

# Trabajo Fin de Máster

MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
DIRECCIÓN DE OPERACIONES Y  
CALIDAD



## Proyecto de Mejora Proceso Selección de Riesgos Sistema Profesional

**PRESENTADO POR:**

María del Carmen Uzquiano Bonilla

**DIRIGIDO POR:**

Aurora Martínez Martínez

Madrid, Julio 2015

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCION .....</b>  | <b>4</b>  |
| 1.1. OBJETO DEL TRABAJO .....  | 5         |
| 1.2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO .....  | 6         |
| 1.3. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO .....  | 6         |
| <b>CAPÍTULO 2: DESCRIPCION DE LA SITUACION DE PARTIDA Y<br/>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b> | <b>7</b>  |
| 2.1. INTRODUCCIÓN .....  | 8         |
| 2.2. UNA APROXIMACIÓN A LA EMPRESA.....  | 8         |
| 2.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....  | 10        |
| 2.4. DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS DEL PROBLEMA.....  | 10        |
| 2.5. CONCLUSIONES.....   | 30        |
| <b>CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO .....</b>   | <b>31</b> |
| 3.1. INTRODUCCIÓN .....  | 32        |
| 3.2. FINALIDAD Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DEL TRABAJO .....   | 32        |
| 3.3. METODOLOGÍAS .....  | 35        |
| 3.4. CONCLUSIONES.....   | 42        |
| <b>CAPÍTULO 4: DISEÑO DE LA SOLUCIÓN.....</b>  | <b>43</b> |
| 4.1. INTRODUCCIÓN .....  | 44        |
| 4.2. DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN .....  | 44        |
| 4.3. PARTICULARIDADES DEL PROCESO .....  | 55        |
| 4.4. CRONOLOGÍA DEL PROYECTO .....   | 57        |
| 4.5. CONCLUSIONES.....   | 58        |
| <b>CAPÍTULO 5: RESULTADOS OBTENIDOS .....</b>  | <b>59</b> |
| 5.1. SINTESIS DE LOS RESULTADOS.....   | 60        |

# INDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabla 1.</b> Grupos de interés de Mutualidad de la Abogacía (Stakeholders) ..... | 11 |
| <b>Tabla 2.</b> Mecanismos de Coordinación Mutualidad Abogacía.....                 | 12 |
| <b>Tabla 3.</b> Actividad Valorar y Gestionar Riesgo (tiempo).....                  | 25 |
| <b>Tabla 4.</b> Actividad Valorar y Gestionar Riesgo (Costes). .....                | 25 |
| <b>Tabla 5.</b> Actividad Gestionar Incidencias (tiempo) .....                      | 27 |
| <b>Tabla 6.</b> Actividad Gestionar Incidencias (coste). .....                      | 27 |
| <b>Tabla 7.</b> Medidas de Desempeño. ....  | 28 |
| <b>Tabla 8.</b> Indicadores Clave del proceso .....                                 | 61 |

# INDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1.</b> Procesos Clave Mutualidad Abogacía.....                                 | 9  |
| <b>Figura 2.</b> Mapa de Operaciones Mutualidad de la Abogacía .....                     | 13 |
| <b>Figura 3.</b> Formulario de Definición de Proceso.....                                | 14 |
| <b>Figura 4.</b> <i>Project Charter</i> .....  | 15 |
| <b>Figura 5.</b> Mapa del Proceso AS-IS .....  | 19 |
| <b>Figura 6.</b> Solicitud de contratación Sistema de Previsión Social Profesional.....  | 20 |
| <b>Figura 7.</b> Valoración del Riesgo Sistema Profesional .....                         | 21 |
| <b>Figura 8.</b> Gestión del Riesgo Sistema Profesional.....                             | 22 |
| <b>Figura 9.</b> Gestión de Incidencias ICAM. .....                                      | 23 |
| <b>Figura 10.</b> Pirámide Modelo Medida de Desempeño.....                               | 29 |
| <b>Figura 11.</b> Esquema proceso solicitud de servicio Mutualidad de la Abogacía.....   | 33 |
| <b>Figura 12.</b> Modelo de Gestión de Calidad basado en procesos .....                  | 36 |
| <b>Figura 13.</b> Cinco etapas en la realización de un proyecto Seis Sigma .....         | 38 |
| <b>Figura 14.</b> Ciclo de Mejora de Procesos.....                                       | 41 |
| <b>Figura 15.</b> Diagrama de Flujo Futuro Valoración del Riesgo Sistema Profesional.... | 47 |
| <b>Figura 16.</b> Diagrama de Flujo Futuro Gestión del Riesgo Sistema Profesional. ....  | 49 |
| <b>Figura 17.</b> Mapa To-Be Valorar Riesgo Sistema Profesional.....                     | 52 |
| <b>Figura 18.</b> Mapa To-Be Selección y Gestión de Riesgos Sistema Profesional.....     | 53 |
| <b>Figura 19.</b> Mapa Should-Be Gestión de avisos y notificaciones. ....                | 54 |

# CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

---

**1.1. Objeto del trabajo**

**1.2. Antecedentes y justificación del trabajo**

**1.3. Estructura del documento**

## 1.1. OBJETO DEL TRABAJO

El presente proyecto tiene como objeto realizar la mejora del proceso de Selección de Riesgos del Sistema de Previsión Social Profesional de la Mutualidad de la Abogacía.

La Mutualidad de la Abogacía es una entidad privada que opera sin ánimo de lucro, cuyo fin es ofrecer a los profesionales del Derecho y sus familiares la posibilidad de cubrir sus necesidades de previsión, ahorro y seguro.

El Sistema de Previsión Social Profesional es el principal producto de la organización, utilizado por los abogados que ejercen por cuenta propia como su sistema obligatorio de previsión, alternativo al régimen de autónomos.

La selección de riesgos es el proceso a través del cual se realiza una evaluación del riesgo que representa un solicitante antes de que pueda ser asegurado en la compañía. Los riesgos que se evalúan en este sistema son las coberturas de Fallecimiento, Incapacidad Permanente e Incapacidad Temporal Profesional.

El mencionado proceso forma parte de los procesos clave de la organización y debido a su importancia se pretender realizar una mejora del mismo en base a los siguientes objetivos:

- Reducir el tiempo medio del proceso.
- Reducir el número de solicitudes que requieren llamada adicional.
- Aumentar el número de solicitudes que se tramitan con éxito.

Estos objetivos se pretenden conseguir automatizando actividades y tareas por medio de la utilización de las tecnologías de la información, eliminando actividades que no aportan valor y regulando los plazos de respuesta del cliente a través de un mejor seguimiento.

A tal fin, será necesaria la utilización de técnicas de planificación y análisis como el *Project Charter*, los Mapas de Procesos, Diagramas de Flujo y Análisis de Valor Añadido (AVA), así como técnicas de diseño como los Diagramas To-Be.

El proyecto de mejora se realiza conforme a los conocimientos adquiridos durante los estudios realizados en el Máster Universitario en Dirección de Operaciones y Calidad de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).

## **1.2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

La metodología escogida para la mejora del proceso es Ciclo de Mejora de Procesos de Negocio (CMP) desarrollado por los profesores José María Berenguer y Juan Antonio Ramos-Yzquierdo (2004).

El CMP propone ocho fases: Sensibilización, Identificación, Planificación, Análisis, Diseño, Implementación, Control y Capacitación.

La citada metodología se ha estudiado a fondo en el Máster, conociéndose su minuciosidad y meticulosidad a la hora de definir cada fase, actividades y tareas que lo componen.

Este modelo describe paso a paso diversas técnicas que se pueden utilizar en función de los problemas a resolver, entre las cuales se encuentran las necesarias para analizar y mejorar el proceso del que trata el presente proyecto.

Se considera este proceso lo suficientemente relevante para realizar el proyecto de mejora ya que el sistema Profesional es el producto principal de la compañía y el proceso de Selección de Riesgos, además de ser un proceso clave y de obligado cumplimiento, conlleva una serie de actividades que alargan la suscripción del seguro, convirtiéndose de cara al cliente como un paso fastidioso y largo que conviene aligerar.

Los principales parámetros que se van a evaluar son: Tiempo de proceso y Número de solicitudes que requieren llamada por incidencia.

Con la mejora de este proceso se pretende aumentar la satisfacción del cliente, que verá finalizada la suscripción del seguro con mayor rapidez; también eliminar tareas superfluas de los gestores de riesgo, que podrán dedicar tiempo a otras actividades que mejoren éste u otro proceso de la compañía y reducir el número de llamadas por incidencias que los gestores telefónicos deben realizar, liberándoles de tiempo para otras gestiones.

## **1.3. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO**

El documento se ha organizado en cinco capítulos. En el primero se realiza una introducción al TFM, describiendo el objeto, los antecedentes, la justificación y estructura del trabajo. En el segundo capítulo se describe detalladamente el problema y su entorno, realizando un análisis y diagnóstico del mismo. En el tercer capítulo se encuadra teóricamente y se describe la metodología aplicada, así como otras metodologías similares. Por último, en el cuarto y quinto capítulo se desarrolla la solución diseñada, exponiendo los resultados que se pretenden alcanzar con la aplicación de la mejora y mencionando las conclusiones obtenidas.

# CAPÍTULO 2: DESCRIPCION DE LA SITUACION DE PARTIDA Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

- 2.1. Introducción**
- 2.2. Una aproximación a la empresa**
- 2.3. Identificación del problema**
- 2.4. Diagnóstico o análisis del problema**
- 2.5. Conclusiones**

## 2.1. INTRODUCCIÓN

Tras la introducción y justificación del proyecto de mejora de proceso, en este capítulo se pretende realizar un análisis de la situación de partida, así como del problema a resolver.

En una primera parte, se realizará una descripción de la Mutualidad de la Abogacía, en la que se definirá el sector al que pertenece y las actividades que realiza.

En segundo lugar, se identificará el problema del proceso de Selección de Riesgos del Sistema Profesional, para posteriormente analizarlo y definir las acciones de mejora y objetivos.

Por último, se hará mención a las conclusiones obtenidas tras el análisis del problema.

## 2.2. UNA APROXIMACIÓN A LA EMPRESA

La Mutualidad de la Abogacía pertenece al sector asegurador. Como mutualidad de previsión social es una entidad sin ánimo de lucro que se constituye en base a las aportaciones de sus mutualistas y que tiene como fin ofrecer a los profesionales del Derecho, así como a sus familiares la posibilidad de cubrir sus necesidades de previsión, ahorro y seguro. Como entidad aseguradora su actividad económica consiste en soportar los riesgos que son trasladados por los particulares, a cambio de una compensación económica (prima), durante un periodo de tiempo y bajo unas condiciones previamente pactadas.

Fue creada en 1948 por los Colegios de Abogados nacionales y sus procesos de planificación y gestión los dirige la Junta de Gobierno, formada por veintiún vocales elegidos en Asamblea General. La Junta de Gobierno se apoya en las Comisiones Ejecutiva y de Control para realizar sus funciones de gobierno y gestión, que a su vez cuenta con la Dirección General y Directores de Área.

La Mutualidad tiene como objetivo satisfacer al mutualista otorgándole la totalidad de los resultados obtenidos y crear sistemas para proporcionar un servicio ágil y eficaz. Sus principios básicos de gestión son la especialización (necesidades específicas de los mutualistas), estructura organizativa simple y calidad de servicio mediante el apoyo de nuevas herramientas de gestión.

Cuenta con más de 4.600 millones de ahorro gestionado y ofrece a sus mutualistas una rentabilidad media del 5,5% desde 2005.

Los procesos clave engloban operaciones de Marketing, Servicio de Atención al Mutualista o Comercial, Suscripción, Facturación y Cobros y Prestaciones. Los productos en los que se centran estos procesos son el Plan Universal, que proporciona coberturas de ahorro-jubilación, fallecimiento, incapacidad permanente, incapacidad temporal y dependencia, el Plan Universal Junior, el Seguro Plus Salud y Seguro de Accidentes Universal, así como la Renta Vitalicia Remunerada.

Estos procesos claves, tal y como se muestra en la Figura 1, pueden ser vistos como un flujo de valor que comienza con la promoción y atracción del cliente, continúa con la labor comercial y de atención al mutualista del departamento comercial, posteriormente se realizan las tareas de alta del cliente y suscripción del producto, así como el cobro y/o domiciliación de sus recibos, para finalmente -ocurrido el siniestro-, realizar el pago de la prestación al cliente.



Figura 1. Procesos Clave Mutualidad Abogacía. Elaboración propia.

La Selección de Riesgos del Sistema de Previsión Social Profesional es un proceso que pertenece a las operaciones de Suscripción.

Tal y como se anticipaba a modo de presentación en la introducción del capítulo anterior, la Selección de Riesgos de cualquier entidad aseguradora se trata del proceso a través del cual se realiza una valoración del riesgo asegurador que supone la contratación de una determinada cobertura, con el fin de aceptar, rechazar o condicionar la misma. Es por esto que se trata de un proceso clave, ya que permite prever un exceso de siniestralidad futura, que puede afectar muy negativamente a la viabilidad económica de la organización.

El Sistema de Previsión Social Profesional es el producto con más peso de la Mutualidad, debido a que es el sistema que los abogados pueden utilizar para ejercer por cuenta propia como alternativa al régimen general de la Seguridad Social (RETA) y, por lo tanto, es la esencia y razón de ser de la entidad.

Una vez presentada la empresa y justificada la importancia del proceso elegido en la actividad de la organización, a continuación se expondrá el problema existente en el proceso y cómo se pretende mejorar.

## 2.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La Mutualidad de la Abogacía se encuentra en proceso de implantación de un nuevo sistema de gestión y digitalización.

Actualmente, desde que la solicitud del cliente entra en la empresa queda registrada y digitalizada, de manera que no se trabaja sobre papel, pero en las tareas asociadas a este proceso aún pueden identificarse los siguientes problemas:

- Excesiva dependencia de ficheros *Excel*, carpetas compartidas, correos electrónicos, y anotaciones manuales, que generan despilfarro de tiempo y de recursos, además de no quedar correctamente identificado dentro del circuito del sistema, por lo que se pierde información.
- Muchas tareas manuales que podrían ser automatizadas.
- El tiempo que el Gestor de Riesgo emplea en realizar tareas de revisión y gestión administrativa no lo emplea en revisar y gestionar riesgos, por lo que la identificación de posibles siniestros futuros puede verse afectada.
- El cliente percibe un proceso largo desde que solicita la contratación hasta que ésta se hace efectiva, lo que puede afectar de manera negativa a la imagen de la empresa.

Una correcta gestión del proceso, en el que exista sincronización con las empresas externas y automatización de las tareas básicas, reducirá el tiempo del proceso total, aumentará el número de solicitudes que llegan a tramitarse con éxito y liberará tiempo de los Gestores de Riesgo, que podrán realizar una mejor gestión del riesgo o incluso dedicar tiempo a nuevas tareas que aporten valor al proceso.

## 2.4. DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS DEL PROBLEMA

### 2.4.1 ANÁLISIS PREVIO

Antes de entrar a fondo en el análisis del proceso y con el fin de comprender mejor la estructura organizativa de la empresa se ha elaborado la lista de *Stakeholders* de la organización, así como los Mecanismos de Coordinación existentes. Estos documentos quedan recogidos en las Tablas 1 y 2, respectivamente.

