos tipos de necesidades, puede clasificarse a los manuales como un cuerpo sistemático que contiene la descripción de las actividades que deben ser desarrolladas por los miembros de una organización y los procedimientos a través de los cuales esas actividades son cumplidas.

En las organizaciones en que no se utilizan manuales, las comunicaciones o instrucciones se transmiten a través de comunicados internos. Si bien el propósito de transmitir información se cumple por medio de estos últimos instrumentos, no se logra el objetivo de que constituyan un cuerpo orgánico, por lo que resultará difícil en un momento dado conocer cuál es el total de esas disposiciones registradas a través de comunicados aislados.

4.4.1 Ventajas de la disposición y Uso de Manuales.

- 1) Son un compendio de la totalidad de funciones y procedimientos que se desarrolla en una organización, elementos éstos que por otro lado sería difícil reunir.
- 2) La gestión administrativa y la toma de decisiones no quedan supeditadas a improvisaciones o criterios personales del funcionario actuante en cada momento sino que son regidas por normas que mantienen continuidad en el trámite a través del tiempo.
- 3) Clarifican la acción a seguir o la responsabilidad a asumir en aquellas situaciones en las que pueden surgir dudas respecto a

qué áreas debe actuar o a que nivel alcanza la decisión o ejecución.

- 4) Mantienen la homogeneidad en cuanto a la ejecución de la gestión administrativa y evitan la formulación de la excusa del desconocimiento de las normas vigentes.
- 5) Sirven para ayudar a que la organización se aproxime al cumplimiento de las condiciones que configuran un sistema.
- 6) Son un elemento cuyo contenido se ha ido enriqueciendo con el transcurso del tiempo.
- 7) Facilitan el control por parte de los supervisores de las tareas delegadas al existir un instrumento que define con precisión cuáles son los actos delegados.
- 8) Son elementos informativos para entrenar o capacitar al personal que se inicia en funciones a las que hasta ese momento no había accedido.
- 9) Economizan tiempo, al brindar soluciones a situaciones que de otra manera deberían ser analizadas, evaluadas y resueltas cada vez que se presentan.
- 10) Ubican la participación de cada componente de la organización en el lugar que le corresponde, a los efectos del cumplimiento de los objetivos empresariales.

11) Constituyen un elemento que posibilita la evaluación objetiva de la actuación de cada empleado a través del cotejo entre su asignación de responsabilidades según el manual, y la forma en que las mismas se desarrollan.

12) Permiten la determinación de los estándares más efectivos, ya que estos se basan en procedimientos homogéneos y metódicos.

4.4.2 Limitaciones de los Manuales.

- 1) Existe un costo en su redacción y confección que, indudablemente, debe afrontarse.
- 2) Exigen una permanente actualización, dado que la pérdida de vigencia de su contenido acarrea su total inutilidad.
- 3) No incorporan los elementos propios de la organización informal, la que evidentemente existe pero no es reconocida en los manuales.
- 4) Resulta difícil definir el nivel óptimo de síntesis o de detalle a efectos de que sean útiles y suficientemente flexibles.
- 5) Su utilidad se ve limitada o es nula cuando la organización se compone de un número reducido de personas y, por lo tanto, la comunicación es muy fluida y el volumen de tareas reducido.

4.4.3 Clasificación de Manuales Administrativos.

Se presentan seis tipos de manuales de aplicación en las organizaciones empresarias:

- A.- Manual de Organización.
- B.- Manual de Políticas.
- C.- Manual de procedimientos y normas.
- D.- Manual del especialista.
- E.- Manual del empleado.
- F.- Manual de Propósito múltiple.

4.4.4 Partes Componentes de un Manual.

Los elementos que más interesan dentro de los integrantes de un manual son aquellos que serán objeto de consulta y que se encontrarán ubicados en lo que se denomina "Cuerpo Principal": funciones, normas, instrucciones, procedimientos, lineamientos, etc. Dependiendo estos temas del tipo de manual de que se trate.

En primer lugar comenzará el texto con una sección denominada "contenido", donde se enunciarán las partes o secciones integrantes del manual.

Esta sección será seguida de un "índice" en el que, al igual que todos los textos, se indicará el número de página en que se localiza cada título y subtítulo.

Es un índice numérico, cuyo ordenamiento respeta la secuencia con que se presentan los temas en el manual.

Pero también puede existir un índice temático, en el que los temas se presentan ordenados alfabéticamente para facilitar su localización por este medio. Por lo general, el índice temático se ubica como última sección del manual.

La tercera sección será la “introducción” en la que se explicará el propósito del manual y se incluirán aquellos comentarios que sirvan para proponer al lector y clarificar contenidos en los capítulos siguientes.

La cuarta sección contendrá la “instrucciones para el uso del manual”. Esto, explicará de que manera se logra ubicar un tema en el cuerpo principal a efectos de una consulta, o bien en que forma se actualizarán las piezas del manual, dada la necesidad de revisiones y reemplazos de normas y medidas que pierden vigencia o surgen nuevas necesidades a cubrir.

La quinta sección es el “cuerpo principal”; es la parte más importante y la verdadera razón del manual.

4.5 Manual de procedimiento.

Un manual de procedimientos es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa, o de dos ó mas de ellas.

El manual incluye además los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.

Suelen contener información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios, máquinas o equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades dentro de la empresa.

En el se encuentra registrada y transmitida sin distorsión la información básica referente al funcionamiento de todas las unidades administrativas, facilita las labores de auditoria, la evaluación y control interno y su vigilancia, la conciencia en los empleados y en sus jefes de que el trabajo se está realizando o no adecuadamente.

4.5.1 Utilidades del Manual de Procedimientos.

1. Permite conocer el funcionamiento interno por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

2. Auxilian en la inducción del puesto y al adiestramiento y capacitación del personal ya que describen en forma detallada las actividades de cada puesto.
3. Sirve para el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema.
4. Interviene en la consulta de todo el personal que desee emprender tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc.
5. Para establecer un sistema de información o bien modificar el ya existente.
6. Para uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria.
7. Determina en forma más sencilla las responsabilidades por fallas o errores.
8. Facilita las labores de auditoria, evaluación del control interno y su evaluación.
9. Aumenta la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y cómo deben hacerlo.
10. Ayuda a la coordinación de actividades y evitar duplicidades.
11. Construye una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

4.5.2 Conformación Del Manual de Procedimientos.

a) Identificación

Este documento debe incorporar la siguiente información:

- Logotipo de la organización.
- Nombre oficial de la organización.
- Denominación y extensión. De corresponder a una unidad en particular debe anotarse el nombre de la misma.
- Lugar y fecha de elaboración.
- Número de revisión (en su caso).
- Unidades responsables de su elaboración, revisión y/o autorización.
- Clave de la forma. En primer término, las siglas de la organización, en segundo lugar las siglas de la unidad administrativa donde se utiliza la forma y, por último, el número de la forma. Entre las siglas y el número debe colocarse un guión o diagonal.

b) Índice o Contenido

Relación de los capítulos y páginas correspondientes que forman parte del documento.

c) Prólogo y/o Introducción

Exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización. Puede incluir un mensaje de la máxima autoridad de las áreas comprendidas en el manual.

d) Objetivos de los Procedimientos

Explicación del propósito que se pretende cumplir con los procedimientos.

Los objetivos son uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria; simplificar la responsabilidad por fallas o

errores; facilitar las labores de auditoria, la evaluación del control interno y su vigilancia; que tanto los empleados como sus jefes conozcan si el trabajo se está realizando adecuadamente; reducir los costos al aumentar la eficiencia general, además de otras ventajas adicionales.

e) Áreas de Aplicación y/o Alcance de los Procedimientos

Esfera de acción que cubren los procedimientos.

El alcance de los procedimientos abarca los procesos propuestos para suscripción y reclamación. En la suscripción desde la recepción de correspondencia hasta la emisión y en las reclamaciones desde la llamada o fax hasta el pago del reclamo.

f) Responsables

Unidades administrativas y/o puestos que intervienen en los procedimientos en cualquiera de sus fases

g) Políticas o Normas de Operación

En esta sección se incluyen los criterios o lineamientos generales de acción que se determinan en forma explícita para facilitar la cobertura de responsabilidad de las distintas instancias que participaban en los procedimientos.

Además deberán contemplarse todas las normas de operación que precisan las situaciones alterativas que pudiesen presentarse en la operación de los procedimientos. A continuación se mencionan algunos lineamientos que deben considerarse en su planteamiento:

- Se definirán perfectamente las políticas y/o normas que circunscriben el marco general de actuación del personal, a efecto de que esté no incurra en fallas.
- Los lineamientos se elaboran clara y concisamente, a fin de que sean comprendidos incluso por personas no familiarizadas con los aspectos administrativos o con el procedimiento mismo.
- Deberán ser lo suficientemente explícitas para evitar la continua consulta a los niveles jerárquicos superiores.

h) Concepto (S)

Palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario la consulta del manual.

i) Procedimiento (descripción de las operaciones).

Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del procedimiento es general, y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad administrativa que tiene a su cargo cada operación. Si se trata de una descripción detallada dentro de una unidad administrativa, tiene que indicarse el puesto responsable de cada operación. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aun en los casos de varias opciones en una misma operación.

j) Formulario De Impresos.

Formas impresas que se utilizan en un procedimiento, las cuales se intercalan dentro del mismo o se adjuntan como apéndices. En la descripción de las operaciones que impliquen su uso, debe hacerse referencia específica de éstas, empleando para ello números indicadores que permitan asociarlas en forma concreta. También se pueden adicionar instructivos para su llenado.

k) Diagramas De Flujo.

Representación gráfica de la sucesión en que se realizan las operaciones de un procedimiento y/o el recorrido de formas o materiales, en donde se muestran las unidades administrativas (procedimiento general), o los puestos que intervienen (procedimiento detallado), en cada operación descrita. Además, suelen hacer mención del equipo o recursos utilizados en cada caso. Los diagramas representados en forma sencilla y accesible en el manual, brinda una descripción clara de las operaciones, lo que facilita su comprensión. Para este efecto, es aconsejable el empleo de símbolos y/o gráficos simplificados.

l) Glosario De Términos.

Lista de conceptos de carácter técnico relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los manuales de procedimientos, que sirven de apoyo para su uso o consulta.

CAPITULO V: MARCO METODOLOGICO

5.1 Pasos A Seguir En El Mejoramiento Continuo De Los Procesos.

1) **Seleccionar el Proceso a Ser Mejorado y Establecer el Objetivo de Mejoramiento:** Lo primero es detectar la oportunidad de mejora en el proceso. Estableciendo un objetivo específico y claro de mejoramiento para no perder el foco hacia donde nos dirigimos.

2) **Organizar un Equipo para el Mejoramiento del Proceso:** El equipo de mejoramiento continuo debe ser preferiblemente multidisciplinario, debe estar relacionado con el proceso a ser mejorado. Se recomienda de 5 a 7 miembros.

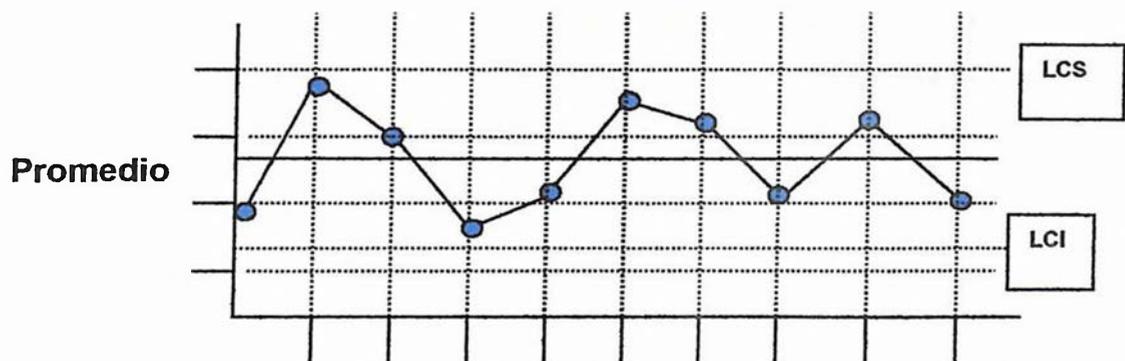
3) **Definir el Proceso Actual:** Entender como funciona el proceso.

4) **Simplificar el Proceso:** Eliminar redundancias y duplicaciones. Empecemos eliminando lo innecesario.

5) **Desarrollar un Plan de Recolección de Datos:** Contemplar Qué, Por qué, Cómo y la Frecuencia con que los datos deben ser recolectados. Determinar las personas que recolectarán los datos y proveerles del entrenamiento necesario.

6) Determinar si el Proceso tiene Estabilidad: Analizaremos las datos recolectadas en el paso 5, utilizando los gráficos de control. De esta forma comprobaremos si el proceso está estable.

Ejemplo:



7) Identificar la Causa Raíz de la Falta de Capacidad: Iniciamos a utilizar el Ciclo de Deming para identificar la causa raíz de la falta de capacidad del proceso. Nos auxiliaremos de algunas herramientas y técnicas

8) Plan para Implementar los Cambios: Comenzar con algunas preguntas básicas:

- ¿Cuáles pasos del proceso serán cambiados?
- ¿Existen algunos riesgos asociados con el cambio propuesto?
- ¿Cuáles recursos serán empleados?
- ¿Quién es responsable de implementar el cambio?
- ¿Qué debe hacerse para implementar los cambios?
- ¿Dónde serán los cambios implementados?
- ¿Cómo será el cambio monitoreado?

- ¿En qué parte del proceso serán tomadas las mediciones?
- ¿Cómo las datos será recolectada?
- ¿Qué tiempo durará la prueba piloto?
- ¿Cuál es la probabilidad de éxito?

9) Modificar Plan de Recolección de Datos, Si es Necesario: En el paso 5 formulamos el plan de recolección de datos. En este paso, determinamos si es necesario modificar el plan. Seguiremos los parámetros establecidos en el punto 5.

10) Probar el Proceso Modificado y Tomar Muestras: Pondremos en práctica un plan piloto con el objetivo de observar el desempeño de las medidas implementadas. Tomaremos muestra y compararemos con las datos recolectadas anteriormente.

11) Determinar si el Proceso tiene Estabilidad: Luego de seguir el plan de mejoramiento y de haber implementado los cambios en el plan piloto de mejoramiento. Se utilizan las datos recolectadas para determinar la estabilidad del proceso a través de las gráficas de control.

12) Determinar si los Cambios Mejoraron el Proceso:

- ¿Se eliminó la causa raíz del problema?
- ¿Las datos recolectadas en el paso XI están cercas del objetivo inicial planteado?
- ¿Los resultados esperados fueron logrados?
- ¿Hubo algún problema de ejecución y formulación en el plan?

13) Implementación en Gran Escala y Estandarizar los Procesos:
Tenemos que decidir sobre la implementación a gran escala del plan piloto de mejoramiento, tomando como parámetro los criterios de:

- 1) Estabilidad.
- 2) Tiempos de respuestas.
- 3) Satisfacción de los clientes.

5.2 Preparación Del Manual.

La tarea de preparar manuales administrativos requiere de mucha precisión, toda vez que los datos tienen que asentarse con la mayor exactitud posible para no generar confusión en la interpretación de su contenido por parte de quien los consulta. Es por ello que se debe poner mucha atención en todas y cada una de sus etapas de integración, delineando un proyecto en el que se consiguen todos los requerimientos, fases y procedimientos que fundamentan la ejecución del trabajo.

Para iniciar los trabajos que conducen a la integración de un manual, es indispensable prever que no queda diluida la responsabilidad de la conducción de las acciones en diversas personas, sino que debe designarse a un coordinador, auxiliado por un equipo técnico, al que se le debe encomendar la conducción del proyecto en sus fases de diseño, implantación y actualización. De esta manera se logra homogeneidad en el contenido y presentación de la información.

Los responsables de efectuar los manuales administrativos de una organización tienen que definir y delimitar su universo de trabajo para estar en posibilidad de actuar en él; para ello, deben realizar:

Estudio Preliminar: Este paso es indispensable para conocer en forma global las funciones y actividades que se realizan en el área o áreas donde se va a actuar. Con base en él se puede definir la estrategia global para el levantamiento de información, identificando las fuentes de la misma, actividades por realizar, magnitud y alcances del proyecto, instrumentos requeridos para el trabajo y en general, prever las acciones y estimar los recursos necesarios para efectuar el estudio.

5.2.1 Fuentes de Información.

Referencia de las instituciones, áreas de trabajo, documentos, personas y mecanismos de información de donde se pueden obtener datos para la investigación. Entre las más representativas se pueden mencionar:

Instituciones:

- Organizaciones que trabajan coordinadamente o forman parte del mismo grupo o sector de la que es objeto de estudio.
- Organizaciones líderes en el mismo campo de trabajo.
- Organizaciones normativas que dictan lineamientos de carácter obligatorio.
- Organizaciones que prestan servicios o suministran insumos necesarios para el funcionamiento de la organización que se estudia.

