



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA LA ANTIGUA

FACULTAD DE INGENIERÍA Y TECNOLOGÍA

INGENIERÍA INDUSTRIAL ADMINISTRATIVA

TESIS

“OPTIMIZACIÓN DEL PROCESO DE RECLAMO DE AUTO
EN UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA”

POR: MARIA ANDRIÓN

Profesor Guía: Daniel Ciniglio

2018



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

doi del documento
<https://doi.org/10.37387/speiro.tl.553>

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis primero a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la salud, la fortaleza y la constancia para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi mamá, Migdalia, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, su inmenso amor, sus valores y más que nada por sus constantes ánimos que me ayudaron a terminar.

A mi papá, José Luis, por siempre haber sido un gran ejemplo e inspiración para mí, un buen consejero y por siempre creer en mí en los momentos en que ni yo misma creía.

A mi hermana, Isabella, que siempre me ha brindado ese apoyo incondicional y la motivación necesaria para atreverme a enfrentar los retos y por siempre estar dándome el apoyo en los momentos difíciles.

María Andrión

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero que todo a Dios por haberme permitido culminar una etapa tan importante en mi vida y por siempre haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser siempre mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi mamá, que siempre ha sido mi guía, mi mayor inspiración y mi modelo a seguir y por siempre impulsarme a seguir adelante y dar lo mejor de mi misma siempre en todo; a mi papá, porque hasta sus últimos días siempre pude aprender de él el más vivo ejemplo de la palabra sacrificio, dedicación por tu trabajo y lo que te apasiona y amor desmedido, y siempre fue mi mejor mentor y planto en mi un deseo de superación y fortaleza; y a mi hermana, que siempre ha sido mi dolor de cabeza favorito y una ayuda incondicional en los momentos más difíciles.

No puede faltar un agradecimiento muy especial al mejor asesor de tesis de la USMA, el Ing. Daniel Ciniglio, por su apoyo, guía, consejos, pero sobre todo por su paciencia.

En general a todas y cada una de las personas que me ayudaron de alguna manera directa o indirectamente, les estaré eternamente agradecida.

María Andrión

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos atrás ha surgido la necesidad de asegurar o de salvaguardar los bienes más preciados; dicha necesidad ha ido aumentando con el transcurso del tiempo, lo que trajo consigo el nacimiento y a su vez crecimiento de las empresas aseguradoras a nivel mundial.

Hace ya un par de años llego a Panamá uno de los líderes en el campo de seguros a nivel mundial, esta compañía prometía ser la Aseguradora global de confianza y avanzar constantemente en el servicio, desarrollando así una mejor relación con sus clientes¹.

Muchas organizaciones suelen olvidar su enfoque principal y por tanto terminan pagando un precio muy alto; en esta ocasión estaré enfocando este trabajo de investigación al estudio y mejoramiento del trámite de los reclamos del Departamento de Reclamo de Autos de MAPFRE Panamá.

Este deseo nace de ver las innumerables quejas de clientes molestos por los retrasos en sus trámites, quejas que sin duda alguna dejan mal la imagen de la compañía; es por esto que presentaré una propuesta de optimización según las observaciones y los datos analizados.

Se empezó con el planteamiento del problema, puntualizando en objetivos necesarios para encaminar la exploración y haciéndome preguntas relacionadas con el problema. Se comenzó la investigación indagando en los métodos que se

¹ Misión y Visión de MAPFRE Panamá

utilizan para el desarrollo de los procesos, el tiempo que toman y las variables que pueden afectar el tiempo de respuesta. Luego se presentó el análisis y la discusión de datos para poder determinar los puntos deficientes del trabajo. Finalmente, se evaluaron las variables y otros aspectos detectados y se redactaron sugerencias que pudiesen ayudar a mejorar la situación actual del departamento.

El único propósito de este trabajo de investigación es mejorar la imagen del Departamento de Reclamos de Autos y por tanto mejorar la imagen de la compañía en general.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
INTRODUCCIÓN	vii

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES

A. ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA	2
1. Historia de MAPFRE	2
2. Antecedentes de MAPFRE	4
3. Organigrama	5
B. DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE RECLAMO	6
1. Análisis de la situación actual	7
i. Reclamos atrasados	7
ii. Poca comunicación con el cliente	8
iii. Declinación de los reclamos	8
iv. Reclamos especiales	9
1. Mi Bus	9
v. Accesibilidad con los analistas	11
vi. MAPFRE PITS	12
C. ESTADO DEL PROBLEMA	13
D. PREGUNTAS DEL PROBLEMA	15
E. HIPÓTESIS	15
F. PROPÓSITO	16
G. OBJETIVOS	16
H. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	17
1. Limitaciones	17
2. Delimitaciones	17

I. PRINCIPALES DEPARTAMENTOS DE MAPFRE	18
1. Gerencia general	18
2. Departamento de mercadeo	18
3. Departamento de suscripción	18
4. Departamento de salud	19
5. Departamento de vida	19
6. Departamento de auto	19
7. Departamento de legal y cumplimiento	19
8. Departamento técnico.....	20
9. Departamento de contabilidad.....	20
10. Departamento de cobros	20
11. Departamento de conservación de cartera.....	20
12. Departamento de tecnología	21
13. Departamento de preautorizaciones.....	21
14. Departamento de fianzas.....	21
15. Departamento de producción	21
16. Departamento de recursos humanos	22
17. Departamento de auditoria	22
18. Departamento de atención al cliente	22

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. HISTORIA DEL SEGURO	24
B. TIPOS DE PÓLIZA DE AUTO	28
1. Póliza de daños a terceros	28
2. Póliza de cobertura completa	29
C. DEDUCIBLES	29
1. Deducible de colisión o vuelco	30
2. Deducible de comprensivo	30

3. Deducible de robo.....	31
4. Deducible de incendio y rayo.....	31
5. Descuentos en deducibles.....	31
D. BENEFICIOS DE LA PÓLIZA DE AUTO.....	32
1. Auto de alquiler.....	32
2. Asistencia legal.....	32
3. Asistencia vial.....	32