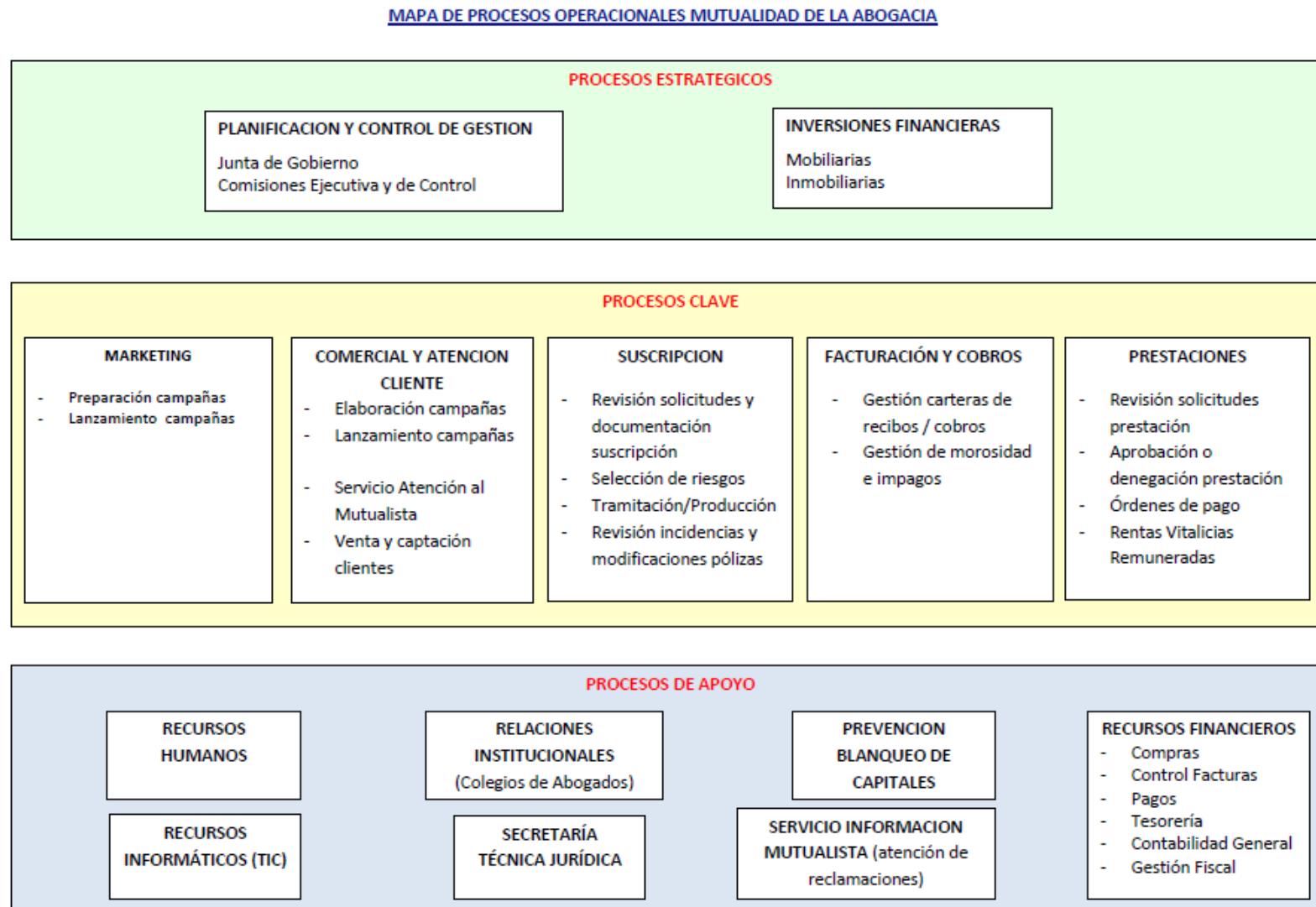
| <b>STAKEHOLDERS MUTUALIDAD DE LA ABOGACÍA</b>  |
|--|
| Clientes (profesionales del Derecho y sus familiares)                                    |
| Propietarios (Presidencia y Junta de Gobierno de la organización)                        |
| Personal (empleados, Dirección)  |
| Proveedores de suministros (luz, agua, comida, material...)                              |
| Empresa de mantenimiento y seguridad   |
| Peritos  |
| Empresa colaboradora de asistencia sanitaria (Adeslas)                                   |
| Empresa de Teleselección ( <i>Advance Medical</i> )                                      |
| Reaseguradora  |
| Empresa de trabajo temporal  |
| Empresas de transporte y mensajería y Correos  |
| Mutua de accidentes  |
| Empresas de software   |
| Auditoría externa  |
| Asesoría legal LOPD  |
| Propietarios inmuebles en los que la empresa se interesa                                 |
| Interesados en compra de inmuebles que son propiedad de la organización                  |
| Bancos (para cartera de clientes, para gestión del pago de nóminas, para inversiones...) |
| Colegios de Abogados   |
| Empresas competidoras  |
| Ministerio de Empleo y Seguridad Social  |
| Sindicatos   |
| Dirección General de Seguros   |
| Consejo General de la Abogacía   |

**Tabla 1. Grupos de interés de Mutualidad de la Abogacía (Stakeholders). Elaboración propia.**

| MECANISMOS DE COORDINACIÓN MUTUALIDAD DE LA ABOGACÍA   |   |
|--|---|
| Formales   | Informales  |
| <p><u><b>Jerarquía</b></u></p> <p>Cuenta con una estructura jerárquica definida. Los empleados saben quién es su responsable y a qué área pertenecen. En ocasiones existe dificultad por saber si para determinadas cuestiones hay que acudir al responsable o al director de área, pero en general existe flexibilidad suficiente como para ser atendidos tanto por uno como por otro.</p> <p><u><b>Reglas, políticas y procedimientos</b></u></p> <p>Existen manuales, no obstante, gran parte de ellos están en proceso de actualización y no se pueden tomar como referencia por el momento.</p> <p>En relación a determinadas cuestiones puntuales, se remiten notas internas para el conocimiento del empleado.</p> <p>Los procedimientos normalmente se establecen por medio de reuniones de equipos en las que se entrega un documento con las pautas generales.</p> <p>Las cuestiones que quedan fuera del documento se establecen por medio del diálogo.</p> | <p><u><b>Socialización</b></u></p> <p>La socialización es esencial en la organización, gran parte de las cuestiones se resuelven de esta manera, muchas veces sin la intervención del responsable y siempre y cuando el asunto no requiera de su presencia.</p> <p><u><b>Co-localización física</b></u></p> <p>Se han reestructurado en varias ocasiones los puestos de trabajo, de manera que las personas de un mismo departamento, que requieren una mayor coordinación, se sitúen cerca para fomentar la socialización.</p> <p><u><b>Rotaciones de puestos</b></u></p> <p>En ocasiones se han realizado rotaciones de puestos, ayudando a comprender el funcionamiento global de un proceso y favoreciendo la implicación del empleado en el resultado común.</p> |
| <p><u><b>Equipos</b></u></p> <p>Existen equipos y grupos de trabajo, en algunas áreas están más estructurados y definidos, en otras son más informales y se reúnen de manera espontánea según las necesidades.</p>   |   |

**Tabla 2. Mecanismos de Coordinación Mutualidad Abogacía. Elaboración propia.**

El Mapa de Procesos Operacionales de la Mutualidad de la Abogacía, en el que se definen sus procesos Estratégicos, Clave y de Soporte se muestra en la Figura 2.



*Figura 2. Mapa de Operaciones Mutualidad de la Abogacía. Elaboración propia.*

Asimismo, en la Figura 3 se muestra el Formulario de Definición de Proceso, elaborado para determinar el alcance del mismo.

## FORMULARIO DE DEFINICIÓN DE PROCESO

| <u>Información General</u>  | <u>Contenido del proceso</u>  |
|---|---|
| <b>NOMBRE DEL PROCESO</b><br>Proceso de Selección de Riesgos del Sistema de Previsión Social Profesional  | <b>INICIO DEL PROCESO</b><br>El proceso comienza cuando se ha validado que la solicitud está correctamente cumplimentada y se ha aportado la documentación básica requerida para el alta.   |
| <b>FINALIDAD DEL PROCESO</b><br>Realizar una valoración del riesgo que supone la contratación de coberturas de vida e incapacidad al cliente, así como determinar sus condiciones de contratación.  | <b>FIN DEL PROCESO</b><br>El proceso finaliza en dos supuestos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Grabación de la póliza y envío de las Condiciones Particulares al cliente.</li><li>- Cierre de proceso por falta de respuesta del cliente.</li></ul>  |
| <b>OBJETIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reducir los tiempos medios de proceso.</li><li>▪ Automatizar actividades y tareas.</li><li>▪ Eliminar actividades que no aportan valor.</li><li>▪ Asegurar que el mayor número de solicitudes llegan a tramitarse con éxito.</li></ul> | <b>SUBPROCESOS O GRANDES ACTIVIDADES INCLUIDAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Envío de datos a Asesoría Médica para que realice el cuestionario telefónico de salud.</li><li>• Valoración y gestión del riesgo.</li><li>• Gestión de incidencias.</li><li>• Reporte de información al Colegio de Abogados de Madrid (supuesto especial).</li></ul> |
| <b>Grupos de Interés</b><br><b>CLIENTES</b><br>Abogados que ejercen por cuenta propia y escogen la Mutualidad como sistema de previsión social.   | <b>SUBPROCESOS O GRANDES ACTIVIDADES EXCLUIDAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Grabación de póliza y envío de documentación al cliente.</li><li>• Gestión de reclamaciones/disconformidad con condiciones de contratación.</li></ul>  |
| <b>PROVEEDORES</b><br>Colegios de Abogados  | <b>PREPARADO POR</b><br>María del Carmen Uzquiano Bonilla<br><b>FECHA</b><br>22.04.15   |
| <b>OTROS GRUPOS</b><br>Advance Medical (Asesoría médica que realiza el cuestionario telefónico de salud)  | <b>REVISADO POR</b><br>Juan Carlos Escribano<br><b>FECHA</b><br>22.04.15  |

*Figura 3. Formulario de Definición de Proceso. Elaboración propia.*

Con el *Project Charter* se determinan el problema, los objetivos, los recursos, las limitaciones y riesgos, así como los miembros del equipo y sus reglas de actuación; tal y como muestra la Figura 4.

## PROJECT CHARTER: Proceso de Selección de Riesgos Sistema Profesional

### 1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Es un proceso con tareas muy manuales que requiere la utilización de ficheros Excel, e-mails y carpetas en red para compartir los documentos y la información.

Existe una alta dependencia de respuesta del cliente para poder continuar con el proceso, por lo que en ocasiones es necesario realizar requerimientos a los que no siempre se obtiene respuesta.

El tiempo invertido en todo el proceso es elevado y el número de solicitudes que no llegan a tramitarse con éxito por falta de respuesta del cliente es alto.

### 2. DECLARACIÓN DE OBJETIVOS

- Reducir los tiempos medios de proceso.
- Automatizar actividades y tareas.
- Eliminar actividades que no aportan valor.
- Asegurar que el mayor número de solicitudes llegan a tramitarse con éxito.

### 3. MEDIDAS O HECHOS QUE ILUSTRAN EL PROBLEMA

La utilización de ficheros Excel y carpetas en red para compartir la información:

- Aumenta la probabilidad de cometer errores (datos mal tipificados, pérdida de información...)
- Aumenta el tiempo de ejecución de la tarea.
- Obliga a tratar las incidencias en bloque, de manera que se dan plazos de respuesta amplios para diferentes situaciones, sin asegurar una correcta resolución de la incidencia.

El tiempo invertido en realizar las gestiones de manera manual impide dedicar más tiempo a valorar solicitudes y solucionar posibles incidencias.

### 4. RECURSOS Y LIMITACIONES

- Alta dependencia del cliente (plazos de respuesta a requerimientos)
- El cuestionario telefónico de salud y la valoración inicial del riesgo es realizada por una empresa de teleselección externa, con la que es necesaria una coordinación adicional y de la que se depende en muchas ocasiones para continuar con el proceso.

**Preparado por**  
M. Carmen Uzquiano

**Fecha**  
02.05.15

### 5. REGLAS DE ACTUACIÓN DEL EQUIPO

Se realizarán 5 reuniones de control con el Director del departamento hasta la finalización del proyecto. Estas reuniones se fijarán según disponibilidad dentro de las siguientes semanas:

- 4-8 Mayo
- 25-29 Mayo
- 8-12 Junio
- 29 Junio-3 Julio
- 6 Julio - 10 Julio (cierre de proyecto)

Las reuniones o requerimientos que involucren personal de otro departamento diferente a Suscripción, se solicitarán previa autorización del Director de Operaciones.

### 6. MIEMBROS DEL EQUIPO

Juan Carlos Escribano (Director de Operaciones)  
Eduardo Bartolomé (Responsable de Suscripción)  
M. Carmen Uzquiano

### 7. RIESGOS

- Disponibilidad reducida del departamento de sistemas para comenzar la etapa de digitalización (implantación).
- Implicación necesaria de empresa de teleselección externa, así como colaboración del Colegio de Abogados de Madrid para coordinación de incidencias.

### 8. PLAN PRELIMINAR DEL PROYECTO

#### Planificación aproximada:

- Definir el proceso (1.05.15–15.05.15)
- Medir el proceso (15.05.15–25.05.15)
- Analizar posibles mejoras (25.05.15–08.06.15)
- Diseñar el nuevo proceso mejorado (08.06.15–1.07.15)
- Implantar el nuevo proceso (13.07.15 en adelante)

**Revisado por**  
Juan Carlos Escribano

**Fecha**  
05.05.15

Figura 4. Project Charter. Elaboración propia.

## 2.4.2 EL PROCESO AS-IS

El proceso de Selección de Riesgos del Sistema de Previsión Social Profesional comienza cuando se ha verificado que la solicitud del cliente está correctamente cumplimentada y se ha aportado toda la documentación complementaria requerida.

La Mutualidad trabaja con una empresa externa de Teleselección (*Advance Medical*), que se encarga de realizar los cuestionarios telefónicos de salud a los clientes. Posteriormente, los especialistas médicos de esta empresa realizan una valoración del riesgo conforme al cuestionario realizado y en base a unos criterios establecidos previamente con la Mutualidad.

Cada día se producen dos grandes intercambios de información entre la Mutualidad y la empresa externa de Teleselección.

- A primera hora del día, los Gestores de Riesgo de la Mutualidad descargan las valoraciones que la empresa de Teleselección ha realizado, así como los documentos transcritos del cuestionario telefónico. Esta descarga se realiza a través de una carpeta compartida en red y se trata de documentos en formato PDF. Las valoraciones son revisadas y asociadas manualmente por los Gestores de Riesgo a cada solicitud.
- A última hora de la jornada laboral, los Gestores de Riesgo de la Mutualidad envían a la empresa de Teleselección por email un fichero *Excel* elaborado durante el día con las solicitudes que se han recibido y han sido validadas.

Las solicitudes que conforme a la recomendación de la asesoría médica externa y revisión del Gestor de Riesgo, no se consideran de riesgo agravado, se aceptarán a Tarifa Normal (TN) y continuarán su proceso de suscripción. Las que requieren una gestión del riesgo adicional pueden encontrarse en tres situaciones diferentes:

- Denegación del riesgo. Se solicita autorización al responsable y se remite al cliente una carta certificada informando de las condiciones de contratación. La solicitud continúa su curso y se grabará la póliza sin esperar respuesta por parte del cliente.
- Petición de informes médicos. Se remite por correo certificado la petición de informes médicos adicionales al cliente. La solicitud quedará pendiente de que el cliente aporte este documento. Una vez aportado, se asociará a la solicitud y se remitirá a la asesoría médica (*Advance Medical*), que emitirá una nueva valoración por el medio habitual.
- Cláusula limitativa. Se remite por correo certificado la cláusula limitativa. La solicitud quedará pendiente de que el cliente envíe el documento firmado. Una vez aportada la

cláusula limitativa firmada, se asociará a la solicitud y se continuará con la grabación de la póliza.

En el proceso de Selección de Riesgos pueden encontrarse tres situaciones de incidencia por falta de respuesta del cliente. Estas situaciones son:

- Cliente no responde la Declaración de Estado de Salud (DES).
- Cliente no envía informe médico requerido.
- Cliente no envía cláusula limitativa firmada.

Actualmente, el sistema informático marca las solicitudes que se encuentran en esa situación por más de treinta días y el Gestor de Riesgo elabora un fichero *Excel* semanal con estas solicitudes.

Este fichero se remite por correo electrónico al responsable, el cual se encarga de enviárselo a los Gestores Telefónicos para que contacten con el cliente y le informen de la situación de incidencia de su solicitud.

A partir de aquí, se realiza un tratamiento diferente para las solicitudes que provienen de abogados colegiados en el Colegio de Abogados de Madrid, ya que existe un acuerdo con el mismo.

- Procedimiento para Colegio Abogados de Madrid (ICAM):

Si transcurrido un periodo de siete días desde el intento de contacto telefónico con el cliente la incidencia sigue sin resolverse, se elaborará un nuevo fichero *Excel* con las solicitudes del Colegio de Abogados de Madrid y se remitirá al mismo a través de una carpeta compartida en red. Desde este momento, se comienza a contar otro plazo de treinta días, transcurrido el cual si no se ha resuelto la incidencia se cierra el proceso y se informa al cliente por correo postal certificado.

Este fichero se elabora semanalmente y los plazos no los marca el sistema. Los Gestores de Riesgo trabajan por medio de anotaciones en la solicitud, revisando periódicamente las mismas.

- Procedimiento para el resto de Colegios de Abogados:

Transcurrido un periodo de treinta días desde el intento de contacto telefónico para informar de la incidencia, si no se ha resuelto la misma, se cierra el proceso y se informa al cliente por correo postal certificado.

Este plazo tampoco lo refleja el sistema, por lo que el Gestor de Riesgo debe hacer anotaciones a la solicitud y revisarla periódicamente, para calcular cuándo han transcurrido los treinta días de plazo y cerrar el proceso por falta de respuesta.

Utilizando como referencia los meses de enero, febrero y marzo de 2015, se ha comprobado que en torno a un 23% de las solicitudes de contratación del Sistema de Previsión Social Profesional requieren una gestión adicional por parte de la Mutualidad para poder continuar la tramitación. Esto significa que existe un número considerable de clientes que no responden al cuestionario de salud, no envían los informes médicos solicitados o no envían la cláusula limitativa firmada.

Tras una gestión telefónica, aproximadamente un 75% de estas solicitudes terminan resolviéndose favorablemente, lo que significa que un 25% de las mismas sigue sin responder al requerimiento.

Cada mes, aproximadamente un 5% del total de solicitudes ser archivan sin haber obtenido respuesta por parte del cliente.

Resulta coherente pensar que la gestión adicional para resolver la incidencia es necesaria, puesto que sin la misma, en lugar de perder un 5% de las solicitudes, probablemente se perdería un 23%.

Conviene destacar a modo informativo, que en cualquier momento desde que el cliente recibe notificación por parte de la Mutualidad de cláusula limitativa o denegación del riesgo, éste puede mostrar su discrepancia y presentar reclamación.