Archivos de la organización:

- General.
- De las áreas de estudio.

Directivos y empleados:

- Personal del nivel directivo que maneja información valiosa, ya que conocen si el conjunto de archivos responde a la realidad.
- Personal operativo cuyas opiniones y comentarios son de gran ayuda, puesto que ellos tienen a su cargo las actividades rutinarias, por lo que pueden detectar limitaciones o divergencias en relación con otros puntos de vista o contenido de documentos.

Áreas de trabajo:

- Niveles de la organización que reflejan las condiciones reales de funcionamiento, medios y personal.

Clientes y/ o usuarios:

- Receptores de los productos y/ o servicios que genera la organización.

Mecanismos de información:

- Recursos computacionales que permiten el acceso a información interna o externa a la organización que sirven como soporte al estudio.

5.2.2 Método De Investigación.

Como primer paso de esta etapa se debe obtener una lista del personal que va a participar en el levantamiento de la misma, considerando la magnitud y especificaciones del trabajo.

5.2.2.1 Capacitación del personal

Una vez integrado el grupo de trabajo, se debe capacitarlo, no sólo en lo que respecta al manejo de medios de investigación que se utilizarán para el levantamiento de la información, sino también en todo el proceso que se seguirá para preparar el manual.

Por ello, se debe dar a conocer a los participantes el objetivo que se persigue, así como los métodos de trabajo adoptados, calendarización de actividades, documentos que se emplearán.(cuestionarios, formatos, etcétera), responsables del proyecto, unidades administrativas involucradas, inventario de información a captar y distribución del trabajo a cada persona.

Cuando el grupo de trabajo sea numeroso, puede resultar conveniente formar subgrupos, coordinados cada uno por un responsable, quien debe encargarse de revisar y homogeneizar la información.

Es recomendable efectuar un estudio en un área piloto, para luego comparar y evaluar los resultados obtenidos.

5.2.2.2 Levantamiento de la información

Los esfuerzos de recopilación deben enfocarse en el registró de hechos que permitan conocer y analizar información específica y verdaderamente útil para el manual, pues de lo contrario se puede incurrir en interpretaciones erróneas, lo cual genera retraso y desperdicio de recursos. Asimismo, debe aplicarse un criterio de discriminación, basado en el objetivo del estudio, y proceder continuamente a su revisión y evaluación para mantener una línea de acción uniforme.

Esta actividad exige mantener una relación constante con las fuentes internas emisoras de la información, así como con las áreas u organizaciones con otra ubicación física.

Para recabar la información en forma ágil y ordenada se puede utilizar alguna o una combinación de las siguientes técnicas de recopilación:

a) Investigación documental: esta técnica permite la selección y análisis de aquellos escritos que contienen datos de interés relacionados con el manual. Para ello se estudian documentos tales como bases jurídico-administrativas, diarios oficiales, actas de reuniones, circulares, oficios y todos aquellos que contengan información relevante para el estudio.

b) Consulta a sistemas de información: acceso a sistemas computacionales que contienen información y recursos de apoyo para estructurar el manual. Este mecanismo permite recabar información interna y/o de sistemas externos a la organización enlazados a través de redes.

c) **Encuesta:** este método implica la realización de entrevistas personales con base en una guía de preguntas elaborada con anticipación. También se puede utilizar un cuestionario, a fin de que las entrevistas tengan un contenido homogéneo.

Esta técnica se considera de gran utilidad para reunir información preliminar al análisis o para efecto de plantear cambios o modificaciones a la estructura actual de la información. La encuesta puede realizarse en forma individual o reuniendo a directivos y empleados de una misma área o que intervienen en la misma clase de tareas.

También se puede recabar información de clientes y/o usuarios, prestadores de servicios y proveedores que interactúan con la organización.

Los cuestionarios que se utilizan en la encuesta, y que sirven para obtener la información deseada, están constituidos por series de preguntas escritas, predefinidas, secuenciadas y separadas por capítulos o temática específicos.

Este medio permite ahorrar recursos y tiempo; sin embargo, la calidad de la información que se obtiene depende de su estructuración y forma de presentación.

En términos generales, todo cuestionario debe expresar el motivo de su preparación, procurar que las preguntas sean claras y concisas, con un orden lógico, redacción comprensible, facilidad de respuesta y evitar demasiadas preguntas. Asimismo, se puede incluir un instructivo de llenado para indicar cómo contestarlo.

La entrevista consiste básicamente en celebrar reuniones individuales o grupales en las cuales se cuestiona orientadamente a los participantes para obtener información. Este medio es posiblemente el más usado y el que puede brindar información más completa y precisa, puesto que el entrevistador, al tener contacto con el entrevistado, además de obtener respuestas, puede percibir actitudes y recibir comentarios.

Para que una entrevista se desarrolle positivamente, es conveniente observar estos aspectos:

Tener claro el objetivo: para cubrir este aspecto, se recomienda preparar previamente un cuestionario o guía de entrevista que contenga los principales puntos que se desea captar.

Establecer anticipadamente la distribución del trabajo: esta etapa consiste en asignar responsabilidades y determinar las áreas a investigar.

Concretar previamente la cita: es importante que el entrevistado esté preparado para proporcionar la información con el tiempo y tranquilidad necesarios para disminuir el margen de error y evitar interrupciones.

Clasificar la información que se obtenga: esta fase implica diferenciar la situación real de la relativa a sugerencias para mejorarla, procurando no confundir ambos aspectos.

Para apoyar y/o agilizar la captura de información se puede emplear el muestreo, que es una técnica estadística auxiliar que sirve para inferir información acerca del universo que se investiga, a partir del estudio parcial del mismo.

Cuando el universo de estudio es de gran magnitud, pero la información sea homogénea en virtud de normas de operación y requisitos uniformes, se establece la posibilidad de conocer sus características sin necesidad de encuestar o investigar a todas las unidades, ni de entrevistar a cada uno de los empleados.

Existen tablas de muestreo que, de acuerdo con las características y volumen de la información, establecen cuál es la mínima cantidad de información representativa del todo -muestra- que es necesario recabar para que los resultados que se obtengan a partir de ésta tengan validez.

d) Observación directa: este recurso puede ser empleado por los técnicos o analistas en el área física donde se desarrolla el trabajo de la organización. A partir del análisis de la información recabada se deben sostener pláticas con algunas de las personas que prestan sus servicios en estas áreas para complementarla o afinarla.

Otra forma consiste en que el jefe del área de trabajo realice la observación directa, comente y discuta algunos de los puntos con sus subordinados y presente los resultados de su análisis al investigador. La ventaja de este procedimiento radica en que debido a la familiaridad entre jefe y subordinados, la información puede ser más completa, pero habrá ocasiones en que los resultados no serán los deseados, debido a inhibiciones o problemas internos, o que pueda plantearse una situación que no corresponde a la realidad operativo.

5.2.2.3 Análisis De La Información.

En esta etapa se debe realizar un estudio o examen crítico de cada uno de los elementos de información o grupos de datos que se integraron con el propósito de conocer su naturaleza, características y comportamiento, sin perder de vista su relación, interdependencia o interacción interna y con el ambiente, para obtener un diagnóstico que refleje la realidad operativa.

Esta mecánica de estudio puede seguir la siguiente secuencia:

- Conocer
- Describir
- Descomponer
- Examinar críticamente
- Ordenar cada elemento
- Definir las relaciones
- Identificar y explicar su comportamiento

Un enfoque muy eficaz en el momento del análisis de los datos consiste en adoptar una actitud interrogativa y formular de manera sistemática seis cuestionarios fundamentales:

- ¿Qué trabajo se hace?
- ¿Para qué se hace?
- ¿Quién lo hace?
- ¿Cómo se hace?
- ¿Con qué se hace?
- ¿Cuándo se hace?

Después de obtener respuestas claras y precisas para cada una de las preguntas anteriores, las mismas deben someterse, a su vez, a un nuevo interrogatorio planteando la pregunta ¿por qué?. Las nuevas respuestas que se obtengan darán la pauta para formular el manual y las medidas de mejoramiento administrativo.

Entre las técnicas que generalmente se utilizan para auxiliar el análisis administrativo en este campo, se encuentran las siguientes:

Organizacionales	Cuantitativas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administración por objetivos ▪ Análisis de sistemas ▪ Análisis de costo-beneficio ▪ Análisis de estructuras ▪ Árbol de decisiones ▪ Auditoría administrativa ▪ Autoevaluación ▪ Control total de calidad ▪ Estudio de factibilidad ▪ Estudio de viabilidad ▪ Benchmarking ▪ Desarrollo organizacional ▪ Reingeniería organizacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de series de tiempos ▪ Correlación ▪ Modelos de inventario ▪ Modelos integrados de producción ▪ Muestreo ▪ Números ▪ Números índices ▪ Programación dinámica ▪ Programación lineal ▪ Simulación ▪ Teoría de colas / líneas de espera ▪ Teoría de los grafos ▪ Teoría de las decisiones

5.2.3 Preparación De La Propuesta.

Recabados los elementos preliminares para llevar a cabo el manual, se debe preparar el documento de partida para concretarlo, el cual debe quedar integrado por:

Propuesta técnica, (que debe de incluir):

Antecedentes: recuento de todos los manuales o esfuerzos análogos preparados con anterioridad.

Naturaleza: tipo de manual que se pretende realizar.

Justificación: demostración de la necesidad de efectuarlo en función de las ventajas que ello reportará a la organización.

Objetivos: logros que se pretenden alcanzar.

Acciones: iniciativas o actividades necesarias para su consecución.

Resultados: beneficios que se esperan obtener en cuanto a mejorar el funcionamiento de la organización, sus productos y/ o servicios, clima organizacional y relaciones con el entorno.

Alcance: área de aplicación que cubre el estudio en términos de ubicación en la estructura orgánica y/ o territorial.

Recursos: requerimientos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para desarrollarlo.

Costo: estimación global y específica de recursos financieros que demanda su ejecución.

Estrategia: ruta fundamental necesaria para orientar los recursos de acción y asignación de recursos.

Información complementaria: material e investigaciones que pueden servir como elementos de apoyo.

Una vez que se cuenta con toda la información del manual se procederá a integrarlo; para tal actividad se requiere convocar a todos los participantes de la presentación del manual, para revisión del contenido y presentación de cada apartado.

a) Validación

La información verificada de cada área o unidad administrativa deberá presentarse a la persona entrevistada para que firme de conformidad en un espacio específico para este objetivo; debe verificar que la información esté completa y comprensible.

b) Estructuración

Una vez que se reúne la información revisada y firmada por cada área, los involucrados en la presentación del manual deben reunirse para compaginar e integrar el proyecto final del manual.

5.2.4 Formulación De Recomendaciones.

Para seleccionar las recomendaciones más viables, se toma en cuenta su costo, recursos necesarios para aplicarlas y sus ventajas y limitaciones.

a) Tipos De Recomendaciones

De mantenimiento: preservación general de la misma estructura orgánica, funciones, sistemas, procedimientos, personal y formas.

De eliminación: supresión de sistemas, reemplazo de formas, registros e informes, eliminación total o parcial de procedimientos, bajas de personal, desaparición de áreas o unidades administrativas, etc.

De adición: introducción de un nuevo sistema, incremento del número de operaciones en determinado procedimiento y aumento de personal o programas.

De combinación: intercalar el orden de aplicación de programas de trabajo, combinar el orden de las operaciones de un procedimiento, compaginar la utilización de formas de uso generalizado con nuevas formas, etc.

De fusión: agrupación de áreas, unidades administrativas o personas bajo un mismo mando, unificación de formas, registros e informes, etc.

De modificación: cambios en los procedimientos o las operaciones, reubicación física de personal, equipo o instalaciones, redistribución de cargas de trabajo, modificación de formas, registros, informes y programas, etc.

De simplificación: reducción de pasos de un procedimiento, introducción de mejoras en los métodos de trabajo, simplificación de formas, reportes, registros, programas, etc.

5.2.5 Presentación Del Proyecto A Las Autoridades Competentes.

5.2.5.1 Participantes

Para depurar el contenido del proyecto, afinar sus parámetros y determinar su viabilidad operativa, es recomendable presentarlo a:

*Área (s) que intervendrá directamente en su aplicación, por lo cual tienen la obligación de conocer el proyecto en forma detallada.

*Áreas afectadas por la implantación del proyecto, ya que tendrán que cambiar o adecuarse.

*Área responsable del manejo de los recursos económicos, para cuantificar el costo del proyecto en forma más específica.

5.2.5.2 Responsable De Su Autorización

Asimismo, el proyecto debe presentarse al titular de la organización o de la unidad administrativa responsable de su ejecución, para su aprobación. Una vez autorizado, el responsable debe hacer del conocimiento de todos los niveles jerárquicos la intención que tiene la organización de elaborar el manual, **resaltando los beneficios que de este esfuerzo se obtendrán, a fin de que todos brinden su apoyo durante el desarrollo del trabajo.**

CAPITULO VI: TRABAJO DE CAMPO

6.1 Ciclo PHVA – Planear.

En este ciclo se definirá el proyecto y la situación actual de los procesos, esto se llevará a cabo mediante un levantamiento en el departamento de salud internacional.

Recabada la información, se procederá a identificar las causas de las posibles fallas y se establecerán las acciones para el mejoramiento de las mismas.

6.1.1 Definición del Proyecto.

El proyecto de mejoramiento continuo de los procesos de suscripción y reclamación del departamento de internacional de la compañía InterSalud, busca como objetivo optimizar los procesos, a fin de lograr mejores tiempos de respuestas a los clientes, incrementar la confiabilidad y poder ofrecer un servicio eficaz, adecuado a las nuevas exigencias del mercado dominicano.

Este proyecto solo cubre el departamento de salud internacional y su asociación con aquellas áreas que sirven de soporte para la correcta ejecución de los procesos.

Los responsables de llevar a cabo el desarrollo de las actividades son:

Proceso Suscripción	Proceso Reclamación
Gerente del Departamento	Sub-Directora del Departamento
Asistente de Afiliación	Asistente de Reclamaciones
Director del Departamento de Seguro de Personas	
Asistente Médico del Departamento Médico	
Asistente Técnico del departamento de Operaciones	
Asistente de Diseño Organizacional	

Cada grupo realizará el levantamiento del proceso correspondiente, a fin de conocer de forma detallada cada una de las funciones establecidas en la serie de acción de los procesos de suscripción y reclamación.

Una vez realizado el levantamiento se utilizarán las técnicas y herramientas para la recolección y análisis de información, evaluación de los procesos y medición de los resultados.

Fuentes de Información. Entre las más representativas se pueden mencionar:

- **Instituciones:** Los corredores y agentes directos que ofrecen los planes del departamento de salud internacional.
- **Archivos de la organización:** De las áreas de estudio.

■ Directivos y empleados: Se contará con la participación del Director, Sub-Directora, Gerente y el personal operativo del Departamento de Salud Internacional.

■ Clientes y/ o usuarios: Se evaluarán los clientes directos, los corredores y los agentes directos.

■ Mecanismos de información:

❖ Outlook: por medio de este sistema se establece la comunicación vía mail con el reasegurador, los corredores, agentes directos y todo el personal de la compañía.

❖ AS400: en este sistema se encuentra todo lo administrativo en cuanto a las emisiones de las pólizas; facturación, recibos de pago, etc.

❖ Oracle: permite almacenar los datos del cliente, llevando los registros de las cotizaciones de los planes, pólizas emitidas y las coberturas adquiridas por el cliente.

6.1.2 Situación Actual.

6.1.2.1 Proceso de Suscripción

Proceso de Suscripción es el conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúan las emisiones de las pólizas, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.

Las actividades de este proceso se llevan a cabo por cada uno de los integrante de este departamento, ya que se inicia con la recepción de la correspondencia hasta la emisión de la póliza. El área de suscripción está integrada por el gerente del departamento, dos asistentes y un auxiliar de suscripción.

Los documentos que se reciben en el departamento correspondiente a este proceso son: solicitud de los planes (Familiar y Corporativo), inclusión y exclusión de asegurado, cancelación de pólizas, formularios de salud y datos adicionales solicitados por el departamento para la emisión. Estas informaciones pueden llegar por correspondencia con los mensajeros, por los agentes intermediarios y directos, vía e-mail, o llenada directamente por el cliente en el departamento.

El gerente del departamento recibe la correspondencia del día anterior a primera hora en las mañanas , estas son revisadas y clasificadas, para entregar al personal correspondiente.

La solicitud cuenta con la particularidad, que no puede trabajarse la emisión si presenta uno de sus acápite vacíos o incompletos, por tanto cuando se recibe una solicitud incompleta esta es devuelta al cliente o se envía por e-mail la solicitud de los datos que hacen falta; siendo esto uno de los mayores retrasos que presenta este proceso.