CAPITULO III

METODOLOGÍA

A. ASPECTOS PRELIMINARES DEL ANÁLISIS	
ADMINISTRATIVO.....	35
B. IDENTIFICACIÓN DE LAS LABORES DE UN ANALISTA.....	35
1. Método de medición de tiempos.....	35
2. Diagrama de procesos.....	36
C. MÉTODO BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
1. Método científico.....	37
D. SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
E. TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS.....	38
F. PROCEDIMIENTOS.....	39

CAPITULO IV

RESULTADOS

A. IDENTIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES DEL ANALISTA.....	41
1. Funciones administrativas.....	41
2. Funciones técnicas.....	42
3. Ampliación de la descripción de las funciones administrativas y técnicas de los analistas.....	43

4. Análisis del diagrama de procesos	45
B. ANÁLISIS Y MEDICIONES DE TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN DE CASOS POR ANALISTA	48
1. Cuadro No. 1 – Análisis de Tiempos	49
2. Análisis del Cuadro No. 1	50
C. ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LA CANTIDAD DE CASOS POR ANALISTA	52
1. Cuadro No. 2 – Casos por analista	54
2. Análisis del Cuadro No. 2	55
3. Cuadro No. 3 – Estatus de los casos por analista	57
4. Gráfico No. 1 – Estatus de los casos por analista	58
5. Cuadro No. 4 - Diagrama Conjunto.....	59
6. Análisis general.....	60
D. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS	61
E. PROBLEMAS DETECTADOS EN LOS RECLAMOS DE MI BUS	62

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES	67
B. RECOMENDACIONES	70

BIBLIOGRAFÍA.....	74
--------------------------	-----------

ANEXO 1	79
----------------------	-----------

ANEXO 2	85
----------------------	-----------

APÉNDICE 1	89
-------------------------	-----------

APÉNDICE 2	96
APÉNDICE 3	103
GLOSARIO	110

CAPITULO I
INTRODUCCIÓN Y ASPECTOS GENERALES

A. ASPECTOS GENERALES DE LA EMPRESA

1. Historia de MAPFRE

La historia de MAPFRE comienza cuando en 1931 se crea la Agrupación de Propietarios de Fincas Rusticas de España, la cual tuvo un protagonismo en la defensa de la propiedad agraria². Ya para 1933 nace la Mutualidad de Seguros de la Agrupación de Fincas Rústicas de España (MAPFRE) debido al afán de la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España de crear una Mutualidad, la cual tuvo como fin principal asegurar a los trabajadores de las explotaciones agrícolas que se estaban dando en España en esos tiempos.

Las primeras actividades se redujeron se redujeron solo a Accidentes de Trabajo, sin embargo a partir del 1 de noviembre de 1933 se obtuvo la autorización para operar en Incendio y Pedrisco; el 2 de abril de 1936 para los ramos de accidentes individuales y robo.³

El 22 de marzo de 1944 se creó la sección de enfermedad, la cual surgió por la propuesta presentada por varios mutualistas; su necesidad se basó más que nada por la creación de la infraestructura sanitaria para atender a los pacientes que ya estaba siendo necesaria en esa época.⁴ Sin embargo 10 años después, para enero de 1954, MAPFRE solicita el cese de dichas actividades, a consecuencia de una serie de problemas económicos, políticos y sociales que se fueron dando.

² Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, Alberto Manzano Martos, Editorial MAPFRE, 1983 pág. 40

³ Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, Alberto Manzano Martos, Editorial MAPFRE, 1983 pág. 63, Primeras actividades.

⁴ Colaboración con el seguro de enfermedad, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, pág. 86

Para 1955 fue tarea del nuevo equipo directivo enfrentarse a la crisis en la que se encontraba la Mutua en cuanto a la relación con los delegados, la cancelación de los contratos de los reaseguros y los problemas económicos.⁵

El crecimiento de MAPFRE se fue dando progresivamente, cuando para inicios de 1958 se comenzó a incursionar en otros ramos, siendo estos: Vida, Transporte y Avería de Maquinarias; posterior a esto en 1959 se incluyeron Cristales y Seguro Libre de Enfermedad.⁶ Poco a poco la distribución de las ganancias se iba haciendo más equitativa entre los ramos que manejaba la compañía, quitándole participación al Seguro de Accidentes de Trabajo.

Para 1960, MAPFRE fue creciendo al acercarse a mutualidades de ámbito provincial o local, con el fin de que construyera una fuera de equilibrio en el mercado asegurador;⁷ logrando así una descentralización, lo cual trajo como beneficio que se pudiera aumentar la capilaridad de MAPFRE en el conjunto del país y con el paso de los años, poder desarrollar la red de distribución más grande en España. Fue en 1969 cuando se dio la creación de un grupo asegurador coordinado, el cual estaba integrado por la Mutualidad, MAPFRE Industrial y MAPFRE Vida.⁸

Los siguientes años fueron igual de prósperos para la economía de MAPFRE, de tal forma que para los años 1978 a 1981 crearon una política que los ayudo a

⁵ Recuperación del equilibrio empresarial, Pág. 111, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

⁶ Ampliación de actividades, Pág. 114, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

⁷ Colaboración con entidades Mutuas, Pág. 117, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

⁸ Grupo Asegurador MAPFRE, Pág. 127 Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

eliminar el endeudamiento en entidades bancarias y una fuerte reducción de los gastos administrativos⁹, convirtiéndola en una empresa cada vez más solvente.

En décadas de los 70, la ambición de MAPFRE llegó a querer desarrollarse fuera del territorio nacional, comenzando por países de habla portuguesa y castellana. Para 1981 fue creado MAPFRE Reaseguro, la cual al cabo de 2 años ya tenía un volumen suscrito de 4,000 millones de pesetas, situándola en el segundo lugar entre reaseguros profesionales españoles y la primera por negocio aceptado en el extranjero.¹⁰

Para el año 1983 ya MAPFRE había alcanzado el tan ansiado liderazgo sectorial, ocupando así el primer puesto en el ranking de entidades aseguradoras; lo cual le dio la fama necesaria para convertirse actualmente en líder de los ramos de automóvil, hogar, comunidades, comercios o empresas.