Si se da esta circunstancia, el plazo de respuesta queda interrumpido y se genera un nuevo proceso de revisión, que generalmente comienza con la petición de informes médicos para realizar una nueva valoración y finaliza con una notificación al cliente en la que se le informa sobre el resultado de la revisión.

Tal y como se indica en el Formulario de Definición de Proceso, la gestión de reclamaciones y/o discrepancia con condiciones de contratación queda excluida del proyecto de mejora sobre el que versa este trabajo, debido a que es una circunstancia que se da de manera puntual y será objeto de revisión en futuros procesos de mejora.

La figura 5 muestra el proceso As-Is definido en este apartado y las figuras 6, 7, 8 y 9 muestran los diagramas de flujo correspondientes a los subprocesos de Contratación, Valoración del Riesgo, Gestión del Riesgo y Gestión de Incidencias ICAM Colegio de Abogados de Madrid, también explicado anteriormente.

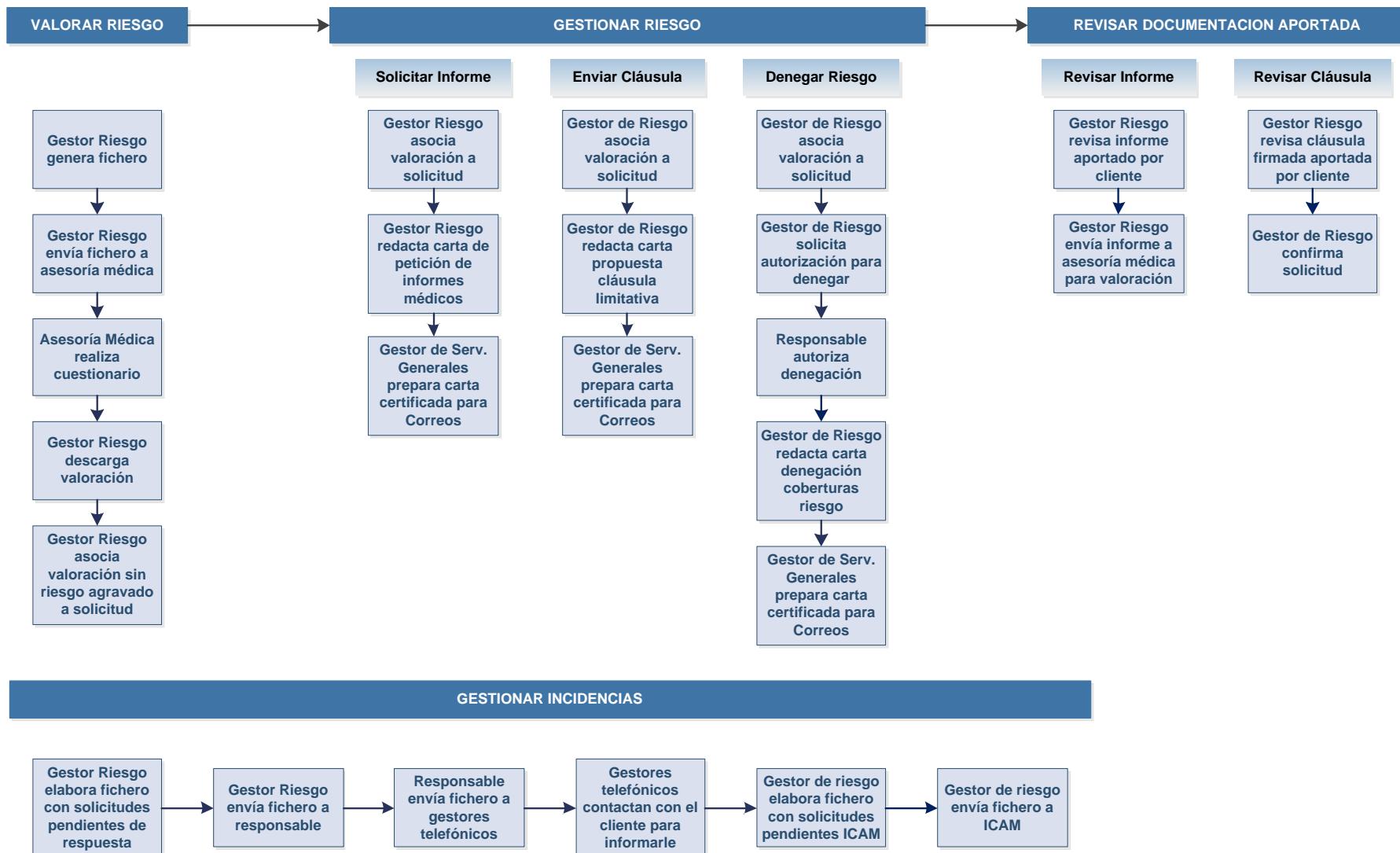
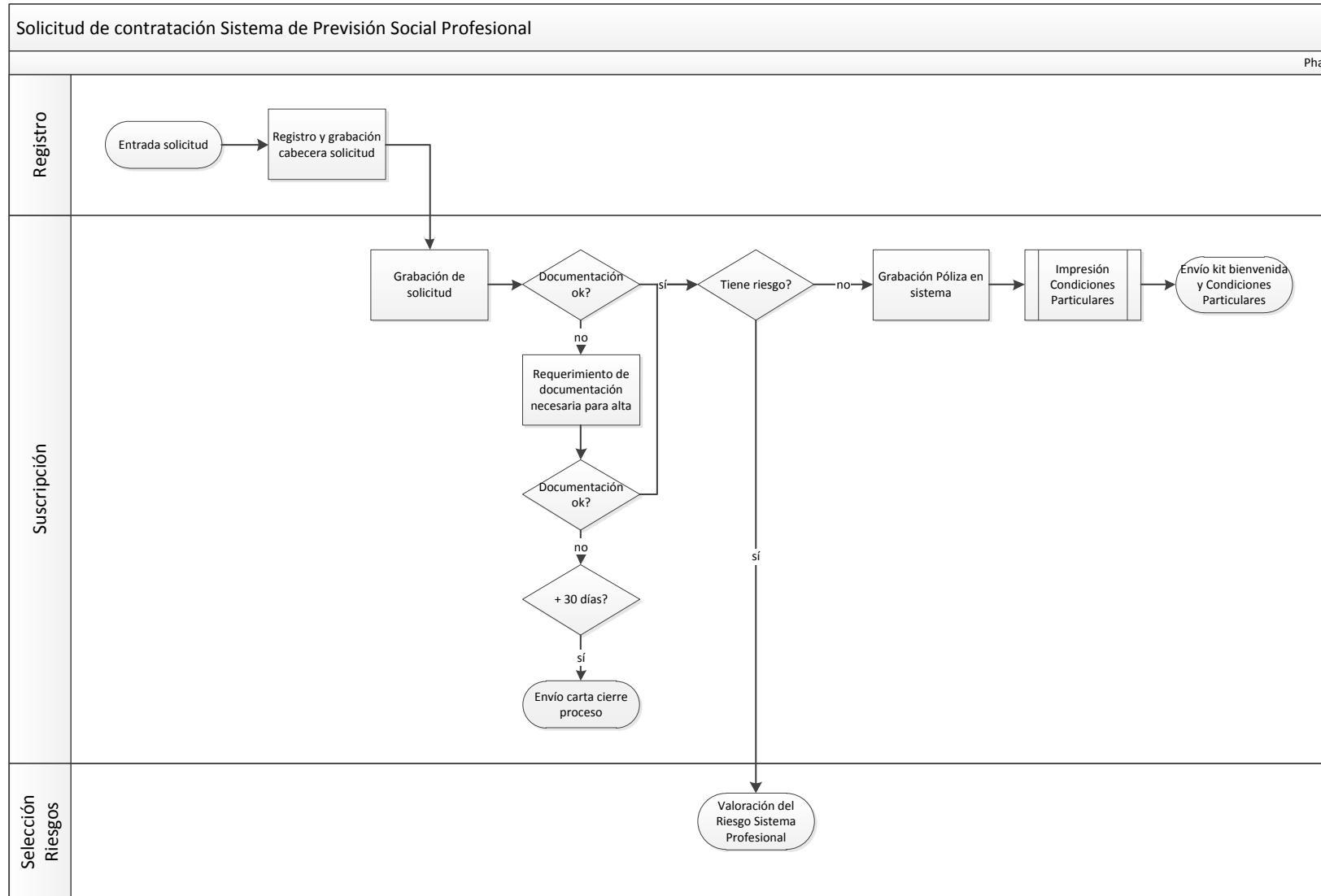


Figura 5. Mapa del Proceso AS-IS. Elaboración propia.



**Figura 6. Solicitud de contratación Sistema de Previsión Social Profesional. Elaboración Propia.**



Figura 7. Valoración del Riesgo Sistema Profesional. Elaboración Propia.

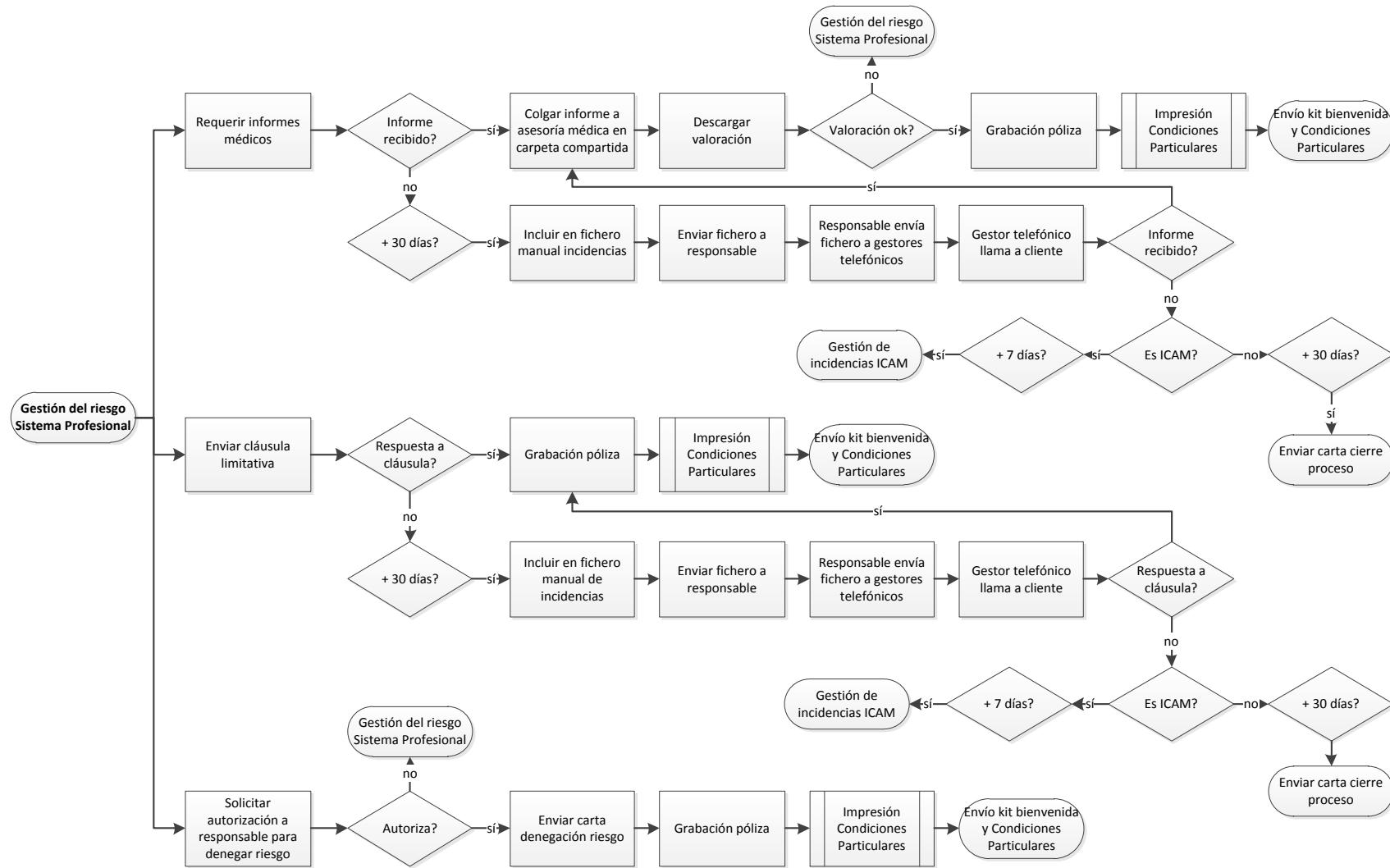
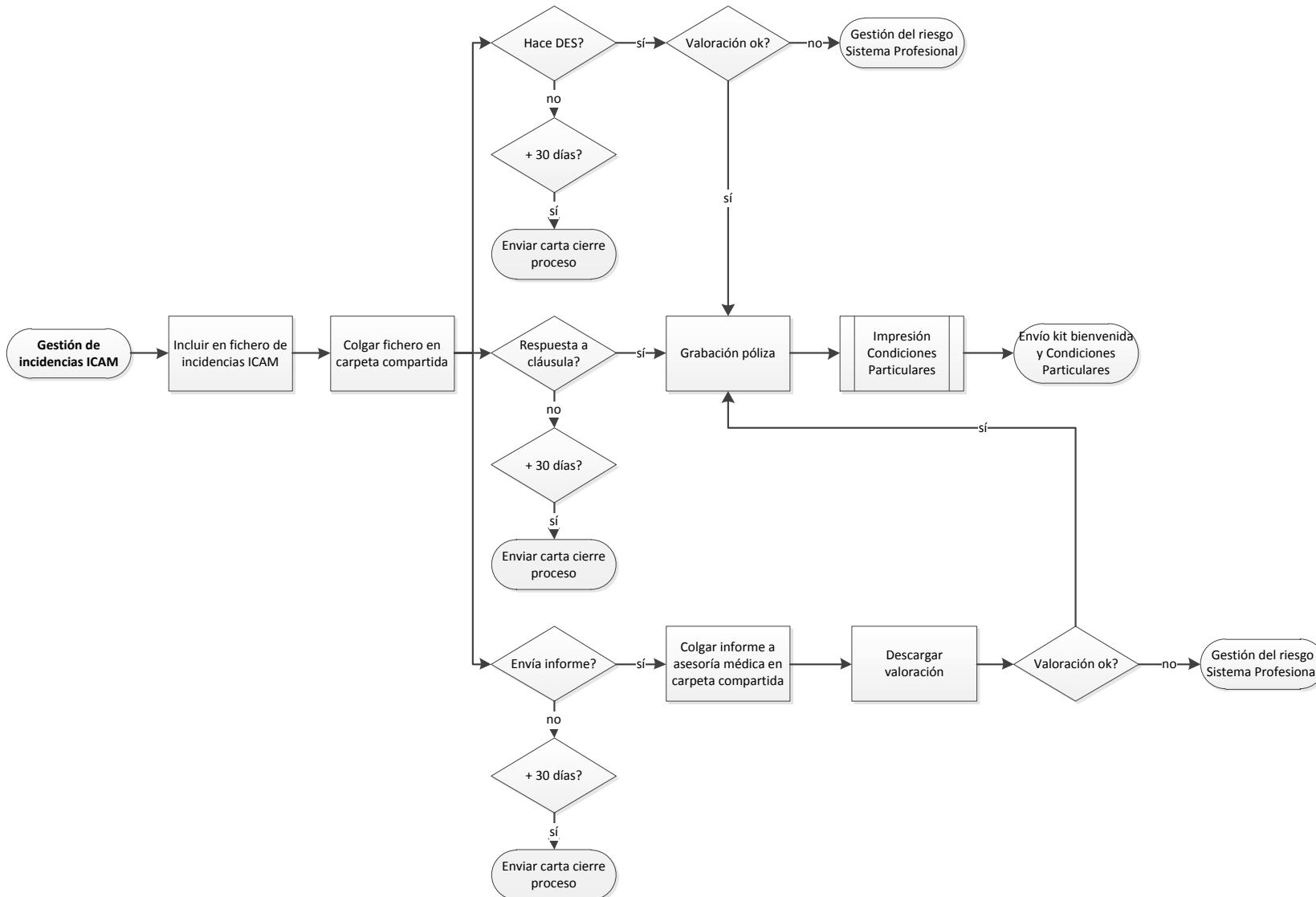


Figura 8. Gestión del Riesgo Sistema Profesional. Elaboración Propia.



**Figura 9. Gestión de Incidencias ICAM. Elaboración Propia.**

### 2.4.3 ANÁLISIS DE VALOR AÑADIDO

Por medio de la técnica de Análisis de Valor Añadido (AVA) se han estudiado a fondo dos medidas críticas de rendimiento: Tiempo y Coste.

Para realizar este análisis se ha sintetizado el estudio en las actividades “Valorar y Gestionar Riesgo” y “Gestionar Incidencias”, las cuales son consideradas críticas para el proceso.