Cuando la correspondencia es distribuida, se encuentran tres tipos de solicitudes:

- a) **Solicitud completa:** es aquella que presenta todos sus acápite completos, y contiene toda la documentación requerida por el departamento, como análisis médico, informe del médico tratante (APR, Attending Physician Report.)
- b) **Solicitud incompleta:** es cuando presenta acápite vacíos o incompletos.
- c) **Solicitud información adicional:** es aquella en la cual se le solicita al cliente llenar un nuevo formulario, repetir análisis o confirmar los datos.

La solicitud tiene fecha de vencimiento de 60 días a partir del llenado de la misma, cuando la solicitud vence el cliente debe de llenar una nueva solicitud y si requiere de análisis médicos este debe de repetirlos.

Una vez completados los datos, la solicitud es enviada al reasegurador internacional por valija (diariamente). El reasegurador recibe la valija tres días después de ser enviada, y comienza a evaluar las solicitudes, en este proceso

de la evaluación el reasegurador puede solicitar datos adicionales como nuevos exámenes médicos, confirmar peso, estatura, entre otros.

Una vez realizadas las evaluaciones el reasegurador declina o acepta la solicitud y lo comunica al departamento vía e-mail. Cuando la solicitud es aceptada, se le comunica al cliente que puede realizar el pago y se emite la póliza; si la solicitud es declinada se emite una carta al cliente comunicándole los resultados.

Las razones por la cual reasegurador internacional normalmente declina las solicitudes es por causa de alguna enfermedad existente o padecida, cuyo caso no se puede dar cobertura por el alto riesgo que este presenta.

6.1.2.2 Proceso de Reclamación

Es un conjunto de actividades en la cual el asegurado, ya sea del plan familiar o corporativo, realiza la solicitud de cobertura internacional, internamientos en República Dominicana, tratamientos y servicios de ambulancias aéreas.

Este proceso se puede dividir en dos etapas:

- a) Reclamaciones por hospitalización en República Dominicana
- b) Reclamaciones por cobertura internacional

Cuando las reclamaciones son por cobertura internacional, es decir, el cliente recibe la cobertura en la red médica de Aetna dentro y fuera de EE.UU,

el departamento recibe un reporte con los casos tratados (explicación de beneficios).

Las reclamaciones locales que se presentan, son por internamiento por más de 24 horas. Este proceso inicia con la llamada telefónica del centro donde se encuentra el asegurado, una vez recibida esta llamada, el asistente de reclamaciones comunica al centro si el cliente puede recibir la cobertura, de acuerdo al status de la póliza, que puede estar vigente, cancelada o suspendida.

Cuando el asegurado es dado de alta el centro envía la factura al departamento de salud internacional, esta factura es revisada y tarificada por el asistente del departamento.

La tarificación consiste en verificar que los precios, el material gastable y los instrumentos utilizados estén en lo justo, razonable y médicamente necesario.

El asegurado puede utilizar el sistema de reembolso, que consiste asumir el costo del internamiento y pagar al centro médico, a fin de recibir el reembolso de sus gastos, aperturando la reclamación directamente con la compañía.

Una vez depurada la factura se procede a emitir el cheque de pago para el centro o asegurado en caso de reembolso. Cuando el cheque esta listo el asistente de reclamaciones del departamento de internacional se comunica con el centro o asegurado, a fin de que el mismo sea retirado.

Cuando el centro o asegurado recibe el pago, se realiza el recobro al reasegurador internacional, donde el asistente de reclamaciones envía copia del cheque y la factura del centro médico por valija para gestionar el cobro.

6.1.3 Políticas de Servicios

Conociendo la situación actual de los procesos de suscripción y reclamación se establecerán las políticas de servicios del departamento, en consenso con la administración, a fin de tomarlas como parámetros para lograr el correcto desarrollo de las funciones. Las políticas de servicios establecidas son las siguientes:

- Tiempo de emisión de pólizas (sin exámenes médico) 7 días laborables máximos.
- Tiempo de emisión de pólizas (con exámenes médicos) 10 días laborables máximos.
- Tiempo de pago de las reclamaciones 15 días laborables máximos.
- Aprobada la solicitud por el reasegurador, el tiempo máximo de aviso al cliente es de dos días.
- Pre-certificar todas las reclamaciones locales.
 - Los tiempos máximos de pre-certificación serian los siguientes:
 - ❖ Programadas: pre-certificar diez días antes del internamiento.
 - ❖ Emergencias: notificación dos días posteriores a la emergencia.

6.1.4 Representación de los Datos.

Para el análisis de los datos optamos por adoptar una actitud interrogativa y formular de manera sistemática seis cuestionamientos fundamentales, como adaptación de la herramienta 5W + 1H. Las preguntas eran las siguientes:

- ¿Qué trabajo se hace?
- ¿Dónde se hace?
- ¿Cuándo se hace?
- ¿Quién lo hace?
- ¿Cómo se hace?
- ¿Por qué se hace?

Este esquema fue utilizado para cada una de las actividades de los procesos de suscripción y reclamación.

De esta manera se pudo conocer de forma detallada las funciones de cada uno de los integrantes del departamento y el flujo de los procesos.

Para apreciar el esquema del Análisis de las Operaciones del Procedimiento Actual se muestran a continuación las siguientes tablas:

Tabla 1: Proceso de Suscripción – Recepción de Correspondencia

Tabla 2: Proceso de Suscripción – Recepción de Respuesta del Reasegurador

Tabla 3: Proceso de Reclamaciones

Tabla 1
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Actual
Proceso de Suscripción

Recepción de Correspondencia

Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
Asistente 1 Suscripción	Departamento Internacional	Recibir la solicitud de los planes/ correspondencia general	Diariamente	Por recepción a la mañana siguiente de haber recibido la correspondencia	Para gestionar la emisión de las solicitudes, realizar los movimientos de la cartera y completar los expedientes de información adicional.
Asistente 2 Suscripción	Departamento Internacional	Verificar la solicitud recibida y documentos enviados	Recibe la correspondencia	Observando cada punto de la solicitud y analizando la declaración de salud de la misma y clasificando las cartas recibidas con los datos adjuntos.	Toda solicitud debe estar completa y debidamente sellada y firmada, los exámenes completos y los APR completos, sellados y firmados.
Solicitud Incompleta					
Asistente 3 Suscripción	Departamento Internacional	Devolver la solicitud	Verificada la solicitud, si presenta algunos de sus acápite vacíos	Enviando por e-mail o mensajería (si es del interior) al corredor o intermediario para completarla.	Falta de datos en la solicitud, no tiene la firma o no tiene el sello.
Paso 1					
Información Adicional					
Gerente del 4 Departamento	Departamento Internacional	Enviar comunicación	Verificada la solicitud	Por mail o teléfono	Para solicitar los nuevos datos como: exámenes médicos o APR
Asistente 5 Suscripción	Departamento Internacional	Archivar solicitud	Faltan datos para emitir	Archivo de casos pendientes	En espera de respuesta del cliente.
Paso 1					
Solicitud completa					
Asistente 6 Suscripción	Departamento Internacional	Prepara la valija, para enviar al reasegurador	Diario	Haciendo relación de los casos enviado al reasegurador, en un cuadro de control en excel.	Para de control de envío y seguimiento de los casos.
Asistente 7 Suscripción	Departamento Internacional	Enviar solicitud Aetna	Solicitud completa y relación de lo enviado tabulado	Por valija	Para evaluación del reasegurador
Asistente 8 Suscripción	Departamento Internacional	Archivar copia de la solicitud o documento enviado	Enviada la solicitud	Archivando el expediente en el archivo de casos pendientes	En espera de respuesta de Aetna

Tabla 2
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Actual
Proceso de Suscripción

Recepción de Respuesta de Reasegurador

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
1	Gerente de Internacional	Departamento Internacional	Recibir Respuesta de Aetna	Analizada la solicitud o los nuevos datos enviados (en Aetna)	Recibe la información via e-mail.	Aprobar o declinar los casos enviados, para la emisión
2	Gerente de Internacional	Departamento Internacional	Genera copia e-mail por caso e imprime	Cuando recibe e-mail	Printer	Para anexar al expediente correspondiente
3	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Prepara carta de respuesta al cliente	Cuando el Gerente genera copia del caso	Redactando en el formato de cartas de respuestas	Informar el estatus al cliente, declinada o aceptada
Información Adicional						
4	Gerente de Internacional	Departamento Internacional	Enviar comunicación al cliente, intermediario o corredor	Recibida la solicitud de información adicional por Aetna	Por mail / correspondencia	Para solicitar los nuevos datos
5	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Archivar el expediente	Faltan datos para emitir	Archivo de casos pendientes	En espera de respuesta
Paso 1 de la Tabla 1						
Declinada						
6	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Enviar comunicación al cliente, intermediario o corredor	Preparada la carta	Por correspondencia	Para comunicar al cliente los resultados obtenidos.
7	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Archiva expediente	Declinada la solicitud	En el archivo de pólizas declinadas	Para control de las pólizas
Aprobada						
8	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Enviar comunicación al cliente, intermediario o corredor	Preparada la carta y calculada la prima a pagar	Por correspondencia	Para comunicar al cliente los resultados obtenidos y que debe realizar el pago
9	Auxiliar de Suscripción	Departamento Internacional	Archiva expediente	Aprobada la solicitud	Archivo de casos pendientes	Para esperar el pago del cliente
10	Asistente de Suscripción	Departamento Internacional	Emitir póliza	Efectuado el pago de la prima	Imprimiendo contrato y carnet	Para convertir el cliente potencial en asegurado

Tabla 3
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Actual
Proceso de Reclamación

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
1	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir llamada del centro médico	En caso de internamientos	Vía telefónica	Verificar datos del asegurado, vigencia de la póliza y autorizar el ingreso.
2	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Imprimir datos	Acepta el ingreso del asegurado al centro	Imprimiendo los datos del sistema, Oracle y AS/400	Para crear expediente y entregar al departamento médico
3	Asistente Reclamación	Dpto. Médico	Entregar reclamación al asistente médico	El ingreso es aceptado	Verificando la disponibilidad del Dr.(no este en consultas), a fin de entregar personalmente	Para dar a conocer el expediente y hacer visita al centro médico
4	Asistente Médico	Centro Médico	Visita al asegurado	Recibe los datos de la reclamación	Desplazandose al centro en el tiempo disponible	Para verificar las causas del internamiento y historial clínico
5	Asistente Médico	Dep. Médico	Preparar reporte de la reclamación	Analiza el asegurado y conoce su historial clínico	Detallando los datos del asegurado y diagnosticando según lo analizado.	Para confirma la cobertura del 100%, al departamento internacional. Evitando así el internamiento de procesos ambulatorios
6	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir reporte	Concluido el análisis por el asistente médico	Personalmente	Para que el asistente de reclamaciones informe al centro la cobertura 100%
7	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Llamar al centro	Entregado el reporte por el asistente médico	Vía telefónica	reclamacion si es aprobada o declinada. De acuerdo al reporte médico recibido.
8	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Archivar reporte	Realizada la llamada al centro médico	Archivo de folder de los Centros que tienen facturas pendientes	En espera de la factura
9	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibe factura	Paciente se da de alta	Por mensajería	Para efectuar el pago al centro
10	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Revisión de precio	Recibe factura	De forma manual, cotejando en la factura los precios con el tarifario.	Para confirmar que los precios sean los acordados en el contrato.
11	Asistente Médico	Dep. Médico	Recibe expediente con las facturas	Depurada la factura por el asistente de reclamaciones	Personalmente, con un reporte detallado de lo utilizado en materiales, medicamentos y estudios.	Según conocimientos médico, comprobar que los costos esten en lo justo, razonable y medicamento necesario
12	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir expediente	Aprobado por el asistente médico	Personalmete, con la firma de aprobación y las observaciones de lugar	Para emitir la solicitud de cheque

Tabla 3
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Actual
Proceso de Reclamación

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
13	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Emitir solicitud de CK	Factura depurada y aprobada	En el sistema en AS/400	Para enviar a fianzas y emitir cheque
14	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Solicitar firmas	Emitida la solicitud	Personalmente dirigiéndose a la Sub-directora y al gerente	Para control de finanzas y supervisión final
15	Asistente Reclamación	Dep. Médico	Enviar solicitud	Completadas las firmas	Por mensajería, con acuses de recibo	Para emisión del CK
16	Asistente Servicio al Cliente	Departamento Administrativo	Recibir CK	Finanzas envía los cheque emitidos	Semanalmente	Se realiza la relación de los CK enviados a la sucursal
17	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir CK	Preparada la relación de CK por la administración	Firmando acuse	Para entrega al centro
18	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Llamar al centro	CK listo para entrega	Vía telefónica	Comunicando al centro que pueden retirar el CK
19	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Entregar CK	Mensajero pasa a retirar CK	Entregando Ck y guardar acuse	Para efectuar el pago al centro
20	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recobrar al reasegurador	Emitido y entregado el CK al centro médico	Enviando copia de CK, factura y solicitud de CK. Por DHL	Para recibir pago del CK emitido
21	Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir CK del reasegurador	Llega la valija	Esperando la valija, tarda de 6 a 7 semanas	Para enviar a fianzas y hacer depósito a la cuenta

6.1.5 Determinar las Posibles Causas de los Retrasos de los Procesos de Suscripción y Reclamación.

El primer paso consiste en identificar la causa raíz de cada proceso. La herramienta utilizada para este paso fue el diagrama de Causa – Efecto, que nos llevó a detectar las razones de los retrasos del proceso de suscripción y de control y retrasos en las reclamaciones.

6.1.5.1 Análisis de las Causas – Suscripción.

Desarrolladas las tabulaciones del análisis de los procedimientos actuales en las tablas anteriores (Tabla 1, 2 y 3), se determinó las posibles causas de la tardanza de las emisiones utilizando las herramientas de las lluvias de ideas.

Los datos fueron los siguientes:

- Solicitudes incompletas
- Falta organización
- Carencia de un responsable en el proceso para la recolección de información
- Falta de comunicación entre el reasegurador y la compañía
- Las letras de la solicitud son muy pequeñas
- Los corredores y agentes directos no conocen el proceso, ni los requisitos para la emisión
- No hay supervisión en las sucursales del interior
- No tiene documento de control para los casos
- Movimientos innecesarios del expediente

a) Diagrama de Afinidad de las Ideas

Se clasificaron las ideas obtenidas en el brainstorm.

Problema:

Tardanza en las Emisiones

Procedimientos

- 1. Fallas en el llenado de la solicitud**
 - **Datos Incompletos**
 - **Falta de Supervisión**
 - **Letras pequeñas**
- 2. Falta Documentación**
 - **Falta manual de los procedimientos**

Habilidades

- 3. Entrenamientos**
 - **Intermediario**
 - **Proceso / Producto**

Transporte

- **Expediente**
- **Falta organización**
- **Falta documento para el registro de casos y control**
- **Falta responsable de dar seguimiento**
- **Movimiento innecesario del expediente**

Comunicación

4. Fallas en la evaluación del reasegurador

■ Tiempos

- Falta definir tiempos de respuesta
- Envío de correspondencia
- Uso del Fax PC

5. Intermediarios

- Falta información de los productos y procesos

b) Diagrama de Causa – Efecto

Para la elaboración del diagrama de causa y efecto del proceso de suscripción, se utilizó como problema raíz el retraso de las emisiones y se graficaron las ideas de acuerdo al resultado del diagrama de afinidad.

En la Fig. 9 se puede observar la estructura del diagrama de causa-efecto, donde se destacan las causas principales de los retrasos.

En la Tabla 4 se pueden observar el cuadro del 5W + 1H para el proceso de suscripción, este cuadro detalla las causas principales encontradas en diagrama de causa – efecto y presenta el análisis de las soluciones encontradas.