Hoy en día MAPFRE se encuentra en los 5 continentes, en donde se desarrolla como una aseguradora global de confianza¹¹, contando con más de 3,000 sucursales a nivel mundial.

2. Antecedentes de MAPFRE PANAMÁ

La historia de MAPFRE en Panamá es un poco corta pero sustancial, ellos llegaron a Panamá hace apenas 8 años donde adquirieron el 65% de la cartera de

⁹ Corporación MAPFRE, Pág. 133, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

¹⁰ Expansión internacional, Pág. 153, Cincuenta años MAPFRE hacia el futuro, 1983

¹¹ Visión de la empresa: "Ser tu aseguradora global de confianza"

Aseguradora Mundial; y no fue hasta 2012 en donde adquirió el 100% de su holding regional.¹² Dicho Holding agrupa los países de Centroamérica: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Actualmente MAPFRE Panamá maneja los ramos de: fianzas, automóvil, salud, vida, riesgos diversos y ramos generales, siendo la tercera aseguradora con mayor participación en el mercado panameño¹³ (a diciembre 2016).

3. Organigrama

La estructura organizacional de MAPFRE Panamá se encuentra distribuida de la siguiente manera.¹⁴



¹² MAPFRE Panamá, Historia de MAPFRE Panamá, <https://www.mapfre.com.pa/seguros-pa/sobre-mapfre-panama>

¹³ La estrella de Panamá, Economía, “Afirman calificación de MAPFRE”, 25/02/2017

¹⁴ MAPFRE Panamá, ¿Quiénes somos?, <https://www.mapfre.com.pa/seguros-pa/sobre-mapfre-panama>

B. DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE RECLAMO

El movimiento en el departamento de Reclamo es prácticamente rápido. Todo inicia con la llamada o notificación de un siniestro, en donde un inspector debe salir inmediatamente a realizar la inspección en el lugar de los hechos, el servicio se da sin importar el lugar o la hora, solo es importante conseguir la información de: ¿qué ocurrió?, ¿cómo y porque ocurrió?, nombre e identificación de los afectados, datos de los auto y fotos; lo más importante es que el inspector logre recaudar la mayor información para que más adelante cuando el analista vea el caso pueda obtener la mayor cantidad de detalles sobre el siniestro, lo cual es de gran importancia para poder evaluar el hecho ocurrido contra la cobertura de la póliza y para hacer los informes correspondientes al trámite del reclamo.

En el departamento de reclamos se reciben a diario múltiples llamadas y notas con las que los asegurados dan aviso de sus reclamos. El movimiento comienza desde temprano y las personas encargadas del call center tienen que estar constantemente atendiendo las llamadas de los asegurados y afectados referentes al seguimiento de sus reclamos y otras consultas generales, sin dejar de atender sus otras tareas administrativas como ordenes de auto de alquiler, asistencia legal y entre otras.

Conjuntamente con los analistas están otras personas que también trabajan para lograr la atención de calidad que se merecen los asegurados, estas personas tienen sus funciones específicas y son de mucho apoyo cuando los analistas tienen alguna consulta o requieren de una segunda opinión en relación a un reclamo como

son: el gerente del departamento, los supervisores, los inspectores, los cotizadores, abogados y la sección de atención al cliente del departamento.

1. Análisis de la situación actual

Actualmente el departamento de reclamos de auto de MAPFRE cuenta con ciertas limitaciones o problemas, los cuales tienen como conclusión final una demora en el pago de los siniestros y por tanto molestia e inconformidad por parte de los asegurados y afectados.

Algunos de los principales problemas con los que se enfrenta este departamento se podrían enumerar en los siguientes:

1. Reclamos atrasados
2. Poca comunicación con el cliente
3. Declinación de los reclamos
4. Reclamos especiales

i. Reclamos atrasados:

Sí bien se dice que:

“Una vez se haya cumplido con el procedimiento de reclamo establecido en la cláusula “Procedimiento en caso de siniestro”, para el reclamo dado, y el Afectado haya acordado con la compañía por escrito la forma en que se efectuará cada indemnización, y siempre que no exista ninguna acción judicial o investigación oficial con relación al siniestro ocurrido pendiente de conclusión, la compañía procederá a hacer el pago, o formalizar los trámites conducentes al reemplazo del bien siniestrado, u ordenar su reparación

*según sea el caso, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha.*¹⁵

Siguiendo dicha cláusula, queda entendido que los reclamos de auto no deben demorar más de 30 días calendario, sin embargo actualmente los reclamo están demorando en un promedio de 15 días más de lo estipulado en las condiciones generales de la póliza; la cual está aprobada por el Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución No. 0211 de 9 de marzo de 2006.

ii. Poca comunicación con el cliente

En muchos de los casos se puede decir que la comunicación con el cliente es poca y en ocasiones nula; tomando como base el procedimiento del reclamo, en ninguno de los pasos se toma en consideración llamar al cliente para comunicarle el estatus de su reclamo o para darle cualquier tipo de información y/o observación respecto al trámite, lo que obliga al cliente a llamar directamente al departamento para obtener información y esto sin duda resulta complicado, debido a que al intentar comunicarse las líneas están constantemente ocupadas y es difícil o casi imposible comunicarse con una persona, trayendo como consecuencia que el cliente tenga que presentarse directamente a la casa matriz para obtener simples cuatro o cinco palabras referentes al estatus, incrementando así su molestia.

iii. Declinación de los reclamos

¹⁵ Condiciones generales de la póliza de auto, Cláusula 12: PLAZO PARA INDEMNIZAR, Pág. 19

Hay múltiples razones por las cuales se puede declinar un reclamo, siendo entre las principales:

- Pólizas morosas
- Conductores sin licencia
- Conductores con aliente etílico
- Autos con coberturas inapropiadas (autos comerciales con pólizas particulares y viceversa)
- Fraudes
- No notificar ni a la aseguradora, ni al tránsito al tener una colisión mayor

Existen muchas otras más causas para declinar reclamos, sin embargo estas son las más frecuentes. Debido a la mala información que se le brinda al cliente al momento de adquirir una póliza, no quedan completamente claros respecto a sus coberturas y sus responsabilidades, y esta falta de información al final se convierte en otra molestia para el cliente que repercute directamente en el departamento de reclamos.

iv. Reclamos especiales

Es muy cierto que todos los clientes son iguales, sin embargo hay ciertas carteras de clientes que se manejan de una manera diferentes en cuanto a lo que de reclamos se trata, como es el caso de la empresa Mi Bus, para el cual el procedimiento es un poco diferente y se concluye con más inconformidad de los afectados por demoras hasta de un año en sus indemnizaciones.

1. Mi Bus

Actualmente MAPFRE Panamá cuenta con la amplia cartera de la empresa Mi Bus, la cual siendo una institución del gobierno lleva un trámite diferente al momento de procesar sus reclamos, el mismo se define a continuación:

1. Al momento de darse el siniestro se le debe comunicar a la compañía para que vaya un inspector a tomar los daños y hacer las respectivas evaluaciones.
2. Al ser un vehículo comercial es necesario que haya un parte policivo para que la aseguradora pueda procesar cualquier tipo de pago al afectado.
3. Una vez haya salido la resolución del caso, el afectado se puede presentar a MAPFRE a presentar el reclamo, el cual se recibe igual que cualquier otro reclamo.
4. Posterior se hace un evaluó de los daños mediante la cotización de mano de obra y piezas, la cual debe superar el deducible de daños a la propiedad ajena del metrobus; de aquí en adelante es en donde el reclamo se empieza a procesar de una manera diferente.
 - a. En caso de superar el deducible
 1. El analista confecciona las órdenes de pago correspondientes para la emisión del pago.

2. Las órdenes de pago son revisadas por el gerente o el supervisor del departamento, el cual aprueba el monto firmando las órdenes y se procede a la emisión del cheque.

b. En caso de no superar el deducible

1. El analista envía el análisis de costos al intermediario de Mi bus, el cual debe hacer exactamente el mismo análisis que ya previamente se hizo en MAPFRE, confirmando que solo se hayan contemplado las partes afectadas y no otras.
2. El analista de MAPFRE mantiene una comunicación constante con el intermediario de Mi Bus, a fin de que se apruebe el monto y se pueda proceder con la indemnización.
3. Una vez Mi Bus aprueba el monto, el analista de MAPFRE lo copia en la bitácora del sistema en espera de que se efectúe el pago.
4. A medida que los afectados van llamando para conocer el estatus de sus reclamos son puestos en una lista de espera.
5. Cuando Mi Bus envía el cheque para indemnizar a los afectados se le paga a los afectados en el orden en que se encuentren en la lista de espera.
6. MAPFRE solo hace el papel de intermediario con Mi Bus cuando los casos no superan el deducible.

v. Accesibilidad con los analistas

Generalmente al momento de que una persona se acerca a presentar un reclamo se le dice el nombre de su analista, que es la persona que llevara su reclamo a partir de esa fecha, sin embargo al momento de llamar o presentarse en una sucursal, cuando pregunta por esa persona es imposible comunicarse, incluso verla en persona es técnicamente imposible, lo que crea conflicto con los clientes, ya que sienten desconfianza al no saber ¿quién está llevando en realidad su trámite?, igualmente crea inconformidad porque no sienten confianza hablar el tema de su reclamo con una persona que no es la que en teoría está llevando su caso y la que desde el primer día se lo dijo que estaría tramitando todo lo relacionado a su auto, aunque para el cliente es completamente irrelevante que en realidad es todo lo contrario.

vi. MAPFRE PITS

MAPFRE PITS es un proyecto que se lleva implementando hace menos de un año, aplicable únicamente a los asegurados, mediante el cual un asegurado tiene la posibilidad de comenzar a reparar su auto desde el mismo momento en que se presenta en las oficinas de MAPFRE según el siguiente procedimiento:

1. El agente de atención al cliente debe identificar si el asegurado aplica al plan, viendo el modelo de auto del cliente (Toyota o Hyundai) y el año del mismo (2014 en adelante); una vez visto que el cliente posiblemente aplica al plan debe comunicarle al cliente el plan y en que consiste.
2. El auto pasa a una inspección por parte de un inspector para confirmar los daños y que el auto no tenga daños mecánicos.

3. El inspector debe cotizar las piezas y el costo de la mano de obra inmediatamente.
4. Una vez haya notado que los daños superan el deducible y que la agencia cuenta con todas las piezas, debe comunicarle al cliente que debe hacer el pago del deducible inmediatamente (en caso de no contar con el dinero puede firmar un pagaré en el que se responsabiliza a pagar el deducible en un periodo máximo de 3 días, dejando su auto en el taller como garantía).
5. Una vez pagado el deducible, se procede con la emisión de la orden de auto de alquiler por 11 días, que debe ser el tiempo promedio que demorará la reparación del auto asegurado.
6. Teniendo todo listo, un personal de los talleres autorizados para este plan (talleres autorizados de ambas agencias) hace la recepción del auto asegurado y el asegurado puede retirar el auto de alquiler proporcionado por la arrendadora.

Sin duda este plan le resulta muy atractivo a muchos clientes, siendo que la mayoría de ellos están más que felices con esta nueva iniciativa, sin embargo un pequeño porcentaje ha presentado molestias con el mismo debido a que al momento de comenzar a reparar el auto el taller se da cuenta que faltan algunas piezas que no fueron contempladas al momento de la primera inspección, siendo una demora, que en algunas ocasiones toma más de los 11 días que se le brinda del auto de alquiler que se le brinda en un comienzo al cliente.