La tabla 3 recoge los tiempos de proceso y ejecución de la actividad “Valorar y Gestionar Riesgo” y las conclusiones obtenidas son las siguientes:

- Sólo un 0,81% de las actividades que se realizan aportan valor, lo que significa que el resto de tiempo se ocupa en actividades que se pueden eliminar o modificar, de manera que no se necesite dedicar tanto tiempo o no existan tantos tiempos muertos.
- En la tarea “*Gestor Riesgos envía datos cliente a asesoría médica*” existe mucha diferencia entre el tiempo de proceso y el tiempo de ejecución, ya que desde que la solicitud del cliente entra a la empresa, hasta que se envía a la asesoría médica pueden transcurrir muchas horas y esas horas es tiempo muerto. Esto se debe a que la información se envía a la asesoría una vez al día por fichero y a última hora de la tarde. El cálculo de 240 minutos se ha realizado teniendo en cuenta una media de 4 horas desde que entra la solicitud hasta que se envía el fichero.
- De igual manera ocurre con la tarea “*Asesoría Médica realiza valoración*”. El cuestionario médico puede realizarse en 15 minutos, pero esa información se remite a la Mutualidad en una carga diaria que se realiza cada mañana, por lo que la Mutualidad siempre recibe las valoraciones un día después de haberse realizado el cuestionario (24 horas de retraso, 1440 minutos).
- En el caso de la tarea “*Gestor de Servicios Generales prepara carta certificada para Correos*”, los tiempos muertos dependen de la entrega de la carta certificada a Correos, que se realiza dos veces al día: a las 13:00 y a las 17:00 horas. En esta tarea cabe destacar que el medio para realizar este envío puede parecer innecesario, dado que hoy en día existen otro tipo de comunicaciones más ágiles y económicas, pero no es negociable debido al carácter de la información contenida en las cartas (son datos de salud y deben enviarse por medio seguro para dar cumplimiento a la LOPD). En este caso, la cantidad de 540 minutos viene dada por el cálculo de 9 horas de media desde que se redacta la carta, hasta que es recogida por Correos.
- En resumen, la gran mayoría de las tareas no aportan valor y cuentan con una cantidad excesiva de tiempos muertos.

| Tareas                                 | Nombre (Recurso-Acción-Objeto)                                       | Tipo de actividad | Tiempo de Proceso (minutos) | Tiempo de Ejecución (minutos) | Tiempo tareas añaden valor (minutos) |
|--|--|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1                                      | Gestor Riesgos envía datos cliente a asesoría médica                 | C                 | 240                         | 5                             |                                      |
| 2                                      | Asesoría Médica realiza valoración                                   | V                 | 1440                        | 15                            | 15                                   |
| 3                                      | Gestor Riesgos descarga valoración                                   | C                 | 3                           | 3                             |                                      |
| 4                                      | Gestor Riesgos asocia valoración a solicitud                         | C                 | 2                           | 2                             |                                      |
| 5                                      | Gestor Riesgos redacta carta petición documentación a cliente        | V                 | 5                           | 3                             | 3                                    |
| 6                                      | Gestor de Servicios Generales prepara carta certificada para Correos | S                 | 540                         | 3                             |                                      |
| <b>TOTAL</b>                           |  |                   | <b>2230</b>                 |                               | <b>18</b>                            |
| <b>% actividades que aportan valor</b> |  |                   | <b>0,81</b>                 |                               |                                      |

Tipos de actividad: V (valor cliente), S (soporte), G (gestión), C(no valor)

**Tabla 3. Actividad Valorar y Gestionar Riesgo (tiempo). Elaboración propia.**

A continuación se han calculado los costes de estas actividades, los cuales quedan recogidos en la tabla 4.

| Tareas       | Nombre (Recurso-Acción-Objeto)                                       | Tipo de Actividad | Coste de la mano de obra (€) | Coste de los materiales (€) | Costes Generales (€) | Coste de la Tarea (€) | Coste tareas añaden valor (€) |
|--------------|--|-------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 1            | Gestor Riesgos envía datos cliente a asesoría médica                 | C                 | 0,64                         |                             |                      | 0,64                  |                               |
| 2            | Asesoría Médica realiza valoración                                   | V                 | 15,00                        |                             |                      | 15,00                 | 15,00                         |
| 3            | Gestor Riesgos descarga valoración                                   | C                 | 0,38                         |                             |                      | 0,38                  |                               |
| 4            | Gestor Riesgos asocia valoración a solicitud                         | C                 | 0,25                         |                             |                      | 0,25                  |                               |
| 5            | Gestor Riesgos redacta carta petición documentación a cliente        | V                 | 0,64                         | 0,60                        |                      | 1,24                  | 1,24                          |
| 6            | Gestor de Servicios Generales prepara carta certificada para Correos | S                 | 0,38                         |                             | 3,75                 | 4,13                  |                               |
| <b>TOTAL</b> |  |                   | <b>17,29</b>                 | <b>0,60</b>                 | <b>3,75</b>          | <b>21,64</b>          | <b>16,24</b>                  |

Tipos de actividad: V (valor cliente), S (soporte), G (gestión), C(no valor)

**Tabla 4. Actividad Valorar y Gestionar Riesgo (Costes). Elaboración propia.**

La segunda actividad para la que se ha realizado el Análisis de Valor Añadido es “Gestionar Incidencias”. En este caso cada tarea no se realiza por cliente, sino que se gestionan las incidencias por ficheros de una media de veinte solicitudes.

La tabla 5 recoge los tiempos de proceso y ejecución de la mencionada actividad y las conclusiones extraídas son las siguientes:

- Por parte de los Gestores de Riesgo se emplea un tiempo muy elevado para la realización de unas tareas que podrían estar automatizadas.
- La intervención del responsable para reenviar el fichero es innecesaria. Además, los reenvíos favorecen los tiempos muertos, ya que desde que el responsable recibe el correo hasta que lo reenvía a los gestores telefónicos puede transcurrir desde un minuto hasta horas.
- La diferencia entre los tiempos de proceso y tiempos de ejecución de las tareas *“Responsable envía fichero a gestores telefónicos”* y *“Gestores telefónicos contactan con el cliente para informarle”* viene dada por una media de 60 minutos que se ha calculado pueden tardar en comenzar la tarea desde que el responsable o los gestores telefónicos reciben el correo electrónico.
- Dada la importancia de esta actividad (muchas solicitudes no llegarían a tramitarse sin un contacto con el cliente), es necesario definirla correctamente, ya que la única tarea que aporta valor es informar al cliente de la incidencia y existe mucho tiempo invertido en el resto.
- La tarea de enviar las incidencias al Colegio de Abogados de Madrid (ICAM) no puede eliminarse, pero sí puede cambiarse el sistema para no tener que emplear tantos recursos en la misma.

| Tareas                                 | Nombre (Recurso-Acción-Objeto)  | Tipo de actividad | Tiempo de Proceso (minutos) | Tiempo de Ejecución (minutos) | Tiempo tareas añaden valor (minutos) |
|--|---|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| 1                                      | Gestor Riesgo elabora fichero con solicitudes pendientes de respuesta | C                 | 45                          | 45                            |                                      |
| 2                                      | Gestor Riesgo envía fichero a responsable                             | C                 | 1                           | 1                             |                                      |
| 3                                      | Responsable envía fichero a gestores telefónicos                      | C                 | 60                          | 1                             |                                      |
| 4                                      | Gestores telefónicos contactan con el cliente para informarle         | V                 | 120                         | 60                            | 60                                   |
| 5                                      | Gestor de riesgo elabora fichero con solicitudes pendientes ICAM      | C                 | 15                          | 15                            |                                      |
| 6                                      | Gestor de riesgo envía fichero a ICAM                                 | G                 | 1                           | 1                             |                                      |
| <b>TOTAL</b>                           |   |                   | <b>242</b>                  |                               | <b>60</b>                            |
| <b>% actividades que aportan valor</b> |   |                   | <b>24,79</b>                |                               |                                      |

Tipos de actividad: V (valor cliente), S (soporte), G (gestión), C(no valor)

**Tabla 5. Actividad Gestionar Incidencias (tiempo). Elaboración propia.**

En la tabla 6 se recogen los costes de esta actividad y sus tareas. Es significativo el coste de la mano de obra, que para la tarea “Gestores telefónicos contactan con el cliente para informarle” está más justificado que para el resto de tareas, ya que no aportan valor.

| Tareas       | Nombre (Recurso-Acción-Objeto)  | Tipo de Actividad | Coste de la mano de obra (€) | Coste de los materiales (€) | Costes Generales (€) | Coste de la Tarea (€) | Coste de las tareas que añaden valor (€) |
|--------------|---|-------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|--|
| 1            | Gestor Riesgo elabora fichero con solicitudes pendientes de respuesta | C                 | 5,72                         |                             |                      | 5,72                  |  |
| 2            | Gestor Riesgo envía fichero a responsable                             | C                 | 0,13                         |                             |                      | 0,13                  |  |
| 3            | Responsable envía fichero a gestores telefónicos                      | C                 | 0,38                         |                             |                      | 0,38                  |  |
| 4            | Gestores telefónicos contactan con el cliente para informarle         | V                 | 7,63                         |                             | 3,00                 | 10,63                 | 10,63                                    |
| 5            | Gestor de riesgo elabora fichero con solicitudes pendientes ICAM      | C                 | 1,91                         |                             |                      | 1,91                  |  |
| 6            | Gestor de riesgo envía fichero a ICAM                                 | G                 | 0,13                         |                             |                      | 0,13                  |  |
| <b>TOTAL</b> |   |                   | <b>15,89</b>                 | <b>0,00</b>                 | <b>3,00</b>          | <b>18,89</b>          | <b>10,63</b>                             |

Tipos de actividad: V (valor cliente), S (soporte), G (gestión), C(no valor)

**Tabla 6. Actividad Gestionar Incidencias (coste). Elaboración propia.**

## 2.4.4 PARAMETRIZACIÓN

Con el fin de establecer los parámetros de referencia del proceso se ha realizado un Modelo de Medida de Desempeño definiendo: Misión, Finalidad, Objetivos, Estrategia, Planes y Acciones. Estos tres últimos adaptados únicamente al proyecto que ocupa este trabajo y vinculado a los objetivos: Satisfacción del mutualista, Aumento de Calidad de Servicio y Desarrollo de Sistemas de Gestión ágiles y eficaces.

Las dimensiones críticas definidas son Rapidez, Cantidad y Precisión, para estas dimensiones se han definido cuatro medidas distintas en las que se han planteado los estándares objetivos, comparándose con los estándares actuales (proceso As-Is). Estos datos quedan recogidos en la tabla 6.

| SALIDAS (OUTPUTS)                          | DIMENSIONES CRÍTICAS | MEDIDAS   | ESTÁNDARES OBJETIVOS | ESTÁNDARES ANTERIORES |
|--|----------------------|---|----------------------|-----------------------|
| Solicitudes tramitadas Sistema Profesional | Rapidez              | Tiempo tramitación solicitudes a tarifa normal  | 24 horas             | 72 horas              |
|  |                      | Tiempo desde entrada solicitud completa hasta que cliente recibe requerimiento (solicitud informe o cláusula) | 6 días               | 8 días                |
|  | Cantidad             | % solicitudes tramitadas con éxito  | 99-100%              | 95%                   |
|  | Precisión            | % solicitudes que requieren llamada adicional   | 5%                   | 23%                   |

*Tabla 7. Medidas de Desempeño. Elaboración propia*

La figura 10 muestra la pirámide Modelo Medida de Desempeño realizada en la que se detalla la misión, finalidad, objetivos, estrategia, planes y acciones.

**MISIÓN**

Ofrecer a los profesionales del derecho y sus familiares la posibilidad de cubrir sus necesidades de previsión, ahorro y seguro, en base a una estructura organizativa simple, gestión especializada y calidad del servicio; mediante el apoyo de nuevas herramientas de gestión. Así mismo, mediante la Fundación Obra Social, procurar asistencia social a los mutualistas a través del fomento, promoción y desarrollo de la solidaridad entre los mismos.

**FINALIDAD**

Satisfacer al mutualista, atribuyéndole la totalidad de los resultados alcanzados y desarrollar sistemas para proporcionarle un servicio ágil y eficaz.

**OBJETIVOS**

Satisfacción del mutualista.  
Aumentar la calidad del servicio ofrecido.  
Desarrollar Sistemas de Gestión ágiles y eficaces.  
Conseguir aumentar el número de profesionales del derecho y familiares que depositan su confianza en la Mutualidad.  
Aumentar el número de aportaciones realizadas por mutualistas anualmente.  
Reflejar los resultados en la rentabilidad ofrecida a los mutualistas.

**ESTRATEGIA, PLANES Y ACCIONES**

| FCEs  | ESTRATEGIAS  | ICDS  |
|---|--|---|
| Reducir el tiempo de tramitación de solicitudes del Sistema Profesional | Gestionar solicitudes con asesoría médica a través de Webservice | Tiempo de tramitación solicitudes a tarifa normal   |
|   | Mejorar gestión de incidencias                                   | Tiempo desde entrada solicitud completa hasta que cliente recibe requerimiento (solicitud informe o cláusula) |
|   |  | % solicitudes que requieren llamada adicional   |
|   |  | % solicitudes tramitadas con éxito  |

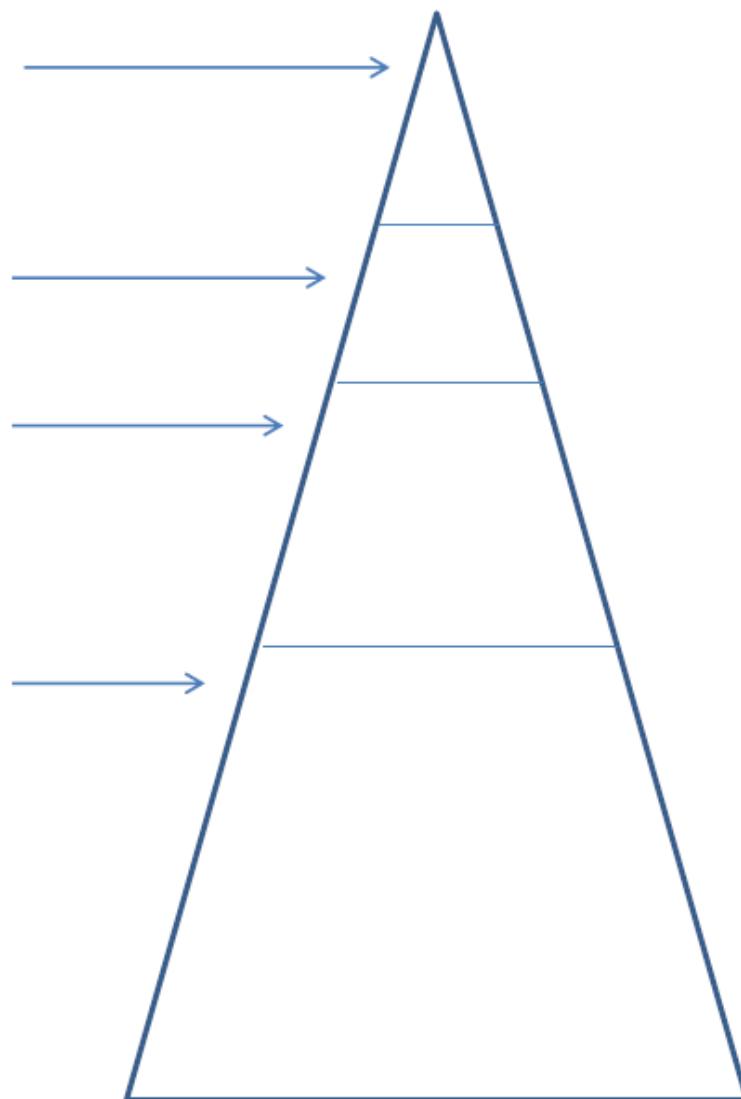


Figura 10. Pirámide Modelo Medida de Desempeño. Elaboración propia.

## 2.5. CONCLUSIONES

Habiendo analizado el proceso se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El proceso de Selección de Riesgos no aporta un valor percibido por el cliente, pero es un paso de obligado cumplimiento para la suscripción del Sistema de Previsión Social Profesional.
- La gestión de incidencias resulta importante, ya que sin la misma muchas solicitudes no podrían tramitarse con éxito. Pero tal y como se procede en la actualidad, el tiempo empleado por los gestores para esta actividad es muy elevado.
- Globalmente, es un proceso poco automatizado que demanda una gestión muy manual por parte del gestor.

Partiendo de este análisis se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

- Reducir el tiempo medio del proceso.
- Reducir el número de solicitudes que requieren gestión de incidencia, así como el número de solicitudes que se archivan sin resolverse.
- Eliminar tareas que no aportan valor, generando avisos y automatizando tareas que no necesitan ser realizadas por personas de manera manual.
- Llegar a un acuerdo para compartir información con la empresa externa de Teleselección y con el Colegio de Abogados de Madrid.
- En general, dar un mejor servicio al cliente a través de una selección de riesgos ágil y rápida.

En los siguientes capítulos se describirá el marco teórico sobre el que se apoyan las decisiones que se van a tomar para dar solución al problema planteado, así como el planteamiento de la solución a través de las actividades de Diseño, Implementación y Control del CMP.

# CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO

---

**3.1. Introducción**

**3.2. Finalidad y argumentación teórica del trabajo**

**3.3. Metodologías**

**3.4. Conclusiones**

### **3.1. INTRODUCCIÓN**

En este capítulo se pretende describir el marco teórico en el que se ha desarrollado el presente trabajo justificando su necesidad.