Fig. 9
Diagrama de Causa - Efecto - Proceso de Suscripción

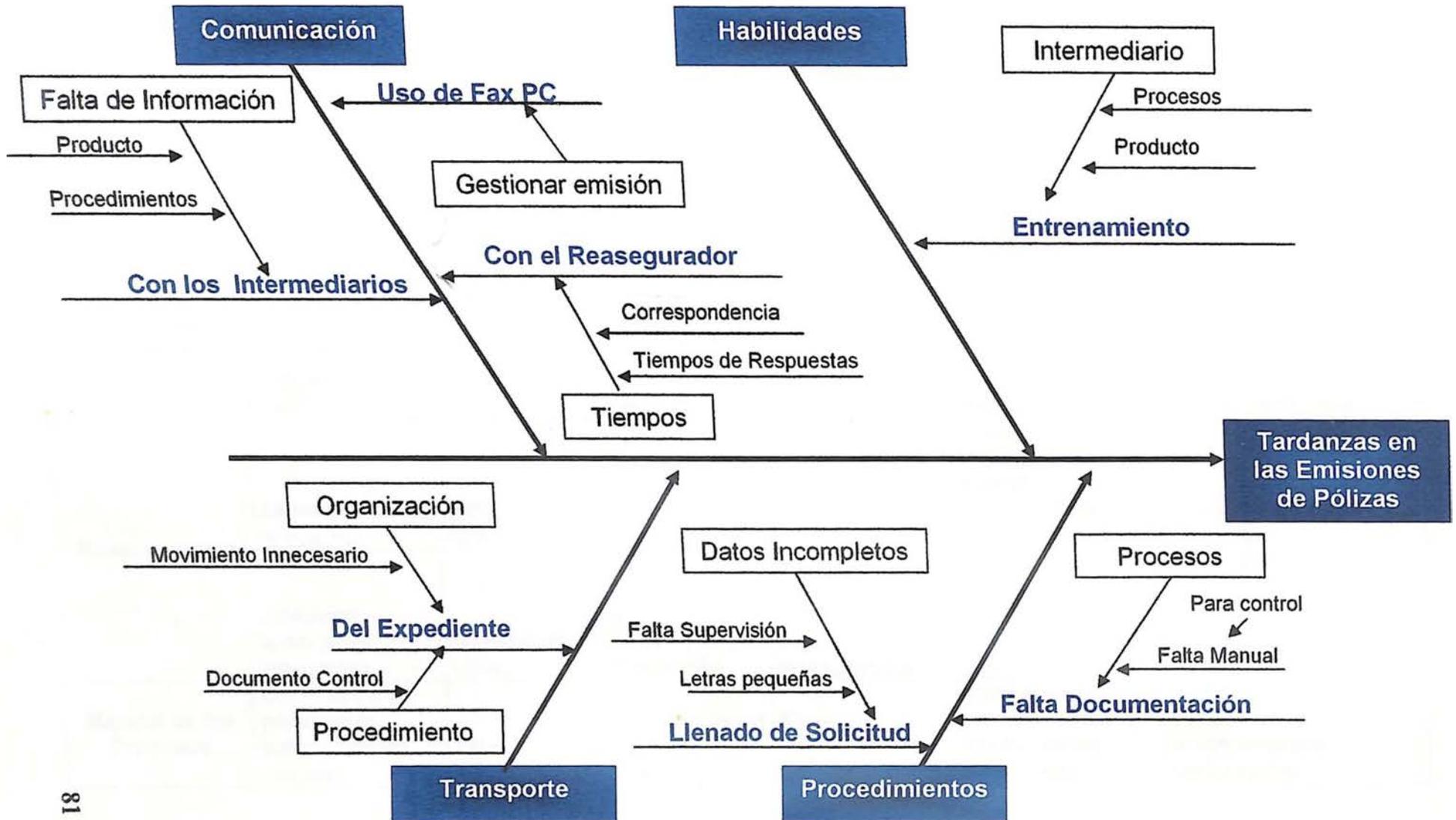


Tabla 4
5W + 1H – Suscripción

Fallas	Qué	Quién	Cuándo	Dónde	Por qué	Cómo
Llenado de la Solicitud	Organizar entrenamientos a los corredores, agentes directos y sucursales del interior	Gerente del Dpto.	Preparada la presentación y aprobada por la Dirección	En los salones de reuniones del departamento de salud internacional	Para evitar el envío de solicitudes incompletas o con falta de información	Preparando una presentación donde se explicará cada punto de la solicitud, la importancia de completar todos los acápites y el tiempo que se desea lograr
Informar a los Intermediarios						
Manejo del Expediente	Designar a una persona responsable de dar seguimiento a los casos de emisión	Gerente del Dpto.	Inmediato	En el departamento de internacional y en las sucursales del interior	Para agilizar la recolección de información con el cliente, Dpto. médico y el reasegurador	Seleccionando y entrenando al responsable del flujo de las informaciones los tiempos en que se debe ejecutar cada paso
Reasegurador	Utilizar el servicio de Fax PC	Asistente de Suscripción	El reasegurador de la autorización	En el envío de información	Para que el reasegurador avance en la evaluación sin el documento físico	Enviando el documento por fax y el reasegurador lo recibe en su PC
	Establecer tiempos de respuestas	Gerente del Dpto.	Se establezcan los tiempos por la dirección	En el procesos de las evaluaciones del reasegurador	Para tener mejor control de los procesos	Vía telefónica, conversando con los reaseguradores planteando las nuevas medidas
Manual de los Procesos	Documentar el proceso de suscripción en un manual	Dpto. Técnico	Estandarizados los nuevos procesos	En el departamento de internacional	Para la documentación y control de las actividades	Detallando los procedimientos establecidos

6.1.5.2 Análisis de las Causas – Reclamación.

Este proceso fue trabajado bajo los mismos parámetros utilizados en el proceso de suscripción. El análisis de las tabulaciones de las tardanzas y control en el proceso de reclamaciones, arrojó la siguiente lluvia de ideas:

- Falta de pre-certificación
- Mucho movimiento de los expedientes
- Poca comunicación con el reasegurador
- No hay organización
- No hay supervisión médica adecuada
- Asignar responsabilidades de los departamento
- Tardanza en los recobros

a) Diagrama de Afinidad de la Ideas

Problema:

Tardanzas y control en el proceso de reclamaciones

Procedimiento

1. Falta Pre-certificar los procesos
 - No hay supervisión médica adecuada
 - Pagos de procesos ambulatorios

Transporte

2. Expediente
 - Movimientos innecesarios

Comunicación

3. Con el reasegurador

- Recobros
 - Definir tiempos
 - Envío de los documentos
 - Uso del Fax PC

Habilidades

4. Crear la pre-certificación

- Mejor control

5. Entrenamientos para la pre-certificación

- Clientes / Proveedores

b) Diagrama de Causa – Efecto

El diagrama de causa y efecto del proceso de reclamación, se desarrollo con los mismos conceptos del proceso de suscripción, se utilizó como problema raíz las tardanzas de los pagos de las reclamaciones y se graficaron las ideas de acuerdo al resultado del diagrama de afinidad.

En la Fig. 10 muestra la estructura del diagrama de causa-efecto de las reclamaciones, en este diagrama se refleja uno de los principales problemas para el control del proceso que consiste en la falta de pre-certificación de los procesos.

La Tabla 5 contiene los datos del 5W + 1H de proceso de reclamaciones, realizado de acuerdo a las informaciones obtenidas en el diagrama de afinidad y el diagrama de causa – efecto. En el cuadro se puede observar las medidas tomadas para el mejor funcionamiento del proceso.

Fig. 10
Diagrama de Causa - Efecto - Proceso de Reclamación

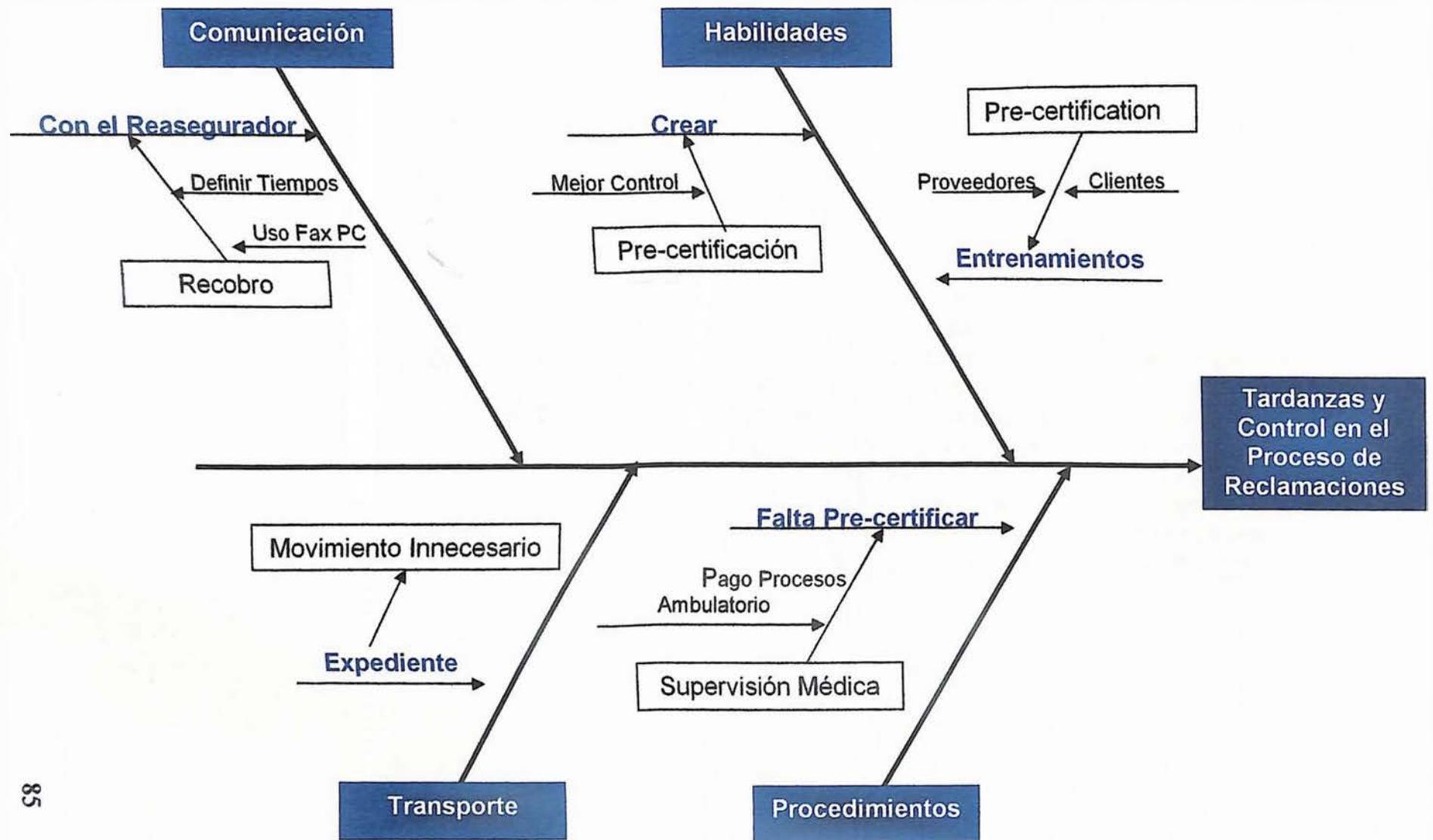


Tabla 5
5W + 1H – Reclamación

Fallas	Qué	Quién	Cuándo	Dónde	Por qué	Cómo
Comunicación con el Reasegurador	Utilizar los servicios de Fax PC	Asistente de Reclamación	Inmediato	En el Departamento Internacional	Para agilizar el recobro. Gestionar el pago sin enviar los documentos físicos	Enviando las facturas y copia del cheque emitido por fax y el reasegurador lo recibe en su PC
Precertificar las Reclamaciones	Organizar el proceso de Pre-certificación	Sub-Directora y Gerente del Dpto. Inter.. Director y Asistente Médico	Inmediato	En las oficinas del departamento internacional	Para lograr una mejor organización y realizar la supervisión médica adecuada de los procesos, a fin de evitar fraudes	Clasificando las reclamaciones y estableciendo los procesos correspondiente
	Definir tiempos de respuesta de los nuevos procesos	Gerente del Dpto. Int. Y Asistente Médico	Preparada la Pre-certificación	En las oficinas del departamento internacional	Para tener mejor control de los procesos	Estableciendo los días máximos de ejecución de cada pre-certificación

6.2 Ciclo PHVA – Hacer.

En este ciclo se ejecutan las acciones establecidas, comunicando a las áreas las nuevas medidas y ejecutando las mismas. Para concluir con este ciclo se recolectarán las informaciones de los nuevos procesos.

6.2.1 Comunicar las Acciones Establecidas.

Todo el Departamento:

- Entrenamiento al personal que trabaja en el departamento de salud internacional, (áreas involucradas, sucursales del interior, agentes directos y corredores)

- Entregar la correspondencia diariamente, el mismo día que se recibe, en dos tandas (Final de la mañana y final de la tarde)

Suscripción:

- Responsabilizar a una persona específica para la revisión y envío de la solicitud por correspondencia.

- Enviar la solicitud al departamento vía Fax PC, de esta forma se realizan las observaciones en la pantalla y se envía al intermediario para ser corregidas.

- Se solicitará la solicitud física al intermediario una vez completado todos los datos de la solicitud.

- Enviar al reasegurador la solicitud vía Fax PC, con el objetivo de que ellos puedan autorizar la emisión, sin haber recibido la solicitud física.

Reclamación:

- Crear el proceso de pre-certificación de los internamientos programados y de emergencia.

- Entrenar al Doctor del departamento médico en Santiago para realizar las pre-certificaciones.

- Enviar por Fax-PC el recobro al reasegurador. Consiste en enviar por fax las facturas y una copia del cheque emitido, de forma que este pueda ser analizado sin necesidad de enviar físicamente el documento.

6.2.2 Proporcionar Educación y Entrenamiento.

Estos entrenamientos se impartirán por la sub-directora y el gerente del departamento de internacional. Con el objetivo de informar a todas las personas del nuevo proceso, del uso del Fax PC, concientizar acerca de la importancia de presentar la solicitud sin errores y conocer el nuevo sistema de pre-certificación.

Los entrenamientos se realizaran de la siguiente manera:

Áreas Involucradas	Agentes Directos	Corredores	Centros Afiliados (Reclamaciones)
Departamento Salud Internacional	Vendedores	Ros & Asociados	Centro de Cirugía Avanzada Dr. Abel González
Departamento de Negocios	Encargados de las sucursales del interior	Franco & Acra	Centro de Obstetricia y Ginecología
Departamento Médico		Super Seguro	Clínica Abreu
Departamento Ventas		Manuel Matos & Asoc.	Corazones Unidos
Departamento Afiliación		Peña Izquierdo	Centro Médico (UCE)
			Unión Médica (Santiago)

Los primeros entrenamientos se impartirán a las áreas involucradas, de esta forma se adoptaran las nuevas medidas y comienza en marcha los nuevos procedimientos.

Una vez designados los responsables de cada proceso en las sucursales del interior, se realizarán los entrenamientos en el salón de reuniones del departamento de salud internacional. El departamento de ventas designará los responsables por agencias y tomaran los entrenamientos junto a los representantes de las sucursales.

Se establecerán los horarios de entrenamiento para cada corredor, donde se explicará todo el proceso de suscripción, el nuevo uso del Fax PC, donde comunicarse en caso de una reclamación, cuales son los tiempos establecidos para la pre-certificación y un instructivo de cómo llenar correctamente la solicitud.

Los centros médicos serán visitados por la gerente del afiliación y el asistente médico, a fin de comunicar el nuevo procedimiento de pre-certificación para las reclamaciones programadas y de emergencias.

6.2.3 Ejecución de las Acciones Establecidas.

Efectuados los cambios, se puso en marcha las nuevas actividades de cada proceso del departamento de salud internacional.