C. ESTADO DEL PROBLEMA

El problema que más me ha interesado es el volumen de trabajo que existe en el departamento de Reclamos de Auto, siendo tal que no permite solucionar la necesidad constante de atender los reclamos con mayor prontitud. La función principal de los analistas es atender todos los reclamos que sean presentados por los asegurados y afectados y hacer las indemnizaciones correspondientes según lo establecido en el contrato de seguro.

Durante la ejecución de esta función principal hay que realizar una serie de tareas que van desde la inspección inmediatamente ocurre el siniestro, apertura del caso, solicitud de documentos e inspección (segunda inspección), análisis de coberturas y elaboración de informes (preliminar y final); sumado a esta una serie de tareas administrativas que culminan con el pago, cierre del caso y archivo del expediente.

Son algunas de estas tareas técnicas y otros procedimientos los que están recargando las funciones de los analistas, lo que se traduce en el pago de reclamos de forma lenta. Ciertas tareas técnicas toman cada vez más tiempo por el volumen de casos y papelería que hay que utilizar.

Existen llamadas insistentes de corredores de seguros, asegurados y afectados exigiendo que se le acelere el trámite del reclamo, igualmente alegan que sus reclamos deberían ser atendidos en un plazo de un mes o menos. Estos comentarios muestran un descontento por parte de corredores y clientes, además que generar presiones sobre los analistas y las demás personas del departamento.

En ocasiones, se ha comprobado que en algunos casos cuando se atiende el trámite con rapidez, no importa si la respuesta de la aseguradora es positiva o negativa, por el simple hecho de dar una rápida respuesta el cliente se lleva una mejor impresión y se va más satisfecho. Generalmente esto ocurre en casos particulares en donde las pérdidas a indemnizar son relativamente pequeñas y se le puede demostrar al cliente la razón de tal decisión.

D. PREGUNTAS DEL PROBLEMA

Siendo lo anterior el problema de esta investigación me hago las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las funciones que tiene un analista de reclamo de autos?
- ¿Cuáles son las funciones administrativas que debe o no realizar otro tipo de personal?
- ¿Está el departamento de Reclamos de Auto debidamente organizado?
- ¿Cuánto es el tiempo promedio que debe demorar el trámite de un reclamo de asegurado o afectado?
- ¿Posee la cantidad de personal necesario para que las tareas se cumplan correctamente y en los tiempos esperados?
- ¿Cuenta la sección con todo el equipo necesario y adecuado en cuanto a cómputo, registros, comunicación y archivos?

E. HIPÓTESIS

El monitoreo constante de los tiempos y el control de los procesos que lleva a cabo cada analista, junto con la contratación de personal auxiliar ayudara

a reducir el tiempo de tramitación de los reclamos, haciendo así que los mismos se procesen con mayor rapidez y facilidad.

F. PROPÓSITO

El propósito del estudio es establecer si el sistema que utiliza actualmente el departamento de Reclamo de Autos para la atención de los reclamos de los asegurados y afectados es el adecuado y cuáles son las medidas que se pueden tomar para mejorarlo y que así pueda cumplir con las expectativas de los clientes adaptando mejoras a los procedimientos, a fin de que beneficien el trámite de los reclamos.

G. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo al que se pretende llegar con el desarrollo de este trabajo es que luego de haber hecho los estudios necesarios sobre la Sección de Reclamo de Autos de MAPFRE, se pueda presentar una propuesta que permita optimizar el procedimiento con el que se tramitan los reclamos, mejorando así la experiencia de los clientes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar información histórica de la empresa.

- Poder identificar cuáles son las principales fallas que se tienen en el departamento, ya sea tiempo, trámite u otros aspectos técnicos y/o innecesarios que dilaten el proceso.
- Preparar mejoras para poder corregir los puntos deficientes en el trámite de los reclamos.
- Crear un proceso más sencillo, en lo que queda, y menos engorroso tanto para los clientes (sean asegurados o afectados) y el mismo personal como tal.
- Tener variables medibles que indique ¿cuáles son los puntos débiles? Y así poder crear estrategias para reforzarlos

H. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

1. Limitaciones

- Este proyecto está limitado principalmente porque el análisis comprende solamente a una aseguradora; siendo que los procedimientos y algunos aspectos técnicos varíen en otras aseguradoras y el estudio únicamente se puede hacer dentro de la misma.
- Igualmente el proyecto está limitado porque el análisis de los reclamos de auto no es una operación autónoma, ni tiene patrones prefijados; todos los reclamos son diferentes y en cada uno de ellos el analista tiene que utilizar diferentes herramientas de trabajo y análisis.

2. Delimitaciones

- En este proyecto mi delimitación principal es que solo me estaré basando en el proceso de la tramitación del reclamo y no en todo el departamento como tal, pudiendo haber más criterios importantes que abarcar y que directa o indirectamente tengan que ver con los problemas en los reclamos.
- Igualmente me delimita solo tener escasos meses para todas las investigaciones y análisis que comprenden este trabajo.

I. PRINCIPALES DEPARTAMENTOS DE MAPFRE

Para poder profundizar en el Departamento de Reclamo de Autos considero conveniente hacer una breve reseña de los departamentos que componen MAPFRE para poder tener una idea de que tan grande es la organización de esta compañía.

1. Gerencia General

El Gerente General es el ejecutivo principal de la empresa y ostenta la representación legal de la misma. Todas las operaciones corporativas están bajo su dirección y es también su responsabilidad señalar las políticas que han de seguirse en el desenvolvimiento de los negocios. El Gerente General rinde informes ante el Comité Directivo y la Junta Directiva.

2. Departamento de mercadeo

Este departamento es el encargado de planificar y ejecutar todas las operaciones destinadas a poner nuestros productos en manos de los clientes, crear promociones y campañas para atraer más ventas,

coordinar programas de entrenamiento de Corredores de Seguros y la supervisión de ellos en el campo.

3. Departamento de suscripción

Es el responsable de planificar y controlar las políticas de suscripción de riesgos, así como también negociar la contratación de reaseguros en todos los ramos.