A tal fin, se ha realizado un análisis de la metodología aplicada (Ciclo de Mejora de Procesos CMP) y de otras metodologías de resolución de problemas o mejora de procesos, como el ciclo PDCA de Deming o el modelo de Seis Sigma.

### **3.2. FINALIDAD Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DEL TRABAJO**

El principal objetivo de las organizaciones es la obtención de beneficios mediante la satisfacción de las necesidades de sus clientes y el mantenimiento a largo plazo de una situación competitiva en el mercado.

La combinación de estos tres factores (obtención de beneficios, satisfacción del cliente, competitividad a largo plazo) puede convertirse en una tarea difícil para las empresas en el entorno actual.

Las organizaciones están inmersas una época en la que nada es previsible. Las tendencias, los gustos de los clientes y el medio para satisfacer sus necesidades cambian constantemente. Las nuevas tecnologías de la información, las comunicaciones, el aumento de la competencia y la globalización de los mercados son factores que han influido en el cambio que se ha experimentado en los últimos años.

Esto ha provocado que la empresa de hoy deba adaptarse y orientar sus esfuerzos al cliente, ya que de hacerlo de otra forma la obtención de beneficios y situación competitiva en el mercado a largo plazo sería inviable.

Las organizaciones, para adaptarse a esta nueva situación, se están viendo obligadas a cambiar sus tradicionales estructuras rígidas orientadas a la producción por estructuras flexibles y horizontales cuyo motor son los procesos y cuya razón de ser es el cliente.

Los procesos son el motor, porque son el engranaje que mueve a la organización. Un engranaje cuyas piezas deben estar conectadas entre sí para trabajar en armonía.

Hammer (2001) define proceso como un grupo organizado de actividades relacionadas que trabajan al unísono para transformar uno o más tipos de *inputs* en *outputs* que son de valor para el cliente.

En la mayoría de las organizaciones el cliente realiza el pago de la prestación del servicio una vez se ha prestado el mismo (al margen de posibles anticipos).

En el caso de las aseguradoras – la Mutualidad por lo tanto – el proceso no es el mismo, el cliente es el que inicia el proceso con su solicitud, pero éste paga las primas periódicas mientras la Mutualidad le mantiene asegurado, para que cuando ocurra el siniestro (suceso previsto en la póliza objeto del aseguramiento) la entidad le pague la prestación correspondiente. La figura 11 pretende ilustrar esta particularidad.

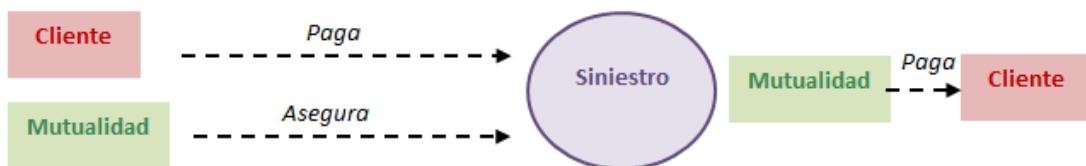


Figura 11. Esquema proceso solicitud de servicio Mutualidad de la Abogacía. Elaboración propia

Esta circunstancia exige a la Mutualidad realizar una labor de control y selección de sus clientes, ya que de no hacerlo la siniestralidad podría ser demasiado elevada y el pago de las prestaciones a sus clientes podría terminar por arruinar la viabilidad económica de la organización.

El proceso a través del cual se realiza esa labor de control y selección mencionada es el proceso de Selección de Riesgos, que permite detectar posibles siniestros futuros excluyendo o limitando preexistencias o patologías que ya padece el cliente y no pueden ser objeto de aseguramiento futuro.

Esta circunstancia queda recogida en la Ley 50/80 de Contrato de Seguro, así como el resto de regulaciones legales en materia de seguros.

El cliente, que tiene la obligación de declarar al asegurador todas las condiciones por él conocidas que pudieran influir en la evaluación del riesgo, no recibe este requerimiento como algo positivo sino como un paso incómodo y molesto que debe dar para poder suscribir el seguro con la compañía.

Cabe mencionar que el principal competidor de la Mutualidad, con respecto al Sistema de Previsión Social Profesional, es la propia Seguridad Social, ya que es la alternativa que tienen los abogados como sistema de previsión social. Para la suscripción de los abogados que ejercen por cuenta propia en el Régimen de Trabajadores Autónomos (RETA) no es requisito que éstos realicen un proceso de Selección de Riesgos, por lo que es un punto a favor de ellos y en contra de la Mutualidad.

El problema a resolver es claro: hay que mejorar el proceso de Selección de Riesgos del Sistema Profesional eliminando las ineficiencias que lo componen, para convertirlo en un paso rápido y cómodo para el cliente y así, poder mejorar la percepción negativa del mismo.

Disminuir la percepción negativa del cliente en lo relativo a la selección de riesgos, comienza por una correcta información de lo que conlleva este proceso. La información que el cliente recibe sobre la Mutualidad y el Sistema de Previsión Social Profesional puede provenir de dos vías:

- Colegios de Abogados.
- Servicio de Atención al Mutualista (departamento de atención al cliente de la Mutualidad).

Normalmente, el primer contacto que el cliente tiene con la Mutualidad es a través del Colegio de Abogados, ya que en el momento de la colegiación el cliente debe decidir si su sistema de previsión será el RETA (régimen de autónomos Seguridad Social) o el Sistema de Previsión Social Profesional de la Mutualidad.

Ya se ha explicado en capítulos anteriores que la Mutualidad fue creada por los Colegios de Abogados, pero es una entidad independiente de los mismos, por lo que la información que proporcionan a los clientes no siempre es adecuada.

Es clave que el Colegio de Abogados le proporcione una información clara y precisa de los pasos a seguir para darse de alta en el Sistema Profesional, porque de lo contrario el cliente no entenderá la necesidad de realizar una declaración de salud, ni mucho menos entenderá que se le requieran informes médicos o cláusulas limitativas.

Es por esto que se considera imprescindible establecer mecanismos de coordinación con todos los Colegios de Abogados que permitan a sus empleados entender el proceso, para transmitírselo correctamente a los clientes.

Los Colegios de Abogados y la Mutualidad deben cooperar para poder, en conjunto, dar un mejor servicio al cliente.

Berenguer (2011) afirma: *“La cooperación favorece los intercambios de información y, además, requiere un mayor grado de implicación de los actores, que alternan sus actividades y comparten recursos para beneficio mutuo y para alcanzar un objetivo común”* (p. 76).

Este objetivo común es, como se mencionaba al principio de este apartado, la satisfacción del cliente.

La segunda vía de información mencionada es el Servicio de Atención al Mutualista. Para que este departamento pueda facilitar una información correcta al cliente es necesario que exista una relación fluida entre el mencionado departamento y el de Suscripción (al cual pertenecen los Gestores de Riesgo). Esta relación puede verse entorpecida por la aparición de silos.

*“Los silos no son el problema, lo es la “siloitis”. El peligro reside en que un silo sano, que satisface eficiente y calladamente la demanda de uno o varios procesos de negocio estratégicos (...), desarrolle una disfuncionalidad, motivado por algunas de sus competencias esenciales (...). Esto le convierte en un silo enfermo.”* (Berenguer, 2011, p. 163-164).

La creación de equipos interfuncionales y roles de enlace puede favorecer la coordinación de estos departamentos, así como fomentar la colaboración entre los mismos.

### **3.3. METODOLOGÍAS**

En el desarrollo del presente trabajo se ha mencionado en repetidas ocasiones que la metodología escogida para desarrollar este proyecto de mejora es el Ciclo de Mejora de Procesos de los profesores José María Berenguer y Juan Antonio Ramos-Yzquierdo.

Existen diversos modelos de resolución de problemas aplicables. A continuación se van a describir algunos de estos modelos.

#### **3.3.1 CICLO PDCA DE ISO 9001**

El Ciclo PDCA, conocido también como Ciclo de Mejora continua o Círculo de Deming es un sistema de mejora de calidad y modelo de resolución de problemas desarrollado por Walter Shewhart en los años 30, aunque creado inicialmente por Edward Deming.

La norma ISO 9001 hace referencia a la aplicación de esta metodología en los sistemas de gestión de calidad.

Este ciclo está formado por cuatro fases:

##### **1. Plan (Planificar):**

Identificar problemas u oportunidades de mejora y cuantificar su magnitud. Buscar las posibles causas del problema e identificar las más probables. Definir los objetivos. Analizar el proceso. Definir soluciones (evitar soluciones superficiales, deben actuar sobre el origen del problema). Planificar en detalle su puesta en marcha.

**2. Do (Hacer):**

Ejecutar los planes desarrollados en la fase anterior a modo de prueba.

**3. Check (Verificar):**

Estudio y evaluación de los resultados obtenidos en la fase anterior en función de los datos recopilados (es necesario haber establecido indicadores de medida).

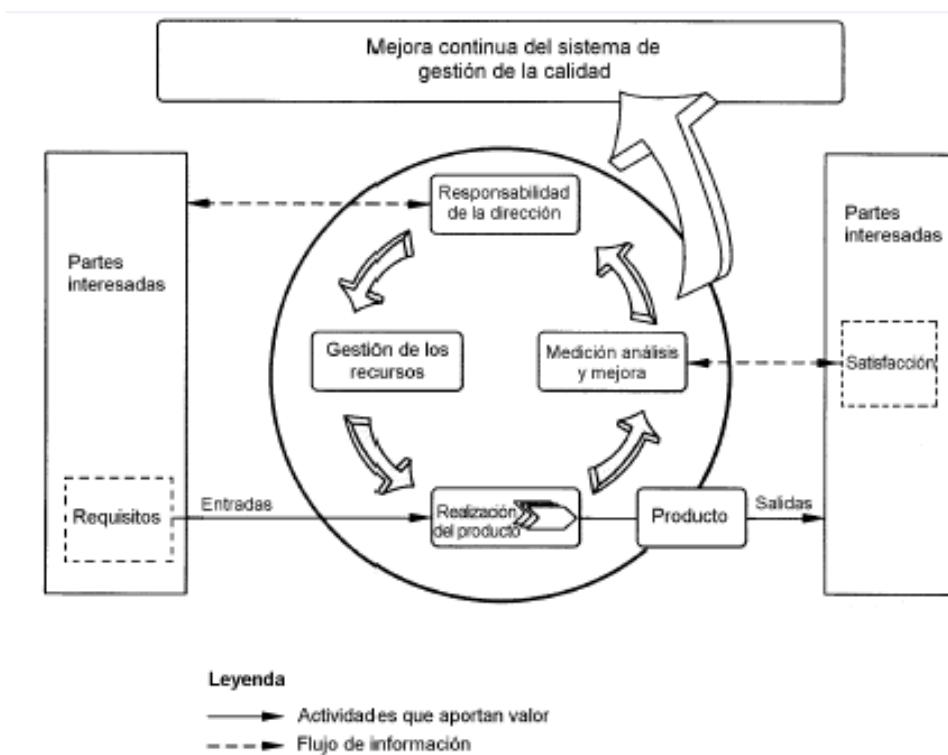
*"Lo que no se mide no se puede mejorar." Lord Kelvin s.XIX.*

Si los objetivos definidos en la primera etapa no se cumplen, se comenzará de nuevo desde la fase inicial antes de implementar a gran escala.

**4. Act (Actuar):**

Se implantan las mejoras diseñadas y probadas satisfactoriamente en proyectos anteriores.

Volver a empezar desde la fase de Planificar para resolver nuevas situaciones y continuar mejorando: iterar.



**Figura 12. Modelo de Gestión de Calidad basado en procesos. Fuente: Norma ISO 9001:2008 (p. 7)**

La norma ISO 9000:2005 en su texto Sistemas de gestión de la calidad (Fundamentos y Vocabulario) establece, además, una serie de principios de gestión de la calidad para mejorar continuamente el desempeño:

- **Principio 1: Enfoque al cliente.** Hacer un esfuerzo por entender e interpretar las necesidades que pueden tener en el momento y que pueden surgirle en el futuro.
- **Principio 2: Liderazgo.** Los líderes fomentar un entorno que propicie la involucración del personal en los objetivos de la empresa.
- **Principio 3: Participación del personal.** Entender que el personal y su participación en los procesos es básico para el funcionamiento de la organización.
- **Principio 4: Enfoque basado en procesos.** Importancia de la gestión de las actividades y recursos como un proceso.
- **Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión.** Reconocer, comprender y gestionar los procesos como un sistema en el que los mismos se interrelacionan.
- **Principio 6: Mejora continua.** Pretender mejorar continuamente debe formar parte de los fines de toda organización.
- **Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.** Fundar las decisiones en datos analizados previamente.
- **Principio 8: Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.** Fomentar la relación con los proveedores de manera que resulte beneficiosa para ambos.

### 3.3.2 DMAIC DE SEIS SIGMA

Seis Sigma es una metodología de mejora de procesos creada por Bill Smith en torno al año 1987.

El modelo DMAIC está inspirado en el PDCA de Deming y propone cinco fases:

#### 1. **Define (Definir):**

Definir los objetivos del proyecto, el alcance del mismo y los beneficios esperados. Además, establecer indicadores de medición y los miembros del equipo, incluido el líder o responsable. En esta etapa se desarrolla el Marco del Proceso o *Project Charter*.

#### 2. **Measure (Medir):**

Entender en profundidad el problema, estableciendo métricas para poder cuantificarlos. En esta fase se suele realizar el mapeo de procesos y herramientas de métricas Seis Sigma.

#### 3. **Analyze (Analizar):**

Determinar las razones del problema, analizándolas en su origen y cuantificar las conclusiones obtenidas con datos reales. En la etapa de Analizar es común utilizar técnicas como el Diagrama de Ishikawa, Diagrama de Pareto o de Dispersión, Lluvia de ideas o la técnica de los Cinco Porqués.

#### 4. *Improve (Mejorar):*

Exponer diferentes alternativas para mejorar o solucionar el problema. Las soluciones deben centrarse en la raíz del problema, no en las consecuencias del mismo. Evaluar las distintas soluciones propuestas y aplicar la alternativa escogida.

Las matrices de prioridades, en las que se cuantifican y evalúan diferentes criterios, ayudan a elegir la solución.

#### 5. *Control (Controlar):*

Asegurar que los objetivos han sido alcanzados, si es así hay que establecer las medidas necesarias para mantener el nuevo proceso mejorado, continuando su desempeño, documentando el proyecto y difundiendo la necesidad de mejora continua.

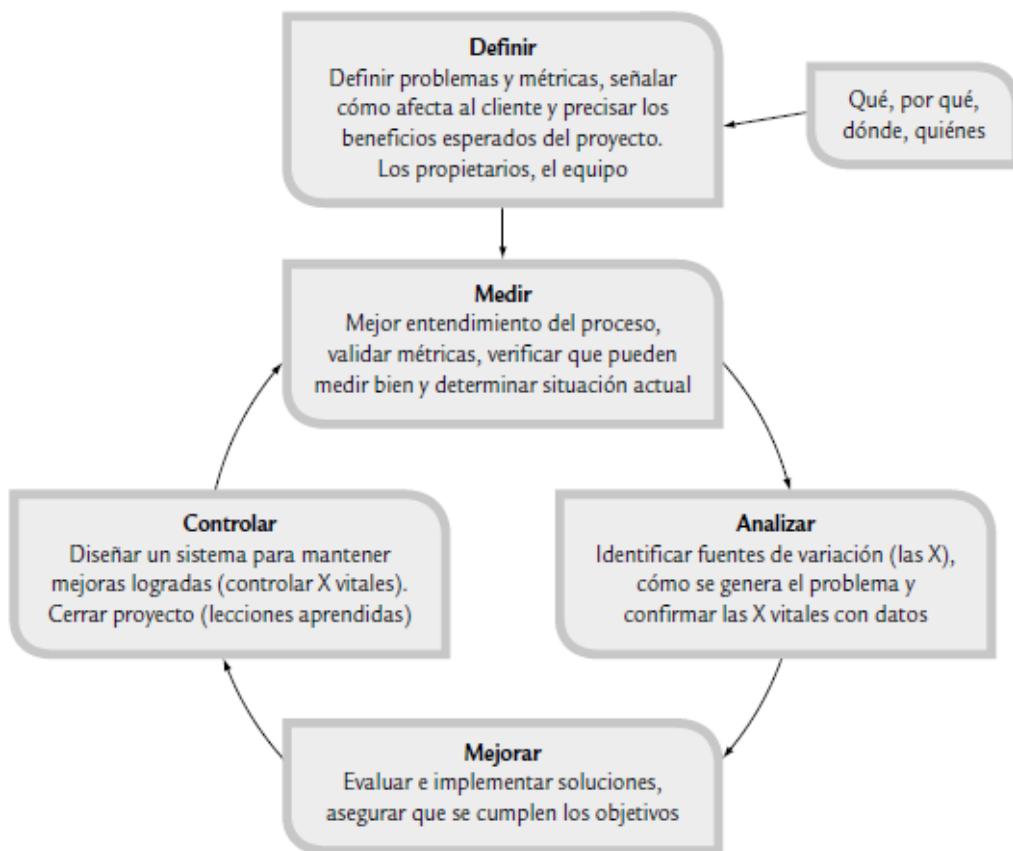


Figura 13. Cinco etapas en la realización de un proyecto Seis Sigma. Fuente: Control Estadístico y de Calidad Seis Sigma (2009)

### 3.3.3 CICLO DE MEJORA DE PROCESOS DE NEGOCIO (CMP)

El CMP fue desarrollado por los profesores José María Berenguer y Juan Antonio Ramos-Yzquierdo en el año 2004.