6.2.3.1 Descripción de los Nuevos Procesos a Ejecutar.

Se elaboraron las tablas con los procedimientos propuestos que se utilizaran de base para la creación de los flujo gramas correspondiente que permitirán el análisis secuencial de los procedimientos, considerando todas las áreas involucradas. A continuación se presentan las tabulaciones del Análisis de las Operaciones de los Procesos Propuestos:

Tabla 6: Proceso de Suscripción

Tabla 7: Proceso de Reclamaciones Internamientos de Emergencia

Tabla 8: Proceso de Reclamaciones Internamientos Programados

Tabla 6
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Suscripción

Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
1 Los corredores, agentes y sucursales		Envían la solicitud	Diariamente	Via Fax PC	Para que el personal del departamento verifique el documento antes de ser enviado en físico
2 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Revisa las solicitudes	Enviada la solicitud	Por pantalla PC	Para verificar los datos y clasificarlas
3 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Clasifica las solicitudes: a) Completas (correctas y s/exámenes médicos) b) Incompletas b.1 Requerientes de exámenes médicos b.2 Incompletas de información en la solicitud c) Requerientes de información adicional	Recibidas la solicitudes via Fax PC	En la computadora se colocan las observaciones de lugar a c/solicitud	Para dar seguimiento a los casos de acuerdo a la clasificación que corresponda
a) Solicitudes Completas (correctas y sin exámenes médicos)					
4 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Envía un forward de la solicitud al reasegurador, creando un folder para su seguimiento	Solicitud este completa	Via e-mail	Para que el reasegurador pueda trabajar el expediente sin esperar la solicitud física
5 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Autoriza al corredor, agente o sucursal a enviar la solicitud física por mensajería	Enviado el forward al reasegurador	Via e-mail o telefónica	Para enviar al reasegurador
6 Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Recibe y revisa la solicitud física	Diariamente	Por mensajería a la 11:00 a.m y a las 4:00 p.m	Para verificar que todo este completo y enviar al reasegurador
7 Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Envía solicitud física al reasegurador	Diariamente	Por valija	Para que el reasegurador prepare el expediente correspondiente
8 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Recibe respuesta del reasegurador	5 días (máximos) después de enviar el FW de la solicitud	Via e-mail	Comunicar al cliente el resultado de la solicitud; aceptada o declinada
9 Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Envía comunicación al cliente, corredor o agente de la respuesta del reasegurador: aceptada, declinada o requiere de información adicional por el reasegurador	Recibida la respuesta del reasegurador, en un máximo de 2 días.	Aceptada: por mensajería / mail Declinada: por mensajería Inform Adic: mail	Aceptada: para indicar el monto y fecha de pago, tiene 30 días para pagar Declinada: no se puede aceptar el riesgo. Información Adicional: nuevos exámenes o confirmar datos

Tabla 6
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Suscripción

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
Aceptada						
10	Agente, corredor o sucursal	Caja	Realiza el pago de la prima correspondiente y lo comunica al departamento	En los 30 días para efectuar el pago	Al cambio de la tasa del día	Para emitir la póliza
11	Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Emite la póliza	Efectuado el pago	Imprime carnet y contrato póliza	Para concluir el expediente
Información Adicional						
12	Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Da seguimiento al cliente, corredor o agente en espera de las respuestas o informes	Se solicita exámenes o confirmar datos	Vía e-mail o telefónica	Para gestionar la documentación necesaria par la evaluación del reasegurador
13	Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Recibe y confirma que la información este correcta y completa	El cliente envía los datos	Vía e-mail o mensajería	Para enviar al corredor y completar la evaluación
Paso 8 (Aceptada o Declinada)						
b.1 Solicitudes Requirientes de Exámenes Médicos						
14	Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Informa al corredor o agente, que el cliente potencial necesita exámenes médicos	Cuando recibe la solicitud por mail	Enviando un FW	Debe completar los exámenes, para proceder con la emisión
15	Agente, corredor o sucursal	Desde su oficina	Informa al solicitante y llama al departamento médico para consertar la cita médica	Al recibir el informe del Dpto.	Vía telefónica	Realizar la evaluación médica
16	El cliente	Dpto. Médico	Se presenta a la cita médica con la solicitud	El día pautado para la cita	Personalmente	Para realizar los análisis y verificar los datos
17	Asistente Médico	Dpto. Médico	Recibe al paciente, lo evalua, le toma las muestras y revisa la solicitud	Cita médica	Personalmente	Abrir el expediente físico con la solicitud
18	Asistente Médico	Dpto. Médico	Envía las muestras al laboratorio, archiva la evaluación con la solicitud y espera resultados del laboratorio	Concluida la cita médica	Por mensajería	Concluir la evaluación médica

Tabla 6
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Suscripción

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
19	Asistente Médico	Dpto. Médico	Recibe los resultados, revisa, hace las recomendaciones y envía expediente completo al departamento	Analiza los resultados	Personalmente	Para enviar al reasegurador internacional
20	Auxiliar Suscripción	Dpto. Inter.	Envía el expediente completo	Al recibir el expediente del departamento médico	Se envía por fax PC y el expediente físico por valija	Para esperar la evaluación del reasegurador
Paso 8 (Aceptada o Declinada)						
b.2 Solicitud Incompleta de Información						
21	Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Hace las observaciones de lugar para completarla o corregir	Cuando recibe la solicitud por mail	Enviando un FW	Debe completar los datos, para proceder con la emisión
22	Agente, corredor o sucursal	Desde su oficina	Manda la solicitud corregida al departamento	Completado los datos	Enviando un FW	Enviar al reasegurador los datos claros y completos
Paso 4						
c. Solicitudes con Información Adicional						
23	Asistente Suscripción	Dpto. Inter.	Requiere los informes adicionales (informes del médico tratante) APR	Cuando recibe la solicitud por mail	Enviando un FW, con los APR si es necesario	Debe completar el informe, para proceder con la emisión
24	Agente, corredor o sucursal	Desde su oficina	Envía los informes correctamente llenados y completos	Completado los datos por el cliente	Fax-PC	Gestionar la emisión
25	Gerente Internacional	Dpto. Inter.	Envía al asistente médico la solicitud y los informes para su revisión	Revisa los informes	Por e-mail	Para que haga las recomendaciones de lugar
26	Asistente Médico	Dpto. Médico	Revisa los informes, hace las observaciones de lugar y envía el archivo al departamento internacional	Recibe el caso	Por e-mail	Para enviar al reasegurador las observaciones de lugar hechas por el dpto. Médico
Paso 4						

Tabla 7
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Reclamación

Reclamaciones en Emergencias

Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
1 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Recibir llamada, fax o e-mail.	En caso de internamientos	Vía telefónica	Verificar datos del asegurado, vigencia y si puede ingresar al centro. Consultando en el sistema Oracle y AS/400
2 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Llenar formulario de Pre-certificación	Acepta el ingreso del asegurado	De forma manual	Para entregar al Dr. Con las informaciones que necesita para hacer la visita.
3 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Entregar el formulario de pre-certificación al asistente médico	Ingreso es aceptado	Al momento de recibir la llamada pasa el formulario completo	Para hacer visita al centro
4 Asistente Médico	Centro Médico	Visitar centro	Recibe los datos	Desplazandose al centro, si es en la mañana (final de la tarde) / tarde (final de la mañana del siguiente día)	Para verificar las causas del internamiento
5 Asistente Médico	Departamento Médico	Preparar reporte	Analiza el asegurado	Detallando los datos del asegurado y diagnosticando según lo analizado.	Para confirma la cobertura del 100%
6 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Enviar Comunicación	Concluido el análisis	De forma escrita (fax o mensajería)	Informar al centro el status de la reclamación si es aprobada o declinada. De acuerdo al reporte médico recibido. Si esta es declinada se debe informar al departamento internacional.
7 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Archivar reporte	Enviada la comunicación	Archivar en el folder del Centro correspondiente	En espera de factura
8 Asistente Dpto. Médico	Departamento Médico	Recibe factura	Paciente se da de alta	Por mensajería	Para efectuar el pago al centro
9 Asistente Médico	Departamento Médico	Verificar el uso de materiales gastables, instrumentos y estudios realizados	Recibe factura	De forma manual, analizando lo utilizado en materiales, medicamentos y estudios.	Comprobar que los costos y los procedimientos realizados esten dentro de lo justo, razonable y medicamento necesario
10 Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir expediente	Aprobado por el asistente médico	Personalmente, con las observaciones de lugar	Para tarificar y preaparar el desglose de la factura

Tabla 7
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Reclamación

Reclamaciones en Emergencias

Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Realiza la tarificación	Expediente aprobado por el Dpto. Médico	Con las tarifas de precios acordados en el contrato	Confirmar precios y depurar la factura
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Emitir solicitud de CK	Fact. Depurada y aprobada	En el sistema en AS/400	Para enviar a fianzas y emitir cheques
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Solicitar firmas	Emitida la solicitud	Personalmente, recoge las firmas de la sub-directora y el gerente	Para control de finanzas y revisión final
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Enviar solicitud	Completadas las firmas	Por mensajería, con acuses de recibo	Para emisión del CK
Asistente Servicio al Cliente	Departamento Administrativo	Recibir CK	Entrega semanal de CK por el dpto. De finanzas	Por mensajería	Hacer relación de los Ck entregados en la sucursal
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir CK	Preparada la relación de control de Cks	Personalmente, firmando acuse	Para entrega al centro
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Enviar CK	CK listo para entrega	Enviando mensajero y esperar recibo	Para efectuar el pago al centro
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recobrar al reasegurador	Emitido y entregado el CK al centro	Enviando copia de CK y factura. Por Mail, escaneado o fax PC.	Para recibir pago del CK emitido
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Recibir CK del reasegurador	Llega la valija	Esperando la valija, tarda de 6 a 7 semanas	Para enviar a fianzas y hacer deposito a la cuenta
Asistente Reclamación	Departamento Internacional	Hacer memorandum	Recibe el pago del reasegurador		Comunicar el deposito del CK a la cuenta

Tabla 8
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Reclamación

Reclamaciones Programadas

Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
1 Asistente del Dpto. Médico / Intermediario	Dpto. Médico / intermediario	Entrega al paciente el formulario de pre-certificación	10 días antes del internamiento	Personalmente al paciente	Para el llenado del formulario por parte del paciente
2 El paciente	Dpto Médico / intermediario / el hogar	Llena el formulario	10 días antes del internamiento	Con las especificaciones del formulario de la parte que le corresponde llenar	Para saber los datos generales del asegurado, diagnóstico y tiempo aproximado del internamiento
3 El paciente / o persona responsable	En el consultorio del médico tratante	Entrega el formulario de pre-certificación	10 días antes del internamiento	Llevando dicho formulario personalmente o con persona responsable al consultorio del médico tratante	Para que el médico tratante pueda anexar copia de toda la información requerida para la pre-certificación
4 El médico tratante	En su consultorio	Entrega al paciente o persona responsable el formulario con toda las copias anexas	Al momento de concluir con las informaciones requeridas	El médico tratante llama al paciente o persona responsable para que vaya a recoger el formulario de pre-certificación y las copias anexas de la información requerida	Para poder procesar toda esta información por el depto médico para determinar si va o no la cobertura
5 El paciente o persona responsable	Departamento Médico	Entrega el formulario de pre-certificación y las copias anexas	Retirado el formulario con las copias anexas preparado por el médico tratante	Haciendo entrega por fax, mensajería o personalmente a la asistente del Dpto. Médico	Para poder procesar toda esta información por el depto médico para determinar si va o no la cobertura
6 Asistente del Dpto. Médico	Departamento Médico	Recibe y verifica que sea entregado el formulario de pre-certificación correctamente junto a las copias anexas	El paciente o persona responsable lleva o envía los documentos	Verificando físicamente todos la documentación	Para ser entregada al asistente médico, para empezar a evaluar dicha solicitud con toda la información solicitada
7 Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Recibe y revisa que toda la información esté presente, y empieza a analizar la solicitud	Cuando la asistente del Dpto. Entrega el formulario y los datos anexos	Revisando físicamente los expedientes y el historial	Para determinar si la solicitud de internamiento es válida o no.
8 Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Prepara informe del caso	Una vez evaluado el expediente	De forma escrita realiza las observaciones y acepta o rechaza la cobertura	Para dar constancia de que el expediente ha sido evaluado y resvisado

Tabla 8
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Reclamación

Reclamaciones Programadas

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
SI NO VA LA COBERTURA:						
9	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Llena el formulario de no autorización de cobertura, explicando los motivos médicos	Evaluado el formulario de pre-certificación y los datos anexos	De forma manual	Para que haya constancia de la evaluación y de los motivos para no dar la cobertura
10	Asistente del Dpto. Médico	Departamento Médico	Envía copia al paciente y entrega todo el expediente al departamento internacional conservando una copia y archivando como record	El expediente y el formulario es entregado por el asistente médico o director	Al paciente se envía por mensajería y se entrega personalmente al departamento internacional	Para conocimiento del asegurado y llevar control de archivo de casos no autorizados
SI VA LA COBERTURA:						
11	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Procede a revisar los precios acordados por afiliación con el médico sobre los honorarios médicos	En el momento de decidir autorizar la cobertura	En el tarifario de honorarios médicos	Para pagar los honorarios justos y acordados previamente por afiliación con el médico
12	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Procede a realizar el llenado del formulario de autorización de cobertura, ya con precios acordados	Cuando se verifica y realiza el acuerdo con el médico de honorarios y días de internamiento	De forma manual	Para enviar copia del documento al centro, donde se especificaran los honorarios médicos y los días de internamiento que serán cubridos por la compañía InterSalud
13	Asistente del Dpto. Médico	Departamento Médico	Envía el formulario de autorización al centro médico y al paciente y achivar el expediente	Preparada la autorización por el asistente médico o director	Vía mensajería o fax	Para que el centro asistencial tenga constancia de la autorización y de los acuerdos entre el centro y InterSalud
14	Centro médico o paciente	Desde el centro médico	Llama al asistente del Dpto. médico para avisar el ingreso del asegurado al centro médico	En las primeras 24 horas del internamiento	Vía telefónica	Para avisar a los doctores y programar la visita al asegurado
15	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Se presentarán al centro médico donde está el asegurado, para verificar si es el paciente, y su hx, su dx y su tx	En el momento de recibir el aviso, dentro de las primeras 24 horas	Trasladándose personalmente al centro con la copia de la autorización	Para verificar el cumplimiento de cada uno de los acuerdos aprobados por el centro, el médico y la compañía

Tabla 8
Análisis de las Operaciones del Procedimiento Propuesto
Proceso de Reclamación

Reclamaciones Programadas

	Quién	Dónde	Qué	Cuándo	Cómo	Por qué
16	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	En la hoja de autorización escribe un reporte con las observaciones de si hay o no alteración en los acuerdos aprobados	Efectuada la visita	Manual	Para tener constancia de la correcta ejecución del proceso
17	Asistente médico / Director médico	Departamento Médico	Entrega el formulario al asistente del Dpto. médico	Preparado el reporte	Personalmente	Anexar al expediente y entregar al departamento internacional
18	Centro médico	Desde el centro médico	envia al departamento internacional las facturas relacionadas al internamiento(gastos medicamentos, material gastable, equipos, honorarios)	Al dar de alta al paciente	Vía mensajería	Para gestionar el pago
19	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Recibe expediente y facturas, para preparar desglose	Al recibir la factura	Verificando que las facturas estén en lo acordado por el Dpto. Médico	Para proceder a realizar la solicitud de cheque
20	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Realiza la solicitud de cheque y busca firmas	Cuando concluye el desglose y la tarificación	En el sistema y gestionando las firmas del gerente y la sub-directora personalmente	Para autorizar el envío de la solicitud a finanzas
21	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Envia solicitud de cheque con copias de facturas a finanzas	Autorizada la solicitud	Vía mensajería	Para gestionar cheque de finanzas
22	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Recibe el cheque para el pago del centro	Recibido el CK en el Dpto. Administrativo	Retirando el CK personalmente en el Dpto. Y firmando acuse de recibo	Efectuar el pago al centro
23	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Comunica al centro que puede retirar el CK	Emitido y entregado el Ck	Vía telefónica	Realizar el pago
24	Asistente de reclamaciones	Departamento Internacional	Recobro al reasegurador	Emitido el cheque de pago al centro	Vía Fax PC, enviando copia de la factura y del cheque emitido	Para proceder al cobro de las facturas pagadas, sin necesidad de enviar el documento físico por valija

6.2.3.2 Diagramación de los Procesos Propuestos

Basado en las informaciones tabuladas en 6.2.3.1 se efectuaron los diagramas de cada proceso, con el objetivo de realizar un análisis secuencial, que permitiera la fácil observación de la interrelación del departamento, los proveedores y el reasegurador, desarrollando el correcto funcionamiento de los procesos que se enlazan.

A continuación se presentaran los flujo gramas de los procesos de suscripción y reclamación, distribuidos en el siguiente orden:

- Fig. 1, Flujo grama del proceso de suscripción – Desde el envío de correspondencia hasta la emisión.
- Fig. 2, Flujo grama del proceso de suscripción – Depuración de las solicitudes incompletas.
- Fig. 3, Flujo grama del proceso de reclamación – Autorización del reclamo para el internamiento.
- Fig. 4, Flujo grama del proceso de reclamación – Pago de la reclamación al centro médico.
- Fig. 5, Flujo grama del proceso de reclamación – Recobro al reasegurador.