4. Departamento de salud

Este departamento ve todo lo relacionado con la recepción, tramitación y pago de los reclamos de salud, el pago de los proveedores médicos, asegurados y clínicas. Igualmente ve otro tipo de tareas como son las coberturas de los diferentes tipos de pólizas, deducibles y demás temas relacionados con las pólizas de salud y accidentes personales.

5. Departamento de vida

En este departamento se ve todo lo relacionado con las pólizas de vida, sus beneficiarios, cálculo de valores de rescate, envío de avisos de cancelación, pago de indemnizaciones a sobrevivientes y todas las tareas administrativas correspondientes a las pólizas de vida.

6. Departamento de auto

Atiende y resuelve las indemnizaciones a pagar por todos los siniestros cubiertos por las pólizas de auto. Tiene a su cargo el ajuste de siniestros e inspección de salvamentos. Por ser parte fundamental de este proyecto, este departamento está debidamente ampliado a lo largo de este trabajo.

7. Departamento legal y de cumplimiento

Tiene la responsabilidad de revisar y mantener actualizados los aspectos legales de todos los contratos de seguros de la empresa; igualmente es función de este departamento asistir legalmente a los asegurados que así lo requieran y revisar en primera instancia asuntos judiciales que afectan a la empresa. Es también otra función fundamental de este departamento velar porque se cumplan las políticas de blanqueo de capitales y de control interno en la empresa.

8. Departamento técnico

Este departamento es el encargado de ejecutar el análisis y la evaluación de las coberturas y tarifas que ofrece la empresa. También vigila las políticas y procedimientos aplicables al Departamento de Producción.

9. Departamento de contabilidad

Registra todas las transacciones que afectan los fondos de la empresa y ubica correctamente, de acuerdo con principios de práctica contable, los ingresos, gastos activos y obligaciones.

10. Departamento de cobros

Mediante una organización dinámica y de amplia cobertura, hace efectivo el ingreso de las facturas de las primas facturadas; tiene la obligación de llamar a los clientes y corredores para notificar cuando las pólizas tienen mora, avisos de cancelación y/o suspensión de coberturas e igualmente coordinar los cobros de empresas y ciertos clientes especiales.

11. Departamento de conservación de cartera

Como bien su nombre lo dice, están encargados de conservar la cartera en los diferentes ramos, comunicándose con los clientes al momento de las renovaciones de las diferentes pólizas y al momento en que un cliente desea cancelar un servicio para ofrecerles una mejor propuesta a fin de que no cancele la póliza o adquiera una mejor, intentado siempre mantener o incrementar la cartera de clientes.

12. Departamento de tecnología

Este es el departamento que se encarga de administrar el procesamiento electrónico de datos y el desarrollo de los sistemas de información y programas. Igualmente son los encargados de velar por la seguridad de los sistemas en cuanto a las protecciones que deben tener los equipos para posibles amenazas o virus.

13. Departamento de preautorizaciones

En este departamento se verifican y aprueban todas las aprobaciones para procedimientos médicos de los asegurados.

14. Departamento de fianzas:

Ellos analizan y suscriben los riesgos técnicos y fianzas. Abarcan principalmente el sector construcción, suministros, negocios judiciales y corredores de seguros.

15. Departamento de producción

Son los encargados de toda la producción en general de las pólizas de los diferentes ramos, ellos verifican la confección de nuevas pólizas, las renovaciones y las modificaciones o endosos de las pólizas ya existentes.

16. Departamento de recursos humanos

Tienen la delicada de función de reclutar, seleccionar, contratar y evaluar periódicamente al personal de la organización. Igualmente son suyas las responsabilidades del proceso de pago de los empleados y de atender todas las actividades internas. Su tarea es promover la comunicación, el autoanálisis y el trabajo en equipo, el entendimiento general de la misión de la empresa, sus objetivos y su visión de futuro.

17. Departamento de auditoria interna

Fiscaliza los procedimientos administrativos y controles internos. Este departamento coordina su trabajo junto con el departamento de contabilidad y legal.

18. Departamento de atención al cliente

Es el encargado de recibir a los asegurados, orientarlos en el trámite de sus reclamos, responder cualquier tipo de consultar, procesar los diferentes trámites y pasar la información a los departamentos encargados. Representan la primera cara que ve el cliente al llegar a la compañía. Existe un departamento de atención al cliente general, de reclamo de autos y de reclamo de salud.

CAPITULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. HISTORIA DEL SEGURO

Para lograr comprender la ciencia de los seguros es imprescindible conocer debidamente el origen y evolución del mismo.

La historia del seguro se remonta a la civilización griega, romana, babilona e hindú, quienes efectuaban contratos financiando pérdidas; así como la edad media donde era acostumbrado por las asociaciones religiosas coleccionar y distribuir fondos entre sus miembros en caso de muerte de alguno de ellos, hasta el moderno sistema actuarial y legal que rige todos los contratos de seguros en sus diferentes ramos y coberturas.

Esta búsqueda por proteger sus intereses personales como los comunes a la sociedad en que se encuentra, nos remonta a la antigüedad donde se vivía en pequeños grupos que aprendían a soportar y hacer frente a las consecuencias de las desgracias a las que se encontraban expuestos constantemente, este principio de fraternidad en el que se apoyaban mutuamente¹⁶ constituye uno de los primeros vestigios que dan origen al seguro, como medida de protección ante los riesgos sociales y naturales que atentaban contra sus vidas¹⁷.

Descubrieron que en grupos era más fácil hacer frente a diferentes situaciones, como encontrar alimento, combatir animales, inclusive, las desgracias de la vida cotidiana eran más fáciles de sobrellevar, por ejemplo: cuando un hombre moría otro adoptaba a la familia que quedaba desamparada y adquiría la

¹⁶ Sánchez Flores, Octavio Guillermo de Jesús. "La institución del seguro en México" Editorial Porrúa, México, 2000 pg. 1 "La palabra mutualidad se deriva del latín mutuos, y significa lo que es equivalente a la calidad o condición del mutuo, es decir, a lo que recíprocamente hacen dos o más personas".