Esta metodología se basa en el ciclo DMAIC de Seis Sigma y ha sido adaptada posteriormente por el profesor Berenguer a las nuevas tendencias del movimiento *lean*.

En el CMP se describen ocho fases y 29 actividades, en las que se determinan diferentes tareas y técnicas utilizables.

**1. Sensibilización:**

- I. *Apreciar*: conseguir la aceptación y comprensión por parte de la Dirección del nuevo paradigma, delimitando y comunicando el alcance y ambición de la propuesta de mejora.
- II. *Auscultar*: conocer el marco de referencia, analizar los *Stakeholders*, determinar la propuesta de valor y los Factores Críticos de Éxito.
- III. *Comprometer*: Asegurar el apoyo de la alta Dirección y difundir la nueva visión por la organización.

**2. Identificación:**

- I. *Listar*: determinar los procesos de negocio identificando procesos clave y obtener una lista de posibles candidatos. El mapeo de procesos es importante en esta actividad.
- II. *Valorar*: listar los criterios de selección de procesos con la ayuda de una matriz relevancia-robustez.
- III. *Seleccionar*: escoger un proceso para su mejora y conseguir la aprobación de la Dirección para el mismo.

**3. Planificación:**

- I. *Exponer*: crear un escenario de lo que se pretende conseguir y darlo a conocer.
- II. *Proyectar*: definir el proyecto determinando el problema, los objetivos y los beneficios, así como el equipo y responsable del proyecto.
- III. *Comunicar*: comunicar la iniciativa y conseguir la aceptación de la misma por parte de los miembros de la organización.

**4. Análisis:**

- I. *Confirmar*: confirmar que el proceso y la estrategia de la organización están alineados y determinar medidas de control de riesgos.
- II. *Modelar*: reunir toda la información posible del proceso, analizarlo y crear los mapas o diagramas que correspondan. En esta actividad una técnica destacable es el Análisis de Valor Añadido (AVA), a través del cual se vislumbran las actividades que aportan y no aportan valor al cliente.
- III. *Identificar*: exponer posibles soluciones y crear una primera lista de mejoras.

- IV. *Parametrizar*: establecer indicadores de medida y determinar los Indicadores Clave de Desempeño.
- V. *Medir*: plan de recogida y muestreo de datos para obtener las medidas actuales.
- VI. *Sustanciar*: documentar el proceso y priorizar las mejoras propuestas.

**5. Diseño:**

- I. *Alinear*: alinear los requisitos con las expectativas tanto internas como las expectativas de los grupos de interés.
- II. *Especificiar*: asegurar el diseño y determinar las especificaciones que deben guiar el diseño del flujo de valor.
- III. *Evaluar*: diseñar diferentes soluciones y escoger la que corresponda. En esta actividad cabe destacar la realización de Diagramas y mapas de flujo de valor.
- IV. *Estructurar*: documentar el proceso futuro y determinar los cambios que van a ser necesarios a nivel de estructura y sistemas de información.

**6. Implantación:**

- I. *Digitalizar*: escoger la aplicación informática que dará forma al nuevo proceso y crear una primera versión.
- II. *Reorganizar*: adaptar el nuevo proceso en la organización, modificando el diseño organizativo, políticas o procedimientos que sean necesarios y comenzar a crear una cultura de aceptación. Esto es la incardinación de la nueva operación.
- III. *Formar*: formar a todos los implicados en el proceso y crear conocimiento del mismo.
- IV. *Probar*: experimentar con el nuevo proceso detectando fallos o errores para poder corregirlos.
- V. *Arrancar*: definir una estrategia de implantación y ponerla en marcha, supervisando la misma. Esta implantación puede hacerse de diversas formas: cambio directo, en paralelo, por fases o piloto.

**7. Control:**

- I. *Mantener*: conservar la calidad del proceso, documentando los cambios realizados, definiendo las pautas de actuación y las medidas de control que se van a ejecutar.
- II. *Responsabilizar*: definir la propiedad del proceso e impulsar los cambios que se deben asumir.

III. *Aprender*: repasar y analizar el desarrollo del proceso y las mejoras obtenidas, de manera que se puedan incorporar nuevas mejoras y aprender de la propia experiencia.

## 8. Capacitación:

- I. *Adquirir*: escoger un Modelo de Madurez para la organización.
- II. *Ejercitar*: estructurar un sistema de desempeño de las personas para fomentar una cultura lean y de procesos.



Figura 14. Ciclo de Mejora de Procesos. Fuente: Dirección de Procesos Digitales (2004).

Esta metodología se desarrolla en ocho fases, pero son cinco las fases del ciclo central. Las fases de Sensibilización, Identificación y Capacitación son fases generales que no hacen referencia al problema concreto escogido, sino a la labor de análisis y concienciación de la organización en su conjunto.

Se considera este modelo adecuado para el proceso de mejora escogido por su el nivel de detalle y cuidadosa definición de cada etapa, además del énfasis en la necesidad de mejora continua y de aplicación de principios *lean*, reiterando la importancia tanto de la concienciación a nivel de alta Dirección como comprensión y aceptación del resto de la organización.

### **3.4. CONCLUSIONES**

Toda organización que desee garantizar su supervivencia a largo plazo debe orientar sus esfuerzos en la búsqueda de la mejora continua y la satisfacción del cliente. Esto se consigue por medio del análisis y mejora de sus procesos internos y para esta tarea existen diferentes metodologías y modelos de aplicación.

Para el proyecto sobre el que versa este trabajo se ha escogido la metodología que mejor se ajusta a sus características, analizando con gran detalle la situación actual, con el fin de mejorarla a futuro.

En los siguientes capítulos se desarrollará la solución propuesta al problema planteado, así como la previsión de resultados que se pretenden alcanzar con la mejora.

# CAPÍTULO 4: DISEÑO DE LA SOLUCIÓN

---

- 4.1. Introducción**
- 4.2. Descripción de la solución**
- 4.3. Particularidades del proceso**
- 4.4. Cronología del proyecto**
- 4.5. Conclusiones**

## 4.1. INTRODUCCIÓN

Habiendo realizado un análisis de la organización y del proceso objeto de mejora, así como del marco teórico y las metodologías aplicables, en este capítulo se va a exponer y describir la solución diseñada para el problema planteado. Dicha solución se considera la más apropiada conforme a las necesidades y medios de la organización.

Asimismo, se hará referencia a la cronología del proyecto, situando en el tiempo las fases y tareas realizadas para la elaboración del proyecto.

## 4.2. DESCRIPCIÓN DE LA SOLUCIÓN

La solución propuesta puede dividirse en dos bloques de mejora:

### **Bloque 1: Compartir datos con la asesoría médica a través de Web Service.**

Compartir los datos con la asesoría médica a través de un sistema web permitirá eliminar la gestión a través de ficheros *Excel*, emails y carpetas compartidas. De esta manera se agilizará el proceso de valoración del riesgo, así como el de revisión de informes médicos solicitados.

Desde que la solicitud del cliente esté completa, se podrá remitir a la asesoría médica, sin necesidad de esperar al final del día para elaborar un fichero con todas las solicitudes recibidas. Además, la asesoría médica podrá tipificar el resultado del cuestionario telefónico, así como adjuntar la documentación a la solicitud en el mismo momento, sin necesidad de esperar a hacer la carga diaria en lote de solicitudes.

Esta mejora permitirá reducir el tiempo de tramitación de cada solicitud al menos en 48 horas.

### **Bloque 2: Eliminar gestión manual de incidencias.**

Como se ha explicado en apartados anteriores, un porcentaje significativo de solicitudes requieren de una gestión adicional por parte de la empresa para poder llegar a tramitarse (bien porque el cliente no realiza el cuestionario de salud, no aporta informes o no envía la cláusula limitativa firmada). La revisión de estas incidencias se realiza de forma manual, anotándose una a una en un fichero *Excel* y enviándolo al responsable para que lo distribuya a los gestores telefónicos.

Esta actividad consume mucho tiempo de los Gestores de Riesgo y, además, es fácilmente automatizable.

La propuesta consiste en generar dos tareas automáticas:

- 1) A los diez días de haber enviado los datos de la solicitud a la asesoría médica, haber enviado requerimiento de informe o haber enviado propuesta de cláusula limitativa, se generará un SMS o Email automático (en función de las preferencias establecidas en medio de contacto) en el que se avisará al cliente que existe una incidencia con su proceso de suscripción y debe ponerse en contacto con la Mutualidad.  
Se espera que el cliente contacte y un gestor telefónico le informe de la situación de incidencia para resolverla. Algunos clientes sabrán cuál es su situación de incidencia y en vez de llamar para consultar, se apresurarán a resolver esta situación (recoger carta certificada en Correos por aviso recibido en buzón, respuesta a requerimiento de cláusula o informe médico, devolución de llamada a la asesoría médica).
- 2) A los diez días de haberse generado el SMS o Email, el sistema creará una tarea automática que se asignará a un gestor telefónico. Este gestor deberá hacer varios intentos de localizar telefónicamente al cliente, con el fin de informarle de su situación y resolver la incidencia.

Se dejarán pasar otros diez días más para que el cliente realice el cuestionario o envíe informes/cláusula firmada. Transcurrido este plazo sin respuesta, el sistema marcará las solicitudes para que el Gestor de Riesgos remita una carta certificada informando sobre el cierre del proceso de su solicitud. De esta manera, el tiempo máximo por incidencia será treinta días y el proceso no se alargará innecesariamente.

La automatización de estas tareas eliminará un porcentaje elevado de actividades que no aportan valor, liberando tiempo de los gestores de riesgo para realizar otras gestiones.

Otra de las tareas realizadas que no aportan valor al cliente, consiste en realizar el segundo fichero de incidencias para el Colegio de Abogados de Madrid. Para solucionar esta situación se propone:

- Dar acceso al Colegio de Abogados de Madrid al seguimiento de sus solicitudes por la página web de la Mutualidad. De esta forma, no será necesario enviar ficheros semanales y el propio Colegio podrá consultar en cualquier momento el estado de cada una de sus solicitudes.
- Hasta que esta situación esté resuelta, se propone la automatización de otra tarea: transcurridos veinte días desde que la solicitud se encuentra en incidencia (cliente no

realiza cuestionario de salud, no envía informes o cláusula), se enviará un email automático al Colegio de Madrid, en el que se informa de la incidencia.

Las figuras 15 y 16 muestran los diagramas de flujo diseñados para el proceso a futuro.

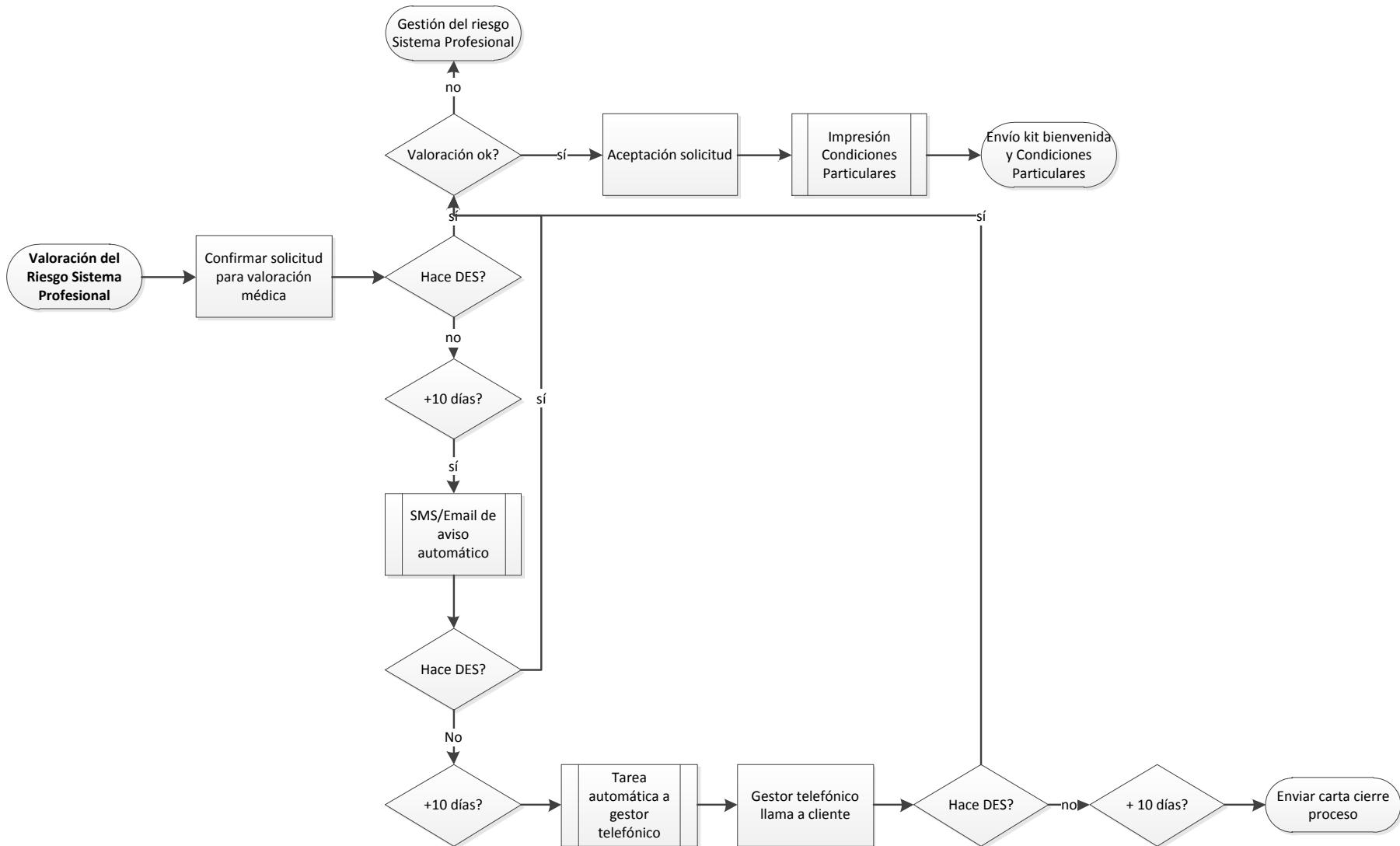


Figura 15. Diagrama de Flujo Futuro Valoración del Riesgo Sistema Profesional. Elaboración Propia.

### Anexo aclarativo Diagrama de Flujo Futuro Valoración del Riesgo Sistema Profesional

Confirmar solicitud para valoración médica

Cuando la solicitud esté completa, con todos los documentos requeridos, el gestor telefónico únicamente tendrá que validarla para que la asesoría médica reciba los datos y pueda llamar al cliente.

Hace DES?

Si el cliente realiza la Declaración de Estado de Salud (DES), la asesoría médica tipificará el resultado y adjuntará los documentos asociados a la solicitud (valoración médica y cuestionario transcrito). Si no la realiza se entra en el proceso de gestión de incidencias por medio de tareas automáticas cada 10 días.

Valoración ok?

Se entiende valoración OK por valoración a Tarifa Normal, es decir, el cliente no ha declarado ninguna patología objeto de revisión y el Gestor de Riesgos únicamente tendrá que aceptar la solicitud para la grabación de la póliza.

Gestión del riesgo Sistema Profesional

Si la valoración del riesgo no es a Tarifa Normal pueden darse tres situaciones: Petición de informes médicos, envío de cláusula limitativa o denegación del riesgo. Este proceso se refleja en otro diagrama de flujo.