Procedimiento: Suscripciones Salud Internacional (Propuesto)

Area: Departamento Internacional

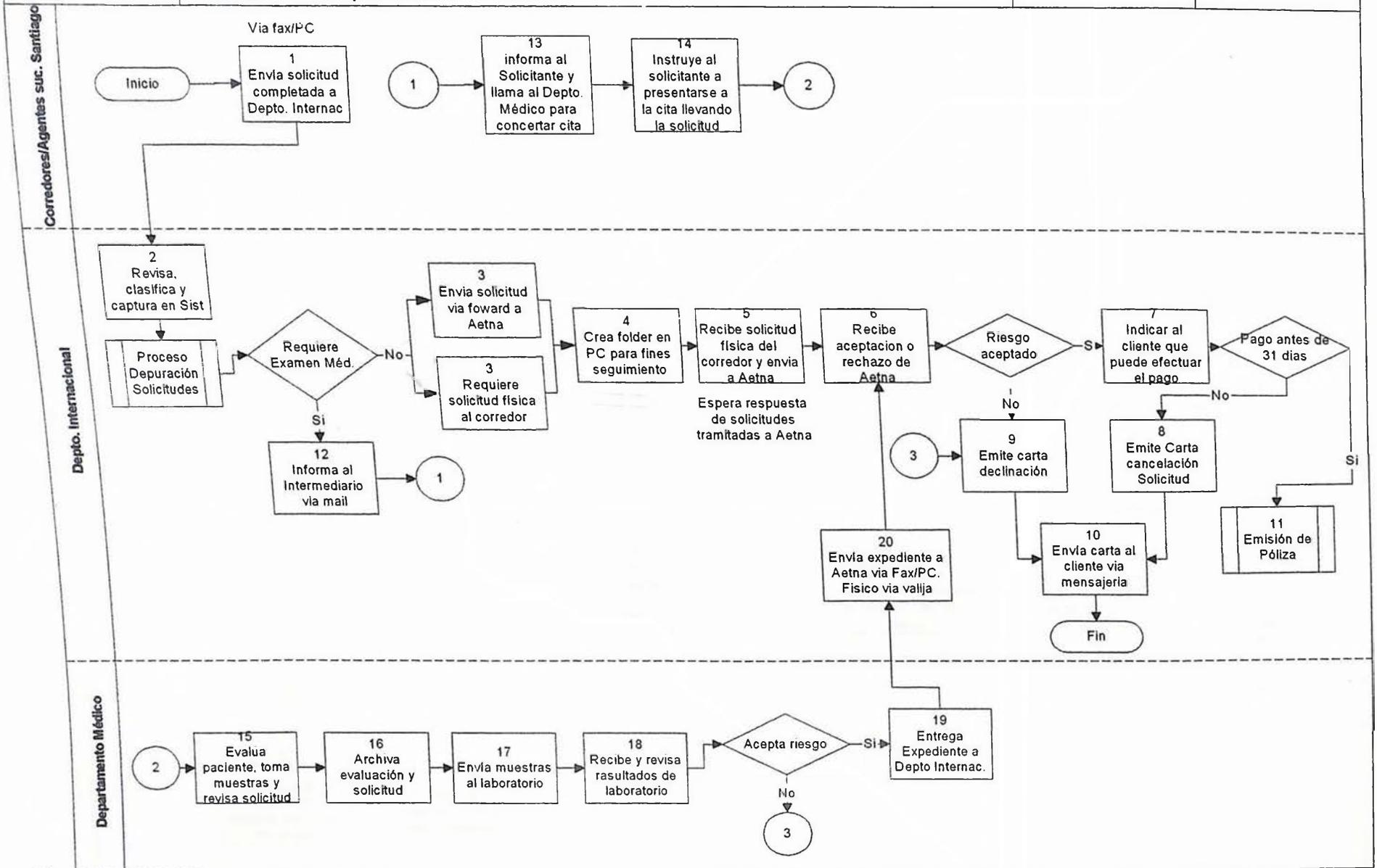


Fig. 1 Flujo grama del Proceso de Suscripción – Desde el envío de correspondencia hasta la emisión.

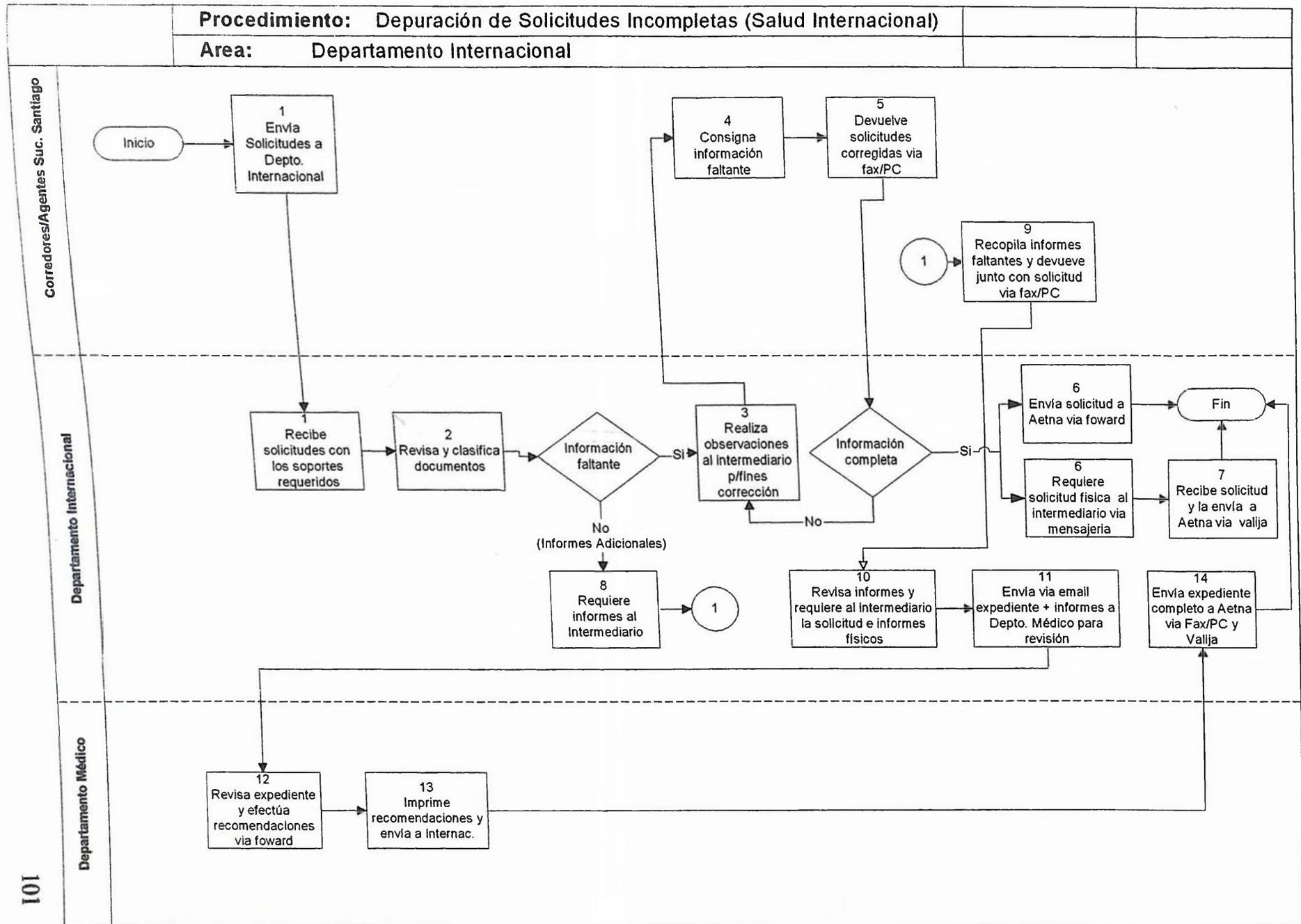


Fig. 2 Flujo grama del Proceso de Suscripción – Depuración de las solicitudes incompletas.

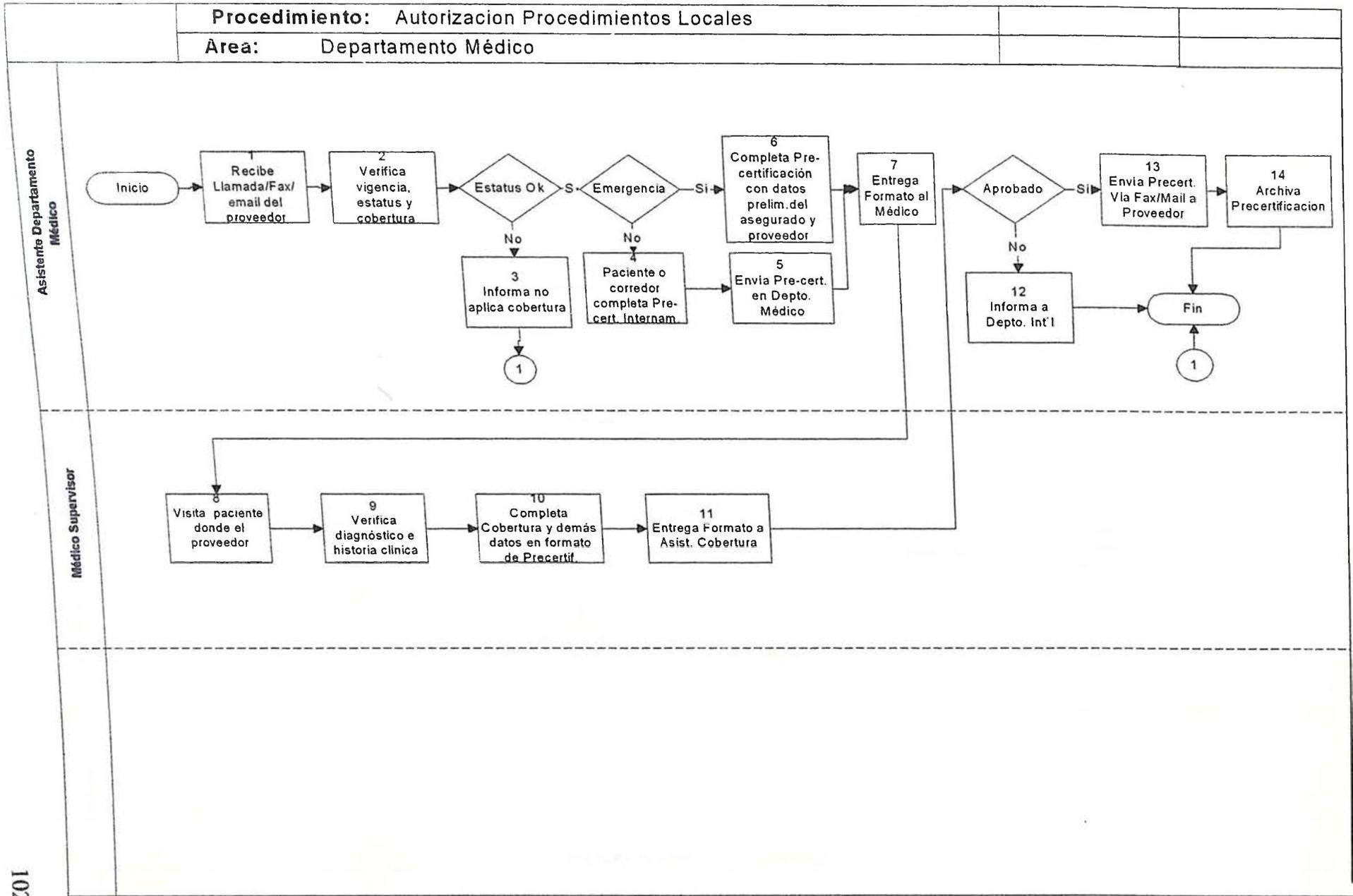


Fig. 3 Flujo grama del Proceso de Reclamación – Autorización del reclamo para el internamiento.

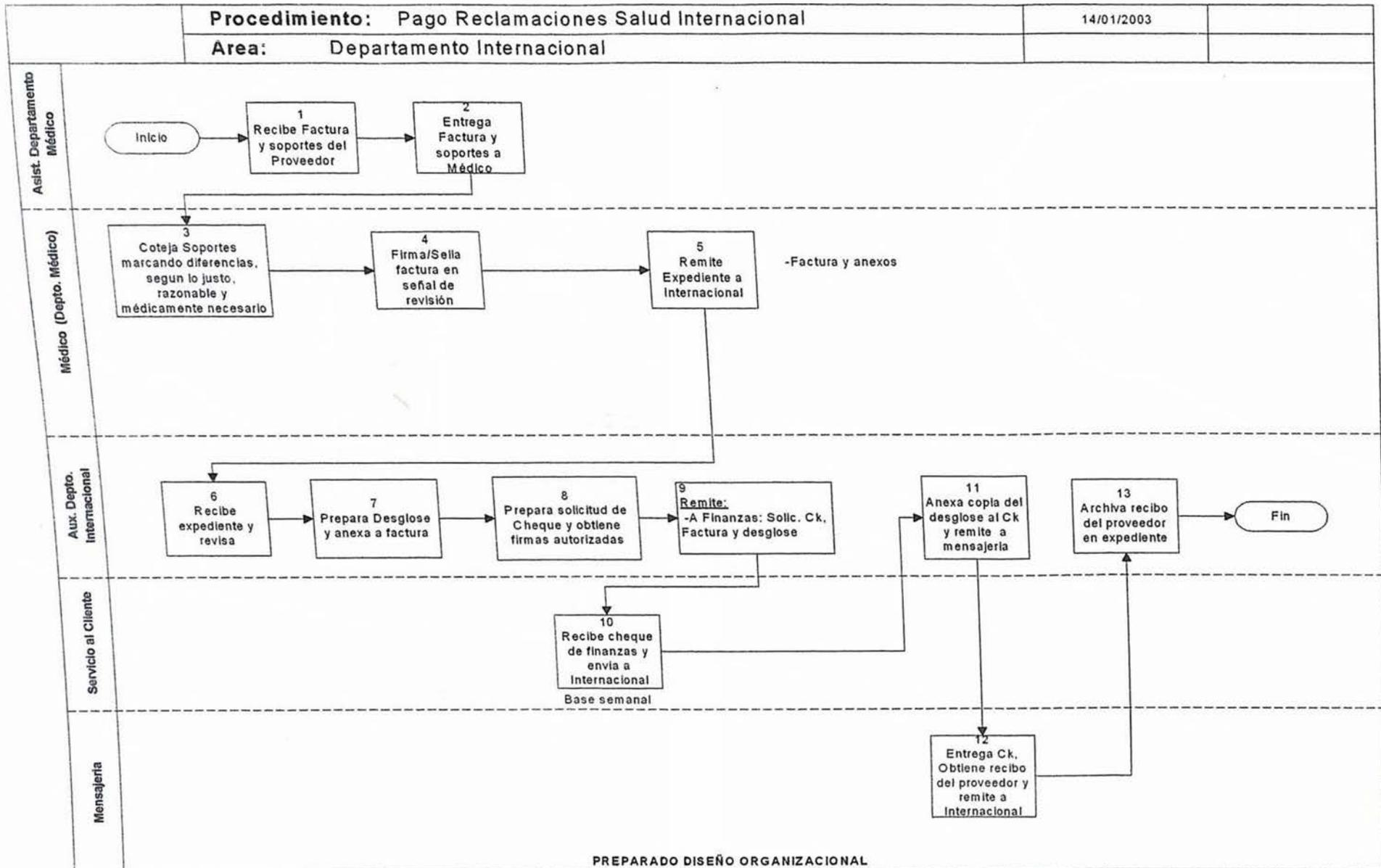


Fig. 4 Flujo grama del Proceso de Reclamación – Pago de la reclamación al centro médico

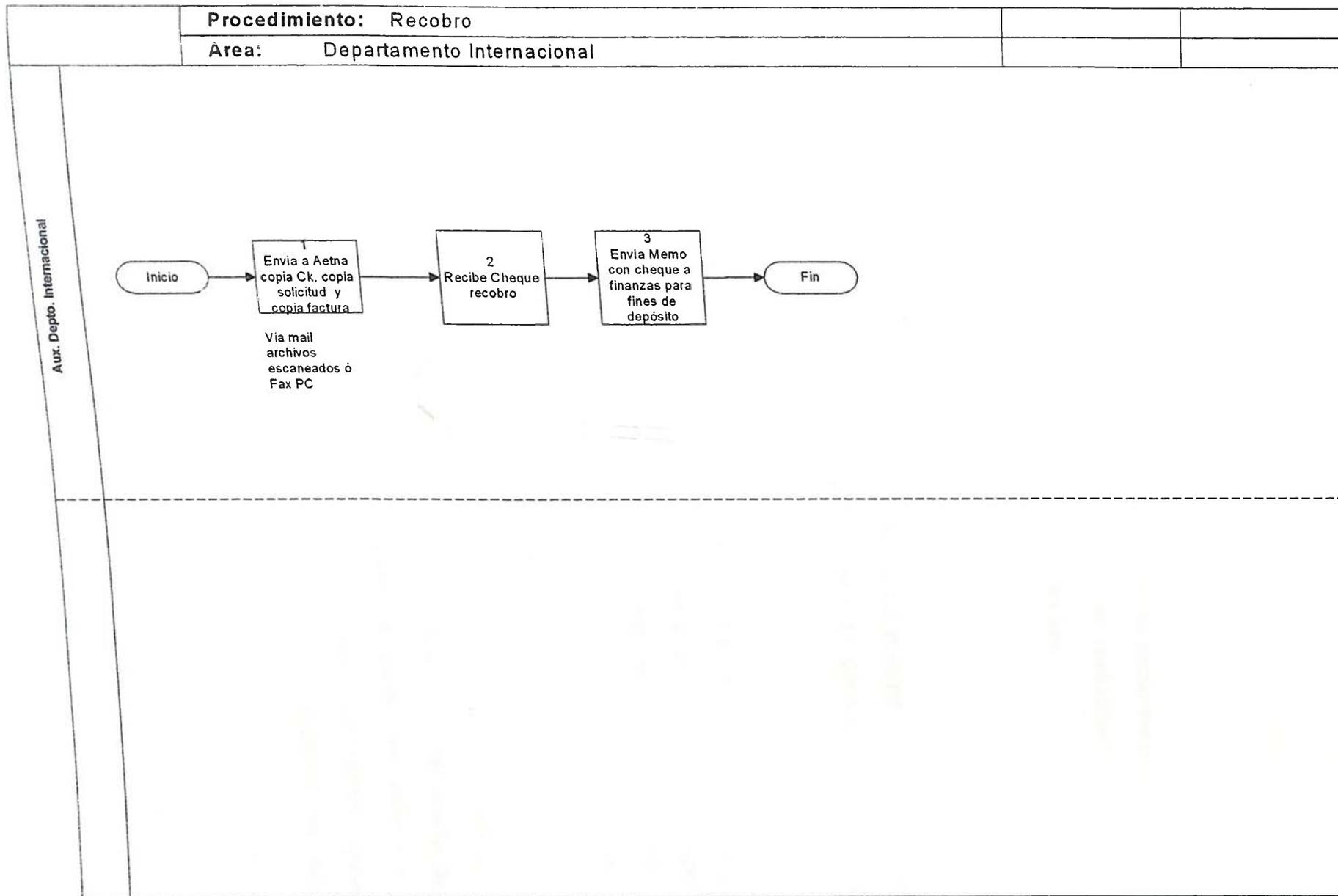


Fig 5. Flujo grama del Proceso de Reclamación – Recobro al reasegurador.