¹⁷ IMESFAC "Postrado en Ventas de seguros de Vida" Instituto Mexicano Educativo de Seguros Tomo I

responsabilidad total para protegerla; esto representa una noción muy primitiva de protección y seguridad pública que da origen a un riesgo compartido, y una vez que la unión y solidaridad entre varios individuos demostró fortaleza se fueron eliminando algunos elementos de incertidumbre y de riesgo.

Organizarse en grupos para la protección y obtención de beneficios comunes recurriendo a prácticas solidarias constituye el comienzo de nuestro actual sistema de seguros.

El estudio de la historia del seguro conlleva al análisis de las experiencias y planes que el hombre ha llevado a cabo con el transcurrir de los años en la distribución de los riesgos.

Como prueba de ello, en su origen, tenemos la Biblia, que es el compendio más antiguo en la historia del hombre. En uno de sus pasajes un faraón hace llamar a todos los adivinos y sabios de Egipto para contarles sus sueños, para que alguien los interpretara, es así como le cuenta sus sueños a José, un joven hebreo:

“Estaba parado a la orilla del Nilo cuando de pronto subieron del rio siete vacas hermosas y muy gordas que se pusieron a pastar entre los juncos. Pero detrás de ellas subieron otras siete vacas flacas y feas como no he visto nunca en todo Egipto, y las siete vacas flacas y feas se comieron a las siete vacas gordas.”¹⁸

¹⁸ La Biblia, Génesis 41, 1-4

José interpreto que las siete vacas gordas representaban que vendrían siete años de abundancia y las siete vacas flacas serían siete años de hambre y tribulaciones para Egipto posteriores a la abundancia. Como consecuencia del sueño decidieron almacenar parte de las cosechas, las cuales fueron utilizadas para sobrevivir la época de escasez.

Este hecho representa una prueba fehaciente de la importancia que ha tenido prever lo necesario aun en épocas de abundancia para hacerle frente a un futuro incierto que nos espera.

Luego aparece en la India el Código de Manú, que hacía referencia a documentos que se conocerían más tarde como el contrato de arrendamiento y el préstamo marítimo.

El código de Hammurabi señalaba sobre las prácticas usadas por los habitantes del Golfo Pérsico, en el Talmud se esbozaban ideas como las siguientes: los marinos podrían convenir que si uno de ellos perdía su nave por negligencia o culpa por ejemplo, por hacerla conducido a una distancia donde las embarcaciones no van corrientemente, no habría obligación de construirle otra nave; pero si la perdía sin culpa se le construiría otra.

Empezamos a ver entonces como se iban definiendo las condiciones en que se permitía hacer el pago por los daños o reposición de los bienes. Estas primeras prácticas es lo que componen ahora la póliza de seguro y son las que establecen si un hecho tiene o no cobertura.

Uno de los antecedentes más importantes es la práctica que existía en la pequeña isla de Rodas en la Mar Egeo, práctica ésta que es un ejemplo de la aplicación en el reparto de los riesgos. En ésta isla, había un desenvolvimiento naval de marcado interés. Como consecuencia de las cuantiosas pérdidas causadas por las tormentas, los artesanos se veían forzados a aligerar la carga de sus barcos, arrojando algunas mercaderías de a bordo. Según las leyes de Rodas, formuladas 916 a. de C. en el Digesto, estaba señalado que si se echaba al agua mercancía para aligerar la embarcación, se debía juntar, con la contribución de todos los interesados, lo que se había sacrificado por el bien de todos ellos.

La práctica de prevenir una gran pérdida para un solo individuo por la aceptación de una pequeña pérdida para todos los miembros de un grupo, es decir, el reparto del riesgo es la esencia principal del seguro.

Vemos que a lo largo del tiempo todas las culturas de una forma u otra fueron estableciendo prácticas que dieron origen al seguro.

La mayoría de las actividades de seguro llevadas a cabo durante la Edad Media en algunos países de Europa, fueron conocidas en Inglaterra como producto de su actividad comercial, quienes introdujeron la idea del principio de la distribución del riesgo. La influencia italiana fue de gran importancia en el campo del seguro, así tenemos que la palabra "Póliza" en italiana (Polizza), tuvo su origen en este país, palabra que significa promesa.

El primer centro reconocido de los negocios del seguro se inició en Londres. Existía un establecimiento o café donde se realizaban compras y ventas de embarcaciones: fletes, compra de aparejos y suministros, contratos y todo lo

relacionado con los seguros correspondientes. En este tiempo eran los comerciantes individuales quienes efectuaban el negocio del seguro. El café de Londres fue adquiriendo mayor prestigio hasta el punto que un grupo de aseguradores individuales concurrentes, formaron un principio de Asociación Independiente, fue esta la primera de las instituciones de Seguros.

B. TIPOS DE PÓLIZAS DE AUTO

Actualmente en Panamá existen dos tipos de pólizas de auto, las cuales solo varían en sus coberturas; estas son las pólizas de daños a terceros y las pólizas completas.

1. Póliza de daños a terceros

Como su nombre lo dice, este tipo de pólizas solo cubre los daños de los terceros, es decir de la persona a la que el asegurado afecte de manera directa o indirecta. Solo se diferencian dependiendo de sus límites, que sería el máximo que asumiría la compañía de seguros en caso de un siniestro. Su principal característica es su bajo costo.

Este tipo de pólizas cuentan con las coberturas básicas de daños a terceros comprendidas por las siguientes:

- Daños a la propiedad ajena: comprende al bien mueble o inmueble que no sea propiedad¹⁹.

¹⁹ Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Riesgo B, Pág. 3

- Lesiones corporales: corresponde a la indemnización por enfermedad o muerte causada a raíz del siniestro²⁰.
- Gastos médicos: que son los gastos que se incurran por la atención médica y/u hospitalaria inmediata, laboratorios y medicamentos relacionados con dichas atenciones, debido a lesiones sufridas por cualquier persona que sea afectada directa o indirectamente por el vehículo asegurado²¹.