SMS/Email de aviso automático

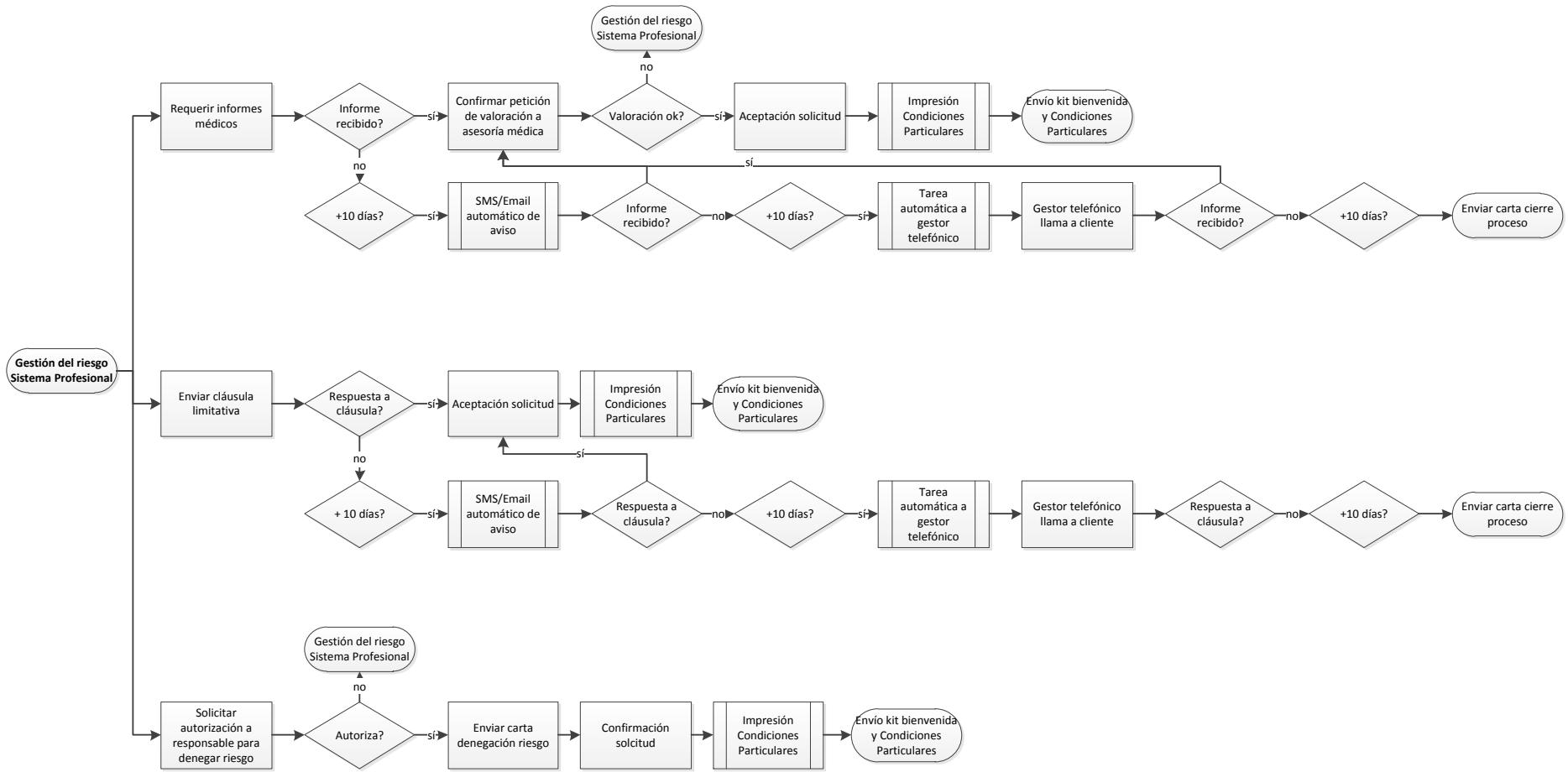
El SMS o Email se generará automáticamente a los 10 días del envío a la asesoría médica de los datos de la solicitud sin haber obtenido respuesta.

Tarea automática a gestor telefónico

Si a los 10 días del SMS o Email automático el cliente no ha realizado el cuestionario, el sistema generará una tarea que se asignará a un gestor telefónico y éste contactará con el cliente para recordarle la necesidad de realizar este cuestionario telefónico.

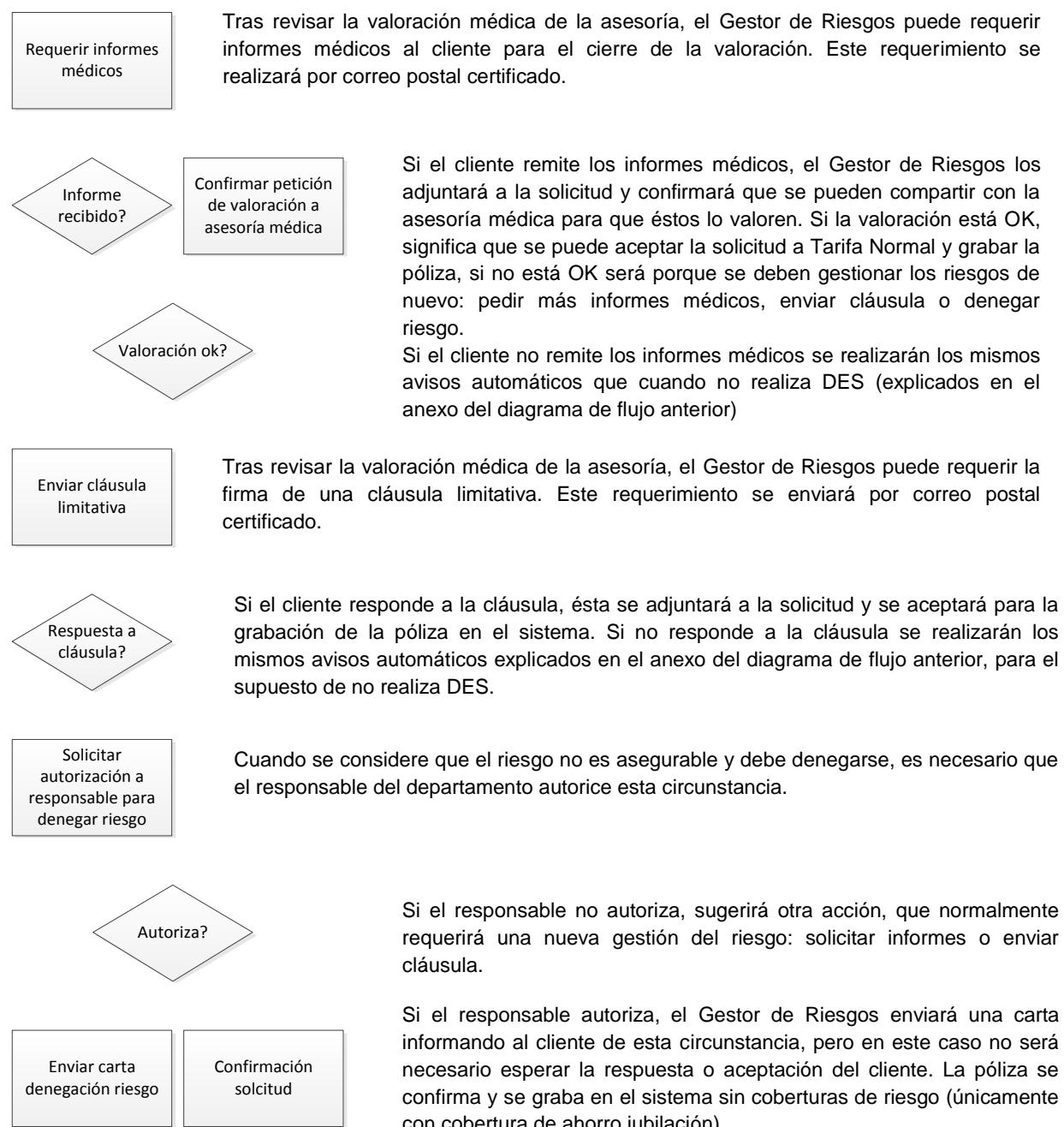
Enviar carta cierre proceso

Si a los 10 días de la tarea automática a gestor telefónico (o 30 días desde envío de datos a la asesoría médica) el cliente no ha realizado la Declaración de Estado de Salud, se entenderá que el cliente no está interesado y se cerrará el proceso. Esta situación se comunicará al cliente por correo postal certificado.



**Figura 16. Diagrama de Flujo Futuro Gestión del Riesgo Sistema Profesional. Elaboración Propia.**

### Anexo aclarativo Diagrama de Flujo Futuro Gestión del Riesgo Sistema Profesional



La figura 17 muestra el Mapa To-Be para la actividad definida como “Valorar Riesgo Sistema Profesional”. Este mapa recoge el supuesto desde que el cliente envía su solicitud del Sistema Profesional con toda la documentación requerida, hasta que la solicitud es aceptada a Tarifa Normal por la Mutualidad.

En primer lugar, el Gestor de Riesgos deberá revisar la solicitud y, si todo está correcto, únicamente tendrá que confirmar el envío de datos a la asesoría médica (que se realizará automáticamente, sin necesidad de generar ficheros, ni enviar e-mails). Para esta tarea se prevé un tiempo estimado de un minuto.

Conforme al contrato que existe entre la Mutualidad de la Abogacía y *Advance Medical*, éstos disponen de veinticuatro horas desde la recepción de los datos del cliente para realizar el primer contacto con el mismo. Suponiendo que el cliente está disponible y responde al teléfono, la asesoría médica tardará unos quince minutos en realizar el cuestionario y tipificaría el resultado en el momento; adjuntando los documentos correspondientes (transcripción del cuestionario y valoración médica). Estos datos quedarán disponibles para la Mutualidad, de manera que no existirán tiempos muertos entre la realización del cuestionario por parte del cliente y el envío de datos a la Mutualidad.

Las solicitudes cuya tipificación por parte de la asesoría médica sea Tarifa Normal, es decir, el cliente no ha declarado ninguna patología objeto de revisión y por lo tanto no existe riesgo agravado, se marcarán en el sistema de manera que el Gestor de Riesgos únicamente deberá confirmar la aceptación de las mismas (sin necesidad de hacer una segunda revisión).

Por tanto, se estima que cuando esté implantado este proceso, las solicitudes a Tarifa Normal en las que el cliente está localizable pasarán a tramitarse en un tiempo aproximado de veinticuatro horas, siendo el tiempo de proceso anterior setenta y dos horas.

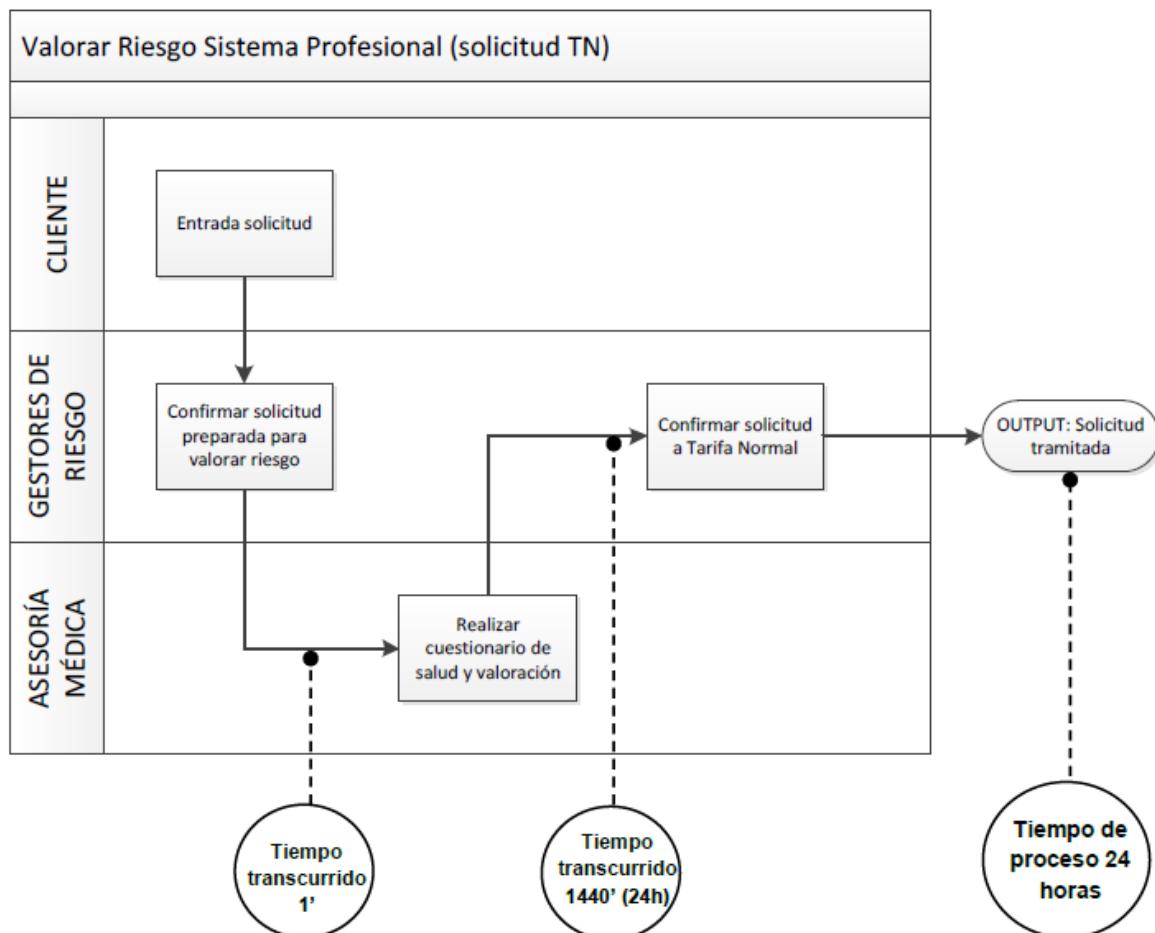


Figura 17. Mapa To-Be Valorar Riesgo Sistema Profesional. Elaboración propia.

La figura 18 muestra el Mapa To-Be para la actividad definida como “Selección y Gestión de Riesgos Sistema Profesional” que incluye requerimiento al cliente. Este mapa recoge el supuesto desde que el cliente envía su solicitud del Sistema Profesional con toda la documentación requerida, hasta que el cliente recibe notificación de requerimiento.

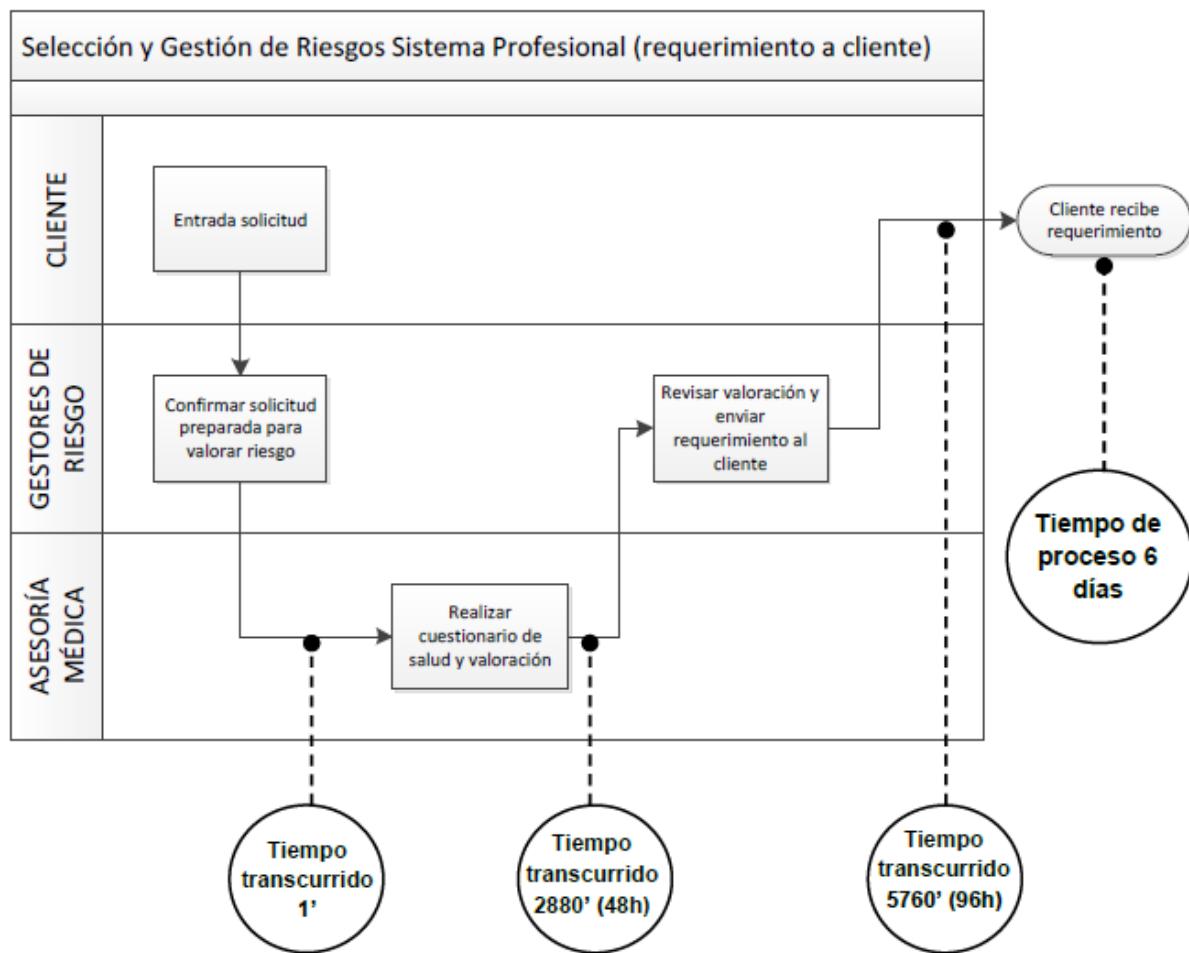
Al igual que el mapa anterior recogía las solicitudes cuya tipificación por parte de la asesoría médica son a Tarifa Normal, este mapa recoge los supuestos en los que el cliente declara alguna patología objeto de revisión. Pueden darse dos tipos de requerimientos:

- Requerimiento informes médicos.
- Requerimiento cláusula limitativa.