6.2.3.3 Identificar

A) Nuevos procesos: de acuerdo a las nuevas acciones establecidas, se identificaron cuales de los procesos no se realizaban anteriormente. Los nuevos procedimientos son los siguientes:

A.1 Organigrama Propuesto

Cuando el departamento pone en marcha las nuevas funciones surge la necesidad de crear un nuevo organigrama para el departamento de salud internacional.

El departamento de salud internacional contaba con tres asistentes (Ver Cap3. Organigrama), de los cuales uno de ellos lleva el control de un grupo de pólizas específicas que se trabajan de forma manual. Para estas pólizas manuales el asistente lleva el control tanto de las reclamaciones como el mantenimiento de la cartera de las mismas.

Para este caso se incluyeron este grupo de pólizas en el sistema, de manera que el mantenimiento de la cartera quedara a cargo del asistente de suscripción y su auxiliar, y las reclamaciones a cargo del asistente de reclamaciones, a fin de suprimir el puesto del asistente internacional y pasarlo como auxiliar de reclamaciones, originando como resultado el nuevo organigrama que podemos observar a continuación en la Fig. 11:

Fig. 11 Organigrama Definitivo del Departamento de Salud Internacional



La descripción de los puestos del nuevo organigrama sería la siguiente:

Gerente del Departamento: guía, orienta, establece las metas y es el responsable de la correcta consecución de las actividades. Autoriza los procedimientos y las emisiones de cheques.

Asistente de Suscripción: se encarga de la recolección, flujo y envío de las informaciones para completar todos los datos necesarios para la emisión.

Funciones:

- Recibir solicitud (Vía Fax PC)
- Corrige y hace las observaciones necesarias si la solicitud no está completa
- Indica los análisis médicos que correspondan de acuerdo a la edad y plan solicitado por el cliente
- Completada la solicitud – envía al reasegurador internacional

- Emite las cartas de: aceptación, declinación e información adicional, es decir, el status de la solicitud.

Auxiliar de Suscripción: se encarga de la recolección, flujo y envío de la correspondencia a los intermediarios, clientes y reasegurador.

Funciones:

- Recibir valija y/o correspondencia
- Enviar por valija las solicitudes físicas al reasegurador
- Emitir los contratos pólizas
- Enviar cartas de: aceptación, declinación e información adicional.

Asistente de Reclamaciones: se encarga de depurar los expedientes, para gestionar el pago de las reclamaciones a los centros médicos y realizar el recobro al reasegurador internacional.

Funciones:

- Depurar las facturas (preparando desglose*)
- Emitir solicitud de cheque
- Recobrar al reasegurador

Auxiliar de Reclamaciones: recibe y envía la correspondencia de las reclamaciones médicas. Gestiona el flujo adecuado de los documentos.

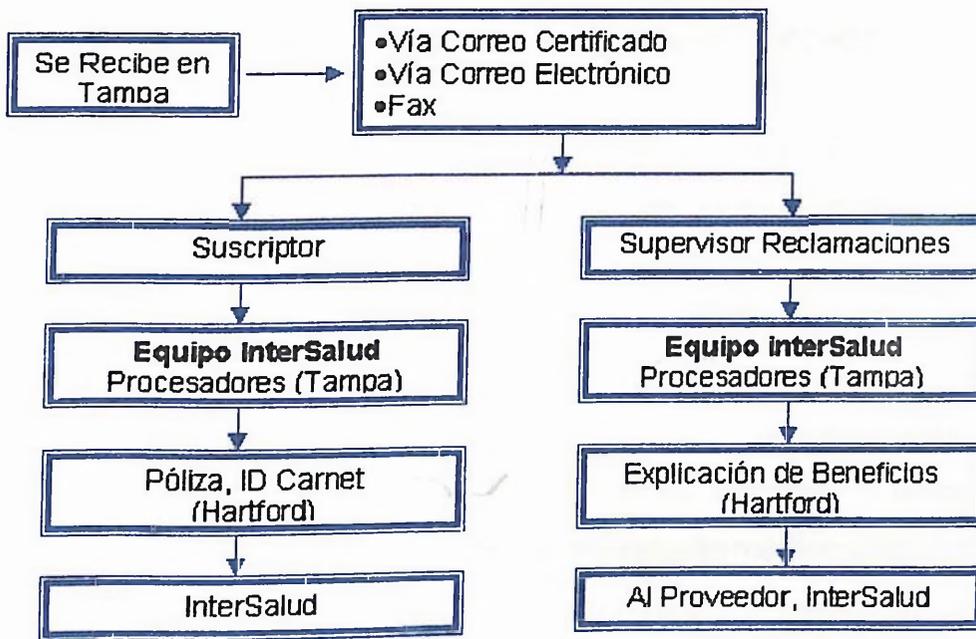
Funciones:

- Enviar documentos
- Recibir la correspondencia
- Archivar las explicaciones de beneficios

A.2 Proceso de Suscripción y Reclamación del Reasegurador.

Los procesos de suscripción y reclamación del reasegurador fueron modificados de acuerdo al nuevo uso del fax PC. Como podemos ver en la Fig.12, las informaciones se reciben en Tampa, cuando se reciben los documentos, el reasegurador cuenta con un equipo de procesadores que trabaja solo los casos de InterSalud, a fin de prestar los servicios de acuerdo a los tiempos de respuestas establecidos entre InterSalud y el reasegurador. A continuación se encuentran los detalles de las actividades:

Fig. 12 Cuadro de los Procesos de Suscripción y Reclamación del Reasegurador Internacional



A.3 Pre-certificación

Los requisitos necesarios para el informe de pre-certificación de las reclamaciones locales son los siguientes:

En los casos de internamientos en emergencias el Centro Médico debe de facilitar las siguientes informaciones:

1. Formulario de Pre-certificación Internamientos de Emergencia.
2. Copia de la historia clínica completa o de la nota de ingreso.
3. Copia de las notas de evolución.
4. Copia de las ordenes médicas.
5. Copia de resultados de laboratorio.
6. Copia de resultados de estudios realizados.

En los internamientos programados el asegurado debe de entregar al departamento médico diez días antes del ingreso al centro asistencial las informaciones siguientes:

1. Formulario de Pre-certificación Internamientos Programadas.
2. Historial Clínico (antecedentes, historia de enfermedad actual)
3. Informe del tipo de procedimiento que se le realizará al paciente
4. Copia de los resultados de los estudios del laboratorio
5. Copia los resultados del estudio médico diagnosticado
6. Tiempo de estadía estimado por el médico tratante del paciente en el centro asistencial
7. Presupuesto estimado por el médico tratante.

Con el nuevo proceso de pre-certificación las reclamaciones locales son aperturadas por el departamento médico.

A.4 Fax PC.

El uso del Fax PC se utiliza para el envío de documento, del departamento de salud internacional al reasegurador y de los corredores al departamento internacional.

Usos en el Proceso de Suscripción:

- El corredor envía la solicitud por fax, a la PC del departamento de internacional, para que el asistente pueda corregir todos los detalles antes de recibir la solicitud física.

- Cuando se completa la solicitud y se recibe el documento físico se envía por fax al reasegurador y este comienza la evaluación con el documento en su computador, de esta forma cuando finaliza la evaluación el reasegurador lo comunica vía e-mail al departamento de internacional, permitiendo así emitir la póliza sin que el reasegurador tenga que esperar la recepción de la valija con el documento físico.

Uso en el Proceso de Reclamación:

- Para el recobro de las reclamaciones se envían por fax las facturas y la copia del cheque emitido para el pago al centro, de esta forma el reasegurador evalúa el expediente y emite el pago.

A.5 Tiempos con el Reasegurador

En cuanto a los tiempos se establecieron los siguientes parámetros, entre la compañía InterSalud y el reasegurador internacional:

1. Cuando la solicitud es completada se envía directamente al reasegurador vía Fax PC y este cuenta con 5 días para hacer la aprobación de la misma.
2. Cuando el reasegurador aprueba o declina la solicitud, envía al departamento de internacional vía e-mail y este responde al cliente en un máximo de 2 días.
3. Realizada la comunicación al cliente, este tiene 30 días para efectuar el pago.

B) Creación y modificación de formas: se crearon planillas de control para los nuevos procedimientos y se modificaron algunos de los documentos de trabajo utilizados.

B.1 Modificaciones:

Solicitud de los Planes: se evaluaron cuales de los puntos eran los que frecuentemente se quedaban incompletos y de acuerdo al acápite se ampliaban las letras o se modificaron las preguntas. (Ver anexos, Planilla1).

Literatura de los Planes: se documentó como contexto el proceso de pre-certificación, a fin de dar a conocer a los asegurados los pasos a seguir en el nuevo proceso.

B.2 Nuevas Formas:

Cronológico de Expediente: este formulario fue diseñado para controlar el manejo del expediente. Su uso consiste en anexar el formulario a cada expediente y cada vez que este sea utilizado registrar el nombre de la persona que lo trabaja, la fecha, el departamento al que pertenece y para que es utilizado.

Con esto se busca conocer el movimiento del expediente y donde están los embotellamientos de cada proceso. (Ver Anexos, Formulario1)

Formularios de Pre-certificación: estos fueron diseñados por el departamento médico, con el objetivo de controlar el proceso de pre-certificación. Existen dos formularios, uno para internamientos programados y el segundo corresponde a los internamientos en emergencia. (Ver anexos, Formulario 2, 3).

Formulario de Desglose: este formulario se utiliza en el pago de las reclamaciones a los centros médicos, su función es permitir conocer al centro asistencial el desglose de aquellos procesos, medicamentos o instrumentos que no están en lo justo, razonable y médicamente necesarios o no forman parte de acuerdo establecido. (Ver anexos, Formulario 4)

C) Eliminación de Procesos

- Recobro al reasegurador por valija
- Envío de solicitud para corrección

6.3 Ciclo PHVA – Verificar.

En esta fase nuestro interés es analizar los resultados obtenidos después de la aplicación de los nuevos procesos, y contrastando con las informaciones obtenidas antes de la puesta en ejecución de los mismos.

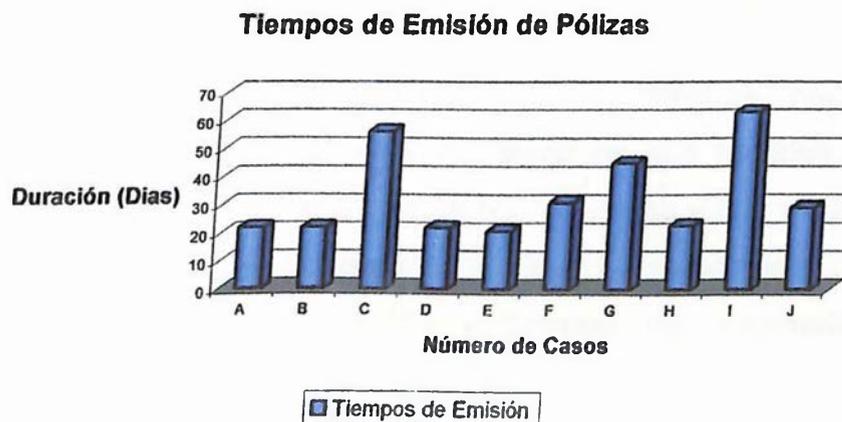
En este sentido, realizaremos nuestro análisis considerando tanto el proceso de emisión como el de reclamación.

6.3.1 Tiempos.

6.3.1.1 Suscripción

A fin de conocer la estabilidad de los procesos existentes en suscripción, procedimos a realizar la variabilidad en los tiempos, para una muestra de casos escogidas aleatoriamente, utilizando de soporte la Fig.13, la cual nos permite observar la inestabilidad de los tiempos de emisión.

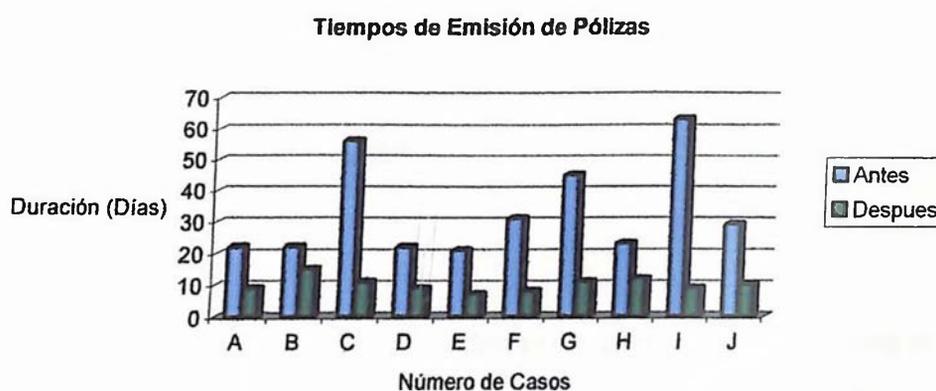
Fig. 13 Tiempos de emisión de pólizas del proceso de suscripción anterior.



Una vez puesto en marcha las nuevas alternativas a desarrollar y transcurrido el tiempo necesario para obtener una muestra que permitiese el contraste con las informaciones presentadas en la Fig. 13, se efectuaron los análisis de estabilidad y mejora en tiempos de respuestas.

Pudiendo observar no solo una mejor estabilidad sino también una notable reducción en los tiempos de respuesta para las emisiones, tal como se puede observar en la Fig. 14.

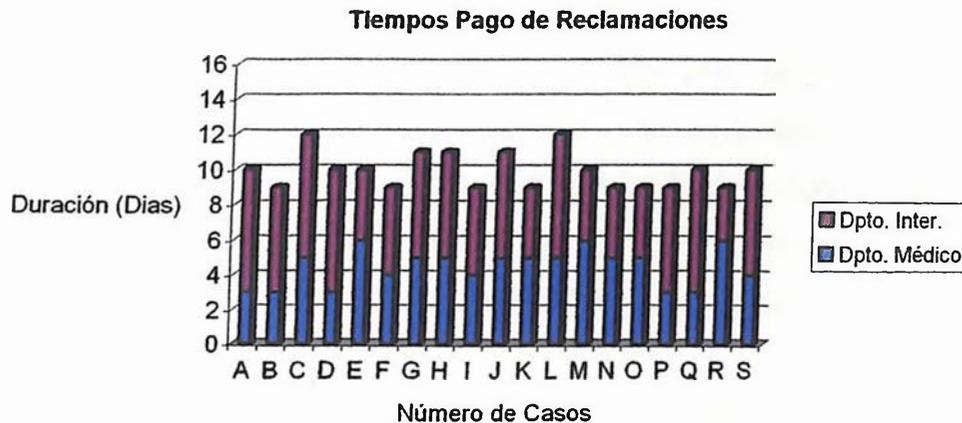
Fig. 14 Comparación de los tiempos de emisión del proceso anterior y el nuevo proceso.



6.3.1.2 Reclamación

Muy a pesar de no poseer los mecanismos para evaluar las reclamaciones, tanto en su estabilidad, como en sus tiempos de respuestas antes de la puesta en marcha de los mismos procesos y con el fin de contrastar ambos resultados, podemos observar en la Fig. 15, que el nuevo proceso cuenta con la característica de estabilidad y tiempos de respuestas según los parámetros expuestos en el punto 6.1.3.

Fig. 15 Tiempos de duración para el pago de las reclamaciones



6.4 Ciclo PHVA – Actuar.

En esta fase del ciclo PHVA estaremos evaluando cada una de las fases anteriores, a fin de tomarlas como base de medición para considerar el proceso de estandarización, basándonos en los procesos de verificación que pudimos observar en el numeral 6.3, pudimos notar que luego de la aplicación de los nuevos procesos, los mismos tienen un comportamiento estable a la vez que se logró una enorme reducción de los tiempos de respuestas tanto para el proceso de emisión de pólizas, como el pago de las reclamaciones.

Basados en lo anteriormente expuesto se procede a dejar fijo e implementados cada uno de las acciones y de los procesos propuestos y mantener la dinámica de entrenamientos que se impartió, a todas las áreas proveedores e instituciones involucradas, lo cual permitirá mantener un

constante reforzamiento de los procesos implementados y a la vez capacitar a los nuevos integrantes en el proceso.

Adicionalmente, se documentarán cada una de las acciones tomadas realizando un compendio de las mismas y entregándolo al departamento de internacional y a la administración, con la finalidad de dejar documentadas las acciones y procesos implementados, a fin de que sirvan de consulta para mantener las políticas de servicio establecidas en el punto 6.1.3.

6.5 Preparación Del Manual de Procedimiento.

Se presentará a la administración una propuesta para la implementación de un manual de procedimientos en el departamento de salud internacional, de manera que los nuevos procedimientos puedan ser documentados y se pueda dar seguimiento a cada uno de las nuevas actividades implementadas.

***Propuesta técnica:**

-Antecedentes: el departamento de Salud Internacional solo cuenta con un manual del producto donde se presentan las características principales de la cobertura y los servicios que sus planes ofrecen, este manual fue preparado por el departamento de operaciones. En la actualidad no existen registro de un manual de procedimientos que contenga los procesos del departamento.

-Naturaleza: Manual de Procedimiento.

-Justificación: la documentación de las mejoras de los procesos del departamento le permitirá:

- Instruir al personal acerca de aspectos tales como: Objetivos, funciones, relaciones, políticas y procedimientos.
- Precisar las funciones, evitar duplicidad y detectar omisiones.
- Coadyuvar a la ejecución correcta de las labores asignadas al personal y propiciar la uniformidad en el trabajo.
- Servir como medio de integración y orientación al personal de nuevo ingreso, y facilitar su incorporación a las distintas funciones operacionales.

-Objetivos: contar con un manual de procedimientos que sirva de soporte para la realización de las funciones de los nuevos procesos establecidos, que permita al personal del departamento de salud internacional y los nuevos integrantes, contar con un instrumento de integración y orientación que facilite su incorporación y adaptación en las distintas funciones operacionales.

-Alcance: este proyecto solo cubre el departamento de salud internacional, y su asociación con aquellas áreas que sirven de soporte para la correcta ejecución de los procesos.

-Recursos: serán utilizados los recursos humanos y tecnológicos que posee el departamento y aquellas áreas asociadas al mismo.

6.5.1 Presentación Del Proyecto A Las Autoridades Competentes.

Para depurar el contenido del proyecto, afinar sus parámetros y determinar su viabilidad operativa, es recomendable presentarlo a:

a) Participantes

Director de seguros de personas, sub-directora del departamento de salud internacional, departamento de salud internacional y departamento médico.

b) Áreas afectadas por la implantación del proyecto.

Departamento médico.

c) Responsable De Su Autorización

Director del departamento de seguro de personas.

Subdirectora del departamento de salud internacional.

d) Investigación documental:

- Tiempos aprobados por la administración.
- Tabulación de los procesos.
- Flujo gramas propuestos.

CONCLUSIONES

Se crearon las políticas de servicios de acuerdo a los datos observados en el análisis de las operaciones del departamento, donde pudimos notar la ausencia de definición de tiempos para las actividades de cada proceso. Las nuevas políticas nos permitieron tomar como parámetros las medidas establecidas, y de esta forma lograr los tiempos esperados.

Utilizando las herramientas de causa-efecto, logramos determinar las causas que originaban los retrasos, tanto en las emisiones como en las reclamaciones. Realizando la técnica del 5W + 1H para cada diagrama, se tomaron las medidas correspondientes para solucionar cada uno de los problemas.

Con los nuevos procedimientos propuestos, se logró la estabilidad en los procesos del departamento de salud internacional, mediante entrenamientos y preparación del personal. Estos entrenamientos se realizaron tanto para los clientes internos (Dpto. Médico), como los externos (agentes, corredores).

Se diseñaron los flujo gramas de los nuevos procesos establecidos, con el objetivo de brindar al departamento una representación gráfica de la sucesión en que se realizan las operaciones de los procesos, mostrando el recorrido de los documentos, los puestos que intervienen y las áreas involucradas.

Este proyecto permitió renovar los procesos de suscripción y reclamación del departamento e incentivo a la organización a continuar con este ciclo de mejoramiento, lo cual hace que la empresa esté en constante actualización; además, permite que la organización sea más eficiente y competitiva, fortalezas que le ayudarán a permanecer en el mercado.

Contar desde hace quince años, con el apoyo de una compañía de prestigio, calidad y servicio, como Aetna Global Benefit, ha permitido que la compañía InterSalud sienta las bases de solidez y confianza en sus asegurados, buscando así, fortalecer aun más la competitividad y capacidad de enfrentar con éxito los compromisos que imponen el mercado dominicano.

La compañía InterSalud debe de emprender la búsqueda de la excelencia, y comprender que es un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día. Dicho proceso debe ser progresivo y continuo.

El sistema del mejoramiento continuo en los procesos debe incorporar todas las actividades que se realicen en la empresa a todos los niveles y que este proceso sea un medio eficaz para desarrollar cambios positivos que van a permitir ahorrar dinero tanto para la empresa como para los clientes, ya que las fallas de calidad y tiempo de los procesos cuestan dinero.

A raíz de la implantación de un proceso de cambio en el departamento de salud internacional, se culminó con la propuesta de un manual de procedimiento de los nuevos procesos, para facilitar el desarrollo de las nuevas actividades, conocer las funciones específicas del personal y el detalle de las operaciones que conlleva cada uno de los procesos de suscripción y reclamación.

RECOMENDACIONES

Entrenar al personal del departamento, sobre el uso del manual de los procedimientos, a fin de crear una cultura de servicio donde se implementen las nuevas políticas y normas del departamento, que permita guiar y orientar a los nuevos integrantes del departamento, logrando controlar los procesos y el correcto funcionamiento de las actividades.

Crear una cultura de servicio en la cual el objetivo principal sea aplicar los métodos del mejoramiento continuo, donde participen todos los niveles jerárquicos de la compañía, a fin de mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización o de las áreas que se implemente.

Utilizar el manual de los procedimientos como una herramienta práctica y sencilla en los procesos de suscripción y reclamación e integrar la documentación al sistema para ofrecer el servicio en toda la red.

BIBLIOGRAFIA

MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo. *Metodología, Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas*. Colombia, McGRAW – Hill INTERANERICANA, S.A., 1997. Segunda Edición.

JURAN, J. M. y GRYNA, Frank. *Análisis Y Planeación De La Calidad*. México, McGRAW – Hill/INTERANERICANA DE MEXICO, S.A., 1995. Tercera Edición.

RODRÍGUEZ VALENCIA, Joaquín. *Como Elaborar Y Usar Los Manuales Administrativos*. ECAFSA THOMSON LEARNING, 2002. Tercera Edición.

CORREA, Carmen y DÍAZ COLON, Abigail. *Administración De Documentos, Procedimientos Y Base De Datos..* México, McGRAW – Hill INTERANERICANA Editores, S.A. de C.V., 1997. Primera Edición.

ALVAREZ DE O'LEO, Clara. *Glosario de Términos de Seguros*. República Dominicana, CONADEX, C. Por A., 2002. Primera Edición.

Direcciones en Internet:

<http://www.monografias.com/trabajos/mejorcont/mejorcont.shtml>

http://www.segurosfarmers.com/Esp/glossary/ESP_glossaryA.jsp

<http://www.expansiondirecto.com/edicion/noticia/0,2458,64734,00.html>

ANEXOS



**CUADRO 1
RESUMEN DIFERENCIAS
PLANES DE SALUD INTERNACIONAL**

	CORPORATIVO		INDIVIDUAL	
BENEFICIO MAXIMO DE POR VIDA	US\$5,000,000		US\$1,000,000	
COBERTRA DE SEGURO DE VIDA	\$10,000 / \$25,000 / \$50,000		\$10,000 / \$25,000 / \$50,000 / \$100,000	
CATEGORIAS SOLICITANTE ELEGIBLE PARA INGRESO	<ul style="list-style-type: none"> - Residir en Rep. Dom. - Edad menor a 70 años - Ser empleado permanente de la empresa 		<ul style="list-style-type: none"> - Residir en Rep. Dom. - Edad menor a 70 años - El de mayor edad será El asegurado principal 	
CATEGORIAS DEPENDIENTES ELEGIBLE	<ul style="list-style-type: none"> - El conyuge del empleado elegible - Hijos solteros menores de 25 años - Un hijo legalmente adoptado 		<ul style="list-style-type: none"> - El conyuge del solicitante principal - Hijos solteros menores de 23 años - Un hijo legalmente adoptado 	
CO-PAGOS CONSULTAS MEDICAS (NO QUIRURGICAS) EN USA	\$25.00		\$10.00	
RED DE AFILIADOS	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA
DEDUCIBLE INDIVIDUAL POR AÑO CALENDARIO*	\$1,000	\$3,000	PLAN I \$500 PLAN II \$2,500 PLAN III \$5,000	\$1,000 \$4,000 \$7,500
COASEGURO INDIVIDUAL POR AÑO CALENDARIO	\$3,000	\$5,000	\$2,000	\$4,000
MAXIMO A PAGAR POR EL ASEGURADO POR CUENTA PROPIA POR AÑO CALENDARIO	\$4,000	\$8,000	PLAN I \$2,500 PLAN II \$4,500 PLAN III \$7,000	\$5,000 \$8,000 \$11,500
COBERTURA PARA MAYORES DE 70 AÑOS				
LIMITE DE COBERTURA GASTOS MEDICOS	\$500,000		\$500,000	
LIMITE DE DEDUCIBLE	\$4,000		\$2,000	
LIMITE DE COASEGURO	\$3,000		\$2,000	

*El limite de deducible por familia es el doble del deducible individual.



FORMULARIO 2

FORMULARIO DE CERTIFICACION DE INTERNAMENTOS DE EMERGENCIA

Fecha de reporte: Hora: Numero de Record:

Nombre del asegurado principal:

Nombre del paciente:

Edad: Sexo No. de ID: No de Grupo:

Lugar de internamiento: Habitación:

Fecha de ingreso: Hora: Fecha de Egreso: Hora:

Diagnóstico: Medico Tratante: Especialidad:

Es Médico afiliado? Código del Médico Cédula

Contacto Teléfono: Ext.: Fax.: Email:

Tipo de Plan:

Tiene el paciente otro seguro de salud?: SI No Cual? No. de Carnet:

PARA USO INTERNO DE LA Compañía

Esta Vigente la Póliza? No Si Fecha efectiva de la póliza

Intermediario: Código del Intermediario: Numero de póliza:

Firma responsable de llenar este reporte: Departamento:

Nota: Favor de llenar completa y correctamente este reporte, Imprimirlo y remitirlo inmediatamente al depto medico

DEPARTAMENTO MEDICO

Fecha de entrega de este reporte al Dpto medico: Hora:

Cuando se reporto este internamiento? Al Ingres Durante el Ingreso: A la de alta: Después de la de alta:

Fecha de visita al centro: Hora visita: MEDICO SUPERVISOR

Breve historial clínico:

1-Via de ingreso:

2-Sintomas y signos de presentación: DIAS DE EVOLUCION:

3-Antecedentes patológicos: OBSERVACIONES:

4-Examen físico:

5-Exámenes de Laboratorios, Medio de Diagnósticos Y Pruebas de Gabinete:

Tratamiento Médico realizado:

Procedimientos Realizados:

Diagnostico Definitivo:

Revisión de solicitud del asegurado: A)-No fue necesario B)-No se encontro la solicitud C) Declaro la enfermedad D)-No declaro la enfermedad

Comentarios y recomendaciones:

Dr. Radhames Mateo Director medico depto seguros personas Segna

Dr. Jose M. Montero Medico Asistente depto medico seguros personas Segna

Cobertura aceptada Cobertura declinada Motivos de declinación:

A) Se ocultó información F) Maternidad

B) Pre-existencia G) Póliza cancelada

C) Enfermedad congénita H) Otros

D) Procedimiento ambulatorio

E) Internamiento menor de 24 horas

Se revisaron las facturas? SI NO

Se revisaron los honorarios? SI NO

Fecha de entrega al Dpto. internacional HORA: FIRMA RECIBIDO:

FORMULARIO 3

Asegurado principal		Nombre		Nombre de la empresa		No. de póliza		No. de cédula	
Para el paciente		Nombre del paciente		Edad		Sexo M F		No. de grupo	
Tipo de plan		Está vigente su póliza? Si No		Teléfono		Celular		Beeper	
Fax		E-mail		Intermediario				Teléfono intermediario	
Centro donde ingresará								Fecha programada de hospitalización Día Mes Año	
Diagnóstico(s)									
Médicos tratantes		Especialistas						Teléfonos	
A)									
B)									
C)									
Tiempo tratándose con su médico?									
Enumere las enfermedades por las cuales ha sido usted tratado en los últimos 5 años									
Tiene usted otro tipo de seguro de salud? Si No		en caso afirmativo, Cual?							

Firma del paciente o persona responsable

Para el médico tratante (Nota: Favor de anexar la siguiente documentación, la cual es necesaria para fines de aprobación de cobertura)

- a) Historial clínico (antecedentes, historia de enfermedad actual).
- b) Informe del tipo de procedimiento que se le realizara al paciente.
- c) Copia de los resultados de los estudios del laboratorio.
- d) Copia resultados de estudios de medios diagnósticos.
- e) Tiempo de estadía estimado por el médico tratante del paciente en el centro asistencial.
- f) Presupuesto estimado por el médico tratante (favor de incluir honorarios profesionales).

Nota: Favor entregar este formulario con las copias anexas al departamento médico de Segna y agregar Teléfono, celular, beeper, fax o e-mail.

Es usted médico afiliado a nuestra empresa?		Cédula		No. de código	
Si No					
Firma del Departamento Médico			Fecha de recepción informes		



FORMULARIO 4

SEGURO DE PERSONAS
 DESGLOSE DE PAGO
 Liquidación de Gastos Médicos Locales
 (Expresados en RD\$ pesos)

Proveedor:
 Factura No:
 Asegurado Principal:
 Paciente:
 Contratante:
 ID Number:
 Control Number:
 Diagnostico:
 Procedimiento:

Fecha de Nacimiento: Edad:
 Internamiento
 Desde:
 Hasta:
 Días: 0

Detalle del Servicio Recibido	Valor facturado	Cargo Negociado	Valor No Cubierto	Valor Cubierto Por Seguro Local	Total a Pagar
					\$ -
					\$ -
		\$ -			\$ -
					\$ -
					\$ -
Sub-Total	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Honorarios Médicos	Valor facturado	Cargo Negociado	Valor No Cubierto	Impuestos/Servicios Profesionales	Total a Pagar
Sub-Total	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

					Total a Pagar
Total valor facturado:	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Detalles de los Valores no Cubiertos o Negociados.

 Firma Autorizada

En caso de no estar de acuerdo con este pago favor referirse al departamento de Afiliación dentro de los proximos 15 dias llamando a los telefonos 476-3800/3833/3810 De lo contrario este pago se considerará aceptado.

**Tabla de Datos 1
PROCESO DE SUSCRIPCION**

Procedimiento Actual

	CASOS (días)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Recibir Solicitud	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Se solicita completar todos los acápite de la solicitud al cliente				4			1		8	2
Se recibe solicitud corregida				8					29	10
Se solicita completar todos los acápite de la solicitud al cliente nuevamente				9					1	5
Se recibe solicitud corregida nuevamente									8	2
Enviar por Valija a Aetna	1	2	7		5	8	10	2	7	1
Solicitud de Información Adicional por Aetna	5		14							
Enviar comunicación al cliente, acerca de la información que se requiere	6		6							
Recibe respuesta del cliente	7		18							
Enviar la respuesta solicitada Aetna	1		7							
Aetna envía solicitud de aprobación	1	11	2		14	7	30	11	5	7
Se envía carta de aprobación al cliente		8	1		1	15	3	9	4	1
Total	22	22	56	22	21	31	45	23	63	29

Procedimiento Propuesto

	CASOS (días)									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Recibir Solicitud vía Fax PC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Se solicita completar todos los acápite de la solicitud al cliente		1						2		
Se recibe solicitud corregida		3						4		
Se solicita completar todos los acápite de la solicitud al cliente nuevamente		1								
Se recibe solicitud corregida nuevamente		3								
Enviar por e-mail / fax PC a Aetna	1	1	3	2	1	1	3	1	1	2
Solicitud de Información Adicional por Aetna										
Enviar comunicación al cliente, acerca de la información que se requiere										
Recibe respuesta del cliente										
Enviar la respuesta solicitada Aetna	5	4	5	4	4	4	5	3	5	5
Aetna envía solicitud de aprobación	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
Se envía carta de aprobación al cliente										
Total	9	15	11	9	7	8	11	12	9	10

HOJA DE EVALUACION

Darly Solís A.

**Darly Solís Ángeles
Sustentante**

Dr. José Felipe Guillén
Consejero

José Milton Puerto
Miembro del Jurado

Carlos Enrique Durán
Miembro del Jurado

[Signature]
Presidente del Jurado

**Ing. Julio Núñez
Director
Escuela de Ingeniería Industrial**

**Ing. Franklin Objío
Decano
Facultad de Ciencia y Tecnología**

Fecha: 16/9/2003

Calificación: A