En este supuesto, se ha ampliado el tiempo mínimo de respuesta de la asesoría médica, debido a que puede ser necesaria una revisión interna que retrase el cierre de la valoración médica. Es por esto que el tiempo transcurrido desde que la asesoría recibe los datos del cliente hasta que envía a la Mutualidad el resultado, puede ser de unas cuarenta y ocho horas.

Cuando los Gestores de Riesgo de la Mutualidad reciben la valoración, realizarán una revisión de la misma y redactarán la carta de requerimiento, que se enviará por correo postal certificado. El tiempo estimado desde que los Gestores de Riesgo realizan la revisión y redacción de la carta, hasta que el cliente tiene conocimiento de la misma, es de noventa y seis horas (cuatro días), debido a que la carta puede tardar horas en ser recogida por Correos en la Mutualidad y tres días de media en ser entregada a su destino en territorio peninsular.

Por tanto, se calcula que cuando esté implantado el proceso el tiempo estimado desde que la solicitud del Sistema Profesional se recibe completa en el departamento hasta que el cliente recibe la notificación de requerimiento serán seis días.



**Figura 18. Mapa To-Be Selección y Gestión de Riesgos Sistema Profesional. Elaboración propia.**

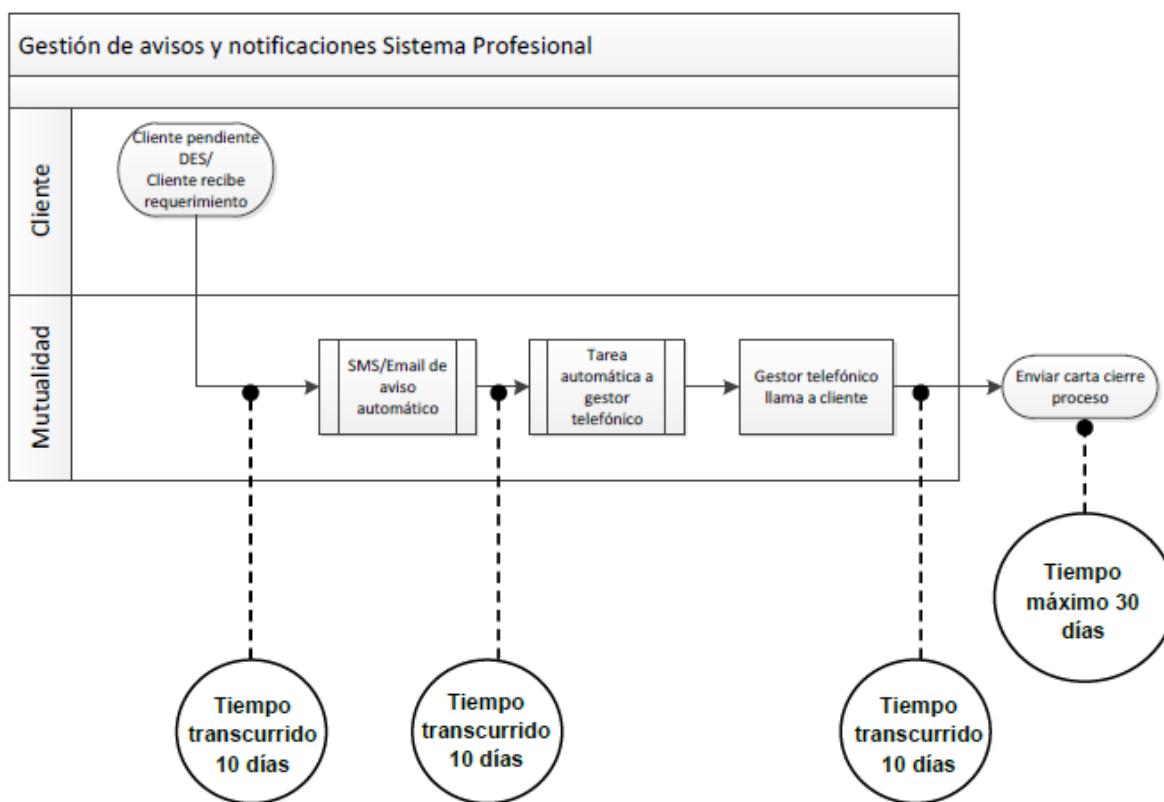
La figura 19 muestra el Mapa To-Be para la gestión de avisos y notificaciones, en el que se pretende recoger las diferentes tareas que se deben realizar para la gestión de incidencias del Sistema Profesional.

Como se ha explicado anteriormente, pueden darse tres situaciones de incidencia:

- El cliente no responde a la Declaración de Estado de Salud (DES).
- El cliente no responde a requerimiento de informes.
- El cliente no responde a requerimiento de cláusula.

Con la programación automática de estas tareas se pretende:

- Eliminar tareas que no aportan valor (creación de ficheros Excel).
- Liberar tiempo de los Gestores de Riesgo para la realización de otras tareas.
- Reducir el número de llamadas que el gestor telefónico deberá realizar (se prevé que parte de los clientes solucionen su situación de incidencia con el primer aviso automático SMS/Email).
- Aumentar las solicitudes que se tramitan con éxito.
- En caso de falta de respuesta del cliente, limitar el tiempo de proceso a máximo treinta días.



**Figura 19. Mapa Should-Be Gestión de avisos y notificaciones. Elaboración propia.**

## 4.3. PARTICULARIDADES DEL PROCESO

### 4.3.1 EXIGENCIAS LEGALES

Debido a que en el proceso de Selección de Riesgos del Sistema Profesional se manejan datos de salud de los clientes, es especialmente importante dar cumplimiento a la Ley 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Por esta razón se realizan las siguientes puntualizaciones:

- En el momento de realizar el cuestionario telefónico de salud, la asesoría médica solicita al cliente el consentimiento verbal para el tratamiento de sus datos personales y de salud. Asimismo, se le informa de sus derechos de acceso y cancelación de datos.
- Se habilitarán los medios necesarios para que la Web Service cumpla con los requisitos de seguridad marcados por la ley.
- Las comunicaciones que contienen datos de salud se remitirán siempre por correo postal certificado a nombre del interesado. Estas comunicaciones son los requerimientos de informes médicos y cláusulas limitativas.
- Los SMS o Emails automáticos que se han propuesto, no contendrán ningún detalle de la incidencia con el fin de no mencionar datos personales o de salud.
- La información que faciliten los gestores telefónicos debe limitarse a la necesidad de realizar la Declaración de Estado de Salud (DES) o la necesidad de recibir respuesta al requerimiento enviado por correo postal certificado, sin hacer mención al contenido del mismo por teléfono.

### 4.3.2 NECESIDAD DE COORDINACIÓN

En el proceso de implantación del nuevo flujo de valor será especialmente importante que todos los miembros de la organización tengan acceso a la información del proceso To-Be.

Deben existir mecanismos de coordinación que permitan que el departamento de Selección de Riesgos y el departamento de atención telefónica tengan una comunicación fluida, ya que éstos serán los encargados de informar al cliente sobre tiempos y requerimientos.

El sistema debe permitir que la información sobre la situación de la solicitud esté lo suficientemente clara como para que el gestor telefónico informe al cliente sin necesidad de consultar al Gestor de Riesgos, pero de ser necesario, éste estará disponible para cualquier consulta.

Asimismo, el sistema deberá disponer de las opciones necesarias para que el gestor telefónico genere un requerimiento que sea recibido por el Gestor de Riesgos, con el fin de realizar alguna tarea adicional que solicite el cliente. Estas tareas pueden ser:

- Volver a llamar al cliente para hacer Declaración de Estado de Salud.
- Volver a enviar carta de requerimiento.

En caso de disconformidad con la cláusula limitativa o con el requerimiento de informes, deberá ser el cliente el que, por escrito, manifieste esta circunstancia y el departamento de Selección de Riesgos le dará respuesta por correo certificado. Esta información deberá ser facilitada por el gestor telefónico al cliente si éste le manifiesta su disconformidad por teléfono.

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera importante establecer los siguientes mecanismos de coordinación:

- **Roles de enlace:** entre el departamento de Selección de Riesgos y el Servicio de Atención al Mutualista.
- **Equipos interfuncionales:** que se reúnan periódicamente para comentar novedades, dudas e incidencias.
- **Normas y procedimientos:** el nuevo proceso debe quedar documentado, realizándose las actualizaciones periódicas que sean necesarias.

#### **4.3.3 CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS LEAN**

El nuevo proceso definido, que pretende evitar el despilfarro de recursos y eliminar tiempos muertos, cumple con los siguientes principios de la filosofía de trabajo *lean*:

- Centrar el esfuerzo en las actividades que añaden valor.
- Reducir el tiempo de ciclo lo máximo posible.
- Prescindir en la medida de lo posible de procesamientos en lote.
- No adelantarse a los requerimientos del siguiente paso del proceso.
- Eliminar duplicidad de actividades.

Como se ha comentado en el capítulo anterior, el Ciclo de Mejora de Procesos (CMP) fue adaptado para enfatizar los principios de este movimiento en sus fases, actividades y tareas. De esta manera, en el presente proyecto se han aplicado estas pautas y principios para el diseño de la solución.

## 4.4. CRONOLOGÍA DEL PROYECTO

En el proyecto de mejora del proceso de Selección de Riesgos del Sistema de Previsión Social de la Mutualidad de la Abogacía se han aplicado las cinco primeras fases del ciclo Ciclo de Mejora de Procesos (CMP).

Dicho proyecto dio comienzo el mes de abril de 2015, con las fases de Sensibilización e Identificación, en las que se han realizado tres documentos importantes:

- **Lista de Stakeholders**
- **Mapa de Operaciones**
- **Formulario de Definición de Proceso.**

La primera quincena del mes de mayo se dedicó a la fase de Planificación, en la que se definió el problema del proceso, así como los objetivos, recursos, limitaciones y riesgos. También se definieron los miembros del equipo y las reglas de actuación. Esta información se plasmó en el **Project Charter**.

Parte del mes de mayo y junio se ha dedicado a la fase de Análisis, en la que se han realizado los siguientes trabajos:

- **Análisis de mecanismos de coordinación existentes.**
- **Mapa de proceso As-Is.**
- **Diagrama Solicitud de contratación Sistema de Previsión Social Profesional.**
- **Diagrama Valoración del Riesgo Sistema Profesional.**
- **Diagrama Gestión del Riesgo Sistema Profesional.**
- **Diagrama Gestión de Incidencias ICAM.**
- **Diagrama Gestión de Reclamaciones.**
- **Análisis Valor Añadido (AVA).**
- **Medidas de Desempeño.**

Posteriormente se comenzó la fase de Diseño, que finaliza a mediados del mes de julio. En esta fase se han realizado los siguientes trabajos:

- **Diagrama de Flujo Futuro Valoración del Riesgo Sistema Profesional.**
- **Diagrama de Flujo Futuro Gestión del Riesgo Sistema Profesional.**
- **Mapa del proceso To-Be Valorar Riesgo Sistema Profesional.**
- **Mapa del proceso To-Be Selección y Gestión de Riesgos Sistema Profesional.**
- **Mapa del proceso To-Be Gestión de avisos y notificaciones Sistema Profesional.**

Se prevé que la Implantación comience en el mes de octubre de 2015.

La fase de Control dará comienzo una vez finalizada la implantación. Se realizará un control del nuevo proceso midiendo el rendimiento alcanzado, se corregirán posibles desviaciones y se propondrán nuevas mejoras en caso de ser necesario.

Para la fase de Capacitación se pretende analizar la situación de la organización y situar su nivel de madurez en cuanto a estrategia, control, procesos, personas y tecnología, se trabajará con la Dirección con el fin de continuar en el camino de la mejora, la calidad y excelencia de las operaciones.

## 4.5. CONCLUSIONES

La realización de los Diagramas de Flujo futuros y de los Mapas de proceso To-Be ha ido tomando forma en paralelo al análisis del proceso, a través del cual se hacían evidentes las tareas que era necesario eliminar o sustituir.

A través de las herramientas explicadas en el Ciclo de Mejora de Procesos (CMP) se ha podido llevar a cabo el diseño y planificación del nuevo proceso con éxito, calculando los nuevos tiempos del proceso y llegando a las siguientes conclusiones:

- Compartir los datos con la asesoría médica agiliza el tiempo de proceso al menos en cuarenta y ocho horas.
- La gestión de incidencias pasará a formar parte del proceso principal mediante tareas automáticas, eliminando una actividad a la que los gestores debían dedicar una cantidad importante de recursos.

# CAPÍTULO 5: RESULTADOS OBTENIDOS

---

## 5.1. Síntesis de los resultados.

## 5.1. SINTESIS DE LOS RESULTADOS

En la introducción del presente trabajo se exponían los siguientes objetivos en relación a la mejora del proceso de Selección de Riesgos del Sistema Profesional:

- Reducir el tiempo medio del proceso.
- Reducir el número de solicitudes que requieren llamada adicional.
- Aumentar el número de solicitudes que se tramitan con éxito.

Los Indicadores Clave de Desempeño descritos para medir los resultados, así como las medidas iniciales y finales se resumen en el siguiente esquema:

### ***ICD 1. Tiempo de tramitación de solicitud a Tarifa Normal:***

- Tiempo medio proceso As-Is: 72 horas
- Tiempo medio proceso To-Be: 24 horas

### ***ICD 2. Tiempo desde entrada solicitud hasta notificación requerimiento:***

- Tiempo medio proceso As-Is: 8 días
- Tiempo medio proceso To-Be: 6 días

Compartiendo datos con la asesoría médica y eliminando la necesidad de utilizar ficheros, emails y carpetas compartidas se puede reducir en un mínimo de cuarenta y ocho horas el tiempo estimado de proceso.

### ***ICD 3. Porcentaje de solicitudes tramitadas con éxito:***

- Porcentaje As-Is: 95%
- Porcentaje To-Be: 99-100%

Se espera que avisando en dos ocasiones al cliente de que su solicitud se encuentra pendiente de respuesta por su parte (realizar cuestionario de salud o responder a requerimiento de informe o cláusula), disminuya el número de solicitudes que deben cerrarse por falta de respuesta del cliente y por lo tanto aumente el número de solicitudes cuya tramitación finaliza con éxito, es decir, contratando el Seguro. Anteriormente se realizaba una llamada, con el nuevo proceso, además, recibirá un aviso por SMS o Email.

### ***ICD 4. Porcentaje de solicitudes que requieren llamada adicional:***

- Porcentaje As-Is: 23%

- Porcentaje To-Be: 5%

Con el proceso As-Is, el número de solicitudes que requieren llamada adicional se calcula en un 23% aproximadamente. Con el proceso To-Be, se espera que el cliente solucione su situación de incidencia al recibir el primer aviso por SMS o Email, de manera que únicamente un 5% siga sin solucionar su situación y requiera llamada adicional.

La tabla 8 recoge los Indicadores Clave de Desempeño explicados.

| INDICADORES   | AS-IS | TO-BE  | MEDIDA |
|---|-------|--------|--------|
| Tiempo de tramitación de solicitud a Tarifa Normal              | 72    | 24     | Horas  |
| Tiempo desde entrada solicitud hasta notificación requerimiento | 8     | 6      | Días   |
| Porcentaje de solicitudes tramitadas con éxito                  | 95    | 99/100 | %      |
| Porcentaje de solicitudes que requieren llamada adicional       | 23    | 5      | %      |

**Tabla 8. Indicadores Clave del proceso. Elaboración propia.**

Con respecto a la inversión económica, se ha calculado un coste estimado de implantación de la mejora de 35.000 euros, cuya inversión se espera compensar en 17 meses, lo que supondría un ahorro económico del 25% sobre los costes totales.

Los beneficios obtenidos con la mejora del proceso seleccionado pueden resumirse en dos bloques:

- **Satisfacción del cliente:** el cliente percibirá que su solicitud se tramita en un corto plazo sin esperas excesivas.
- **Aumento de recursos disponibles:** la eliminación de tareas manuales conlleva la liberación de tiempo de los gestores para realizar otras tareas que aporten valor a éste u otro proceso.

Continuar en la línea de la mejora continua de procesos permitirá a la organización aumentar sus beneficios y mantener una situación competitiva en un entorno imprevisible y cambiante como el actual. Este es el reto al que deben enfrentarse todas las organizaciones: mejorar sus procesos para aumentar la satisfacción del cliente.

# BIBLIOGRAFÍA

- BERENGUER, J.M. y RAMOS YZQUIERDO, J.A. (2004). Dirección de procesos digitales. Crear organizaciones más eficientes. Ed. Eunsa.
- BERENGUER, J.M. y RAMOS YZQUIERDO, J.A. (2008). Manual de Técnicas del CMP. Temis. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Navarra.
- BERENGUER, J.M. (2011). La fuerza del grupo. Coordinar los procesos, silos, tribus y otros puntos de fricción de las organizaciones. Ed. Eunsa.
- MARTINEZ, A. y CEGARRA J.G. (2014). Gestión por procesos de negocio. Organización horizontal. Ed. Ecobook.
- NORMA INTERNACIONAL ISO 9001 (2008). Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. ISO.
- COSTAS, J. y PUCHE J.C. (2010). Entender el ciclo PDCA de mejora continua. Asociación Española para la Calidad (AEC).
- GUTIERREZ PULIDO, H. y DE LA VARA SALAZAR, R. (2008). Control Estadístico de Calidad y Seis Sigma. Ed. Mc Graw Hill.