2. Pólizas de cobertura completa

Este tipo de pólizas cubre no solo al tercero, sino también al vehículo asegurado y los integrantes del mismo, por lo que tendrán dos tablas de límites; la primera está constituida por los límites de daños a la propiedad ajena, los cuales pueden variar de acuerdo a las preferencias del cliente; y los límites del auto asegurado, cuyo valor máximo será la suma asegurada, que en todo caso corresponde al valor total del auto.

C. DEDUCIBLES

El deducible es el valor de la primera porción de riesgo o parte de la pérdida económica o en dinero que, por cada siniestro cubierto, el cual está estipulado como tal en las condiciones particulares de la póliza y que en todo caso deberá ser cubierto previamente por el asegurado como condición para que la compañía pueda estar obligado a hacer cualquier pago por siniestro o daños cubiertos bajo cualquier riesgo dado.²²

²⁰ Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Riesgo A, Pág. 2

²¹ Condiciones generales de la póliza, ACERTA, Riesgo C, Pág. 3

²² Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Cláusula 17: DEFINICIONES, numeral No. 9, Pág. 23

1. Deducible de colisión o vuelco

Es el deducible correspondiente cuando el vehículo asegurado sufre una colisión, la cual se considera como la pérdida o daño directo de la integridad del vehículo asegurado, únicamente cuando es sufrido a consecuencia directa, y solo si acontecen durante la vigencia de la póliza²³, de los acontecimientos que se mencionan a continuación:

1. Colisión del vehículo asegurado con otro vehículo.
2. Colisión del vehículo asegurado con un objeto cualquiera erigido, colocado o que se levante (natural o artificialmente) sobre el nivel de la superficie de rodamiento.
3. Vuelco del vehículo asegurado.

2. Deducible por comprensivo

Es el deducible correspondiente bajo la cobertura ofrecida por la póliza generalmente de uso particular, por pérdida o daño sufrido en la integridad del vehículo asegurado²⁴ únicamente a consecuencia directa de los eventos que se mencionan a continuación:

1. Terremoto
2. Explosión
3. Derrumbe
4. Erupción volcánica
5. Vendaval
6. Tornado
7. Ciclón
8. Granizo
9. Inundación
10. Desórdenes públicos

²³ Condiciones generales de la póliza, ACERTA, Cobertura E: colisión y vuelco, Pág. 21

²⁴ Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Riesgo D: comprensivo, Pág. 4

11. Daños por maldad
12. Actos de vandalismo
13. Caída de objetos sobre el vehículo o impacto de proyectiles
14. Robo parcial
15. Rotura de cristales por cualquiera de las causas anteriores

3. Deducible de robo o hurto agravado

Es el deducible correspondiente bajo la cobertura ofrecida de manera independiente bajo la póliza por robo total del vehículo asegurado²⁵.

4. Deducible de incendio y rayo

Corresponde al deducible bajo la cobertura ofrecida por la póliza únicamente cuando es sufrido como consecuencia directa de alguno de los siguientes eventos²⁶:

1. Incendio del vehículo asegurado
2. Caída de rayo

5. Descuentos en deducibles

Existen ciertos descuentos en los deducibles, los cuales son los siguientes:

1. Descuento del 50% del deducible de colisión cuando va conduciendo una mujer mayor de 25 años.
2. Descuento del 80% del deducible de colisión en caso de inocencia del asegurado.
3. Reembolso del 100% del deducible en caso de inocencia al momento de recobrar en la aseguradora contraria.

²⁵ Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Riesgo G: robo, Pág. 4

²⁶ Condiciones generales de la póliza, ACERTA, Riesgo F: comprensivo, Pág. 21

D. BENEFICIOS DE LA PÓLIZA DE AUTO

Todas las pólizas de auto tienen beneficios adicionales a las coberturas básicas de terceros y del auto asegurado, los cuales son:

1. Auto de alquiler

Se le brindara al asegurado un auto de alquiler en caso de colisión por el tiempo estipulado en la póliza, por robo total por un tiempo máximo de 30 días²⁷ y por comprensivo según endosos especiales que tengan algunas pólizas en algunas compañías (existen ciertas exclusiones en esta cobertura, ya que no todas las aseguradoras brindan este servicio para comprensivo).

2. Asistencia legal

“Consiste en la representación legal del asegurado o del conductor autorizado del vehículo asegurado por parte de un abogado idóneo.”²⁸

La asistencia legal cubre tanto en el juicio de tránsito, como en la apelación (si se da el caso); en donde el abogado se hace responsable de absolutamente todo el trámite legal del asegurado.

3. Asistencia vial

Las pólizas de auto cuentan con una serie de beneficios adicionales que empiezan con:

- Grúas por colisión, accidentes o vuelcos, desperfectos mecánicos o averías mecánicas. Generalmente por colisión incluye:

²⁷ Condiciones generales de la póliza, ACERTA, Condiciones, auto de alquiler, Pág. 36

²⁸ Condiciones generales de la póliza, MAPFRE, Capítulo IV: asistencia legal, inciso a. Pág. 6

extracción, maniobra y traslado; por desperfecto o avería mecánica incluye: los servicios de trabajo de extracción, maniobra y traslado.

- Auxilio vial en:
 - o Cambio de llantas
 - o Cerrajería
 - o Paso de corriente
 - o Envío de combustible
 - o Ambulancia las 24 horas
- Coberturas extraterritoriales hasta Costa Rica^{29 30 31}

²⁹ Endoso de beneficios especiales, MAPFRE

³⁰ Endoso de beneficios especiales, ACERTA

³¹ Endoso de beneficios especiales, ASSA

CAPITULO III METODOLOGÍA

A. ASPECTOS PRELIMINARES DEL ANÁLISIS ADMINISTRATIVO

Para establecer los instrumentos, datos y documentos, así como la metodología que utilizaré para el análisis, primero estuve sentándome junto a los analistas, inspectores y agentes del call center para observar el desenvolvimiento personal individual de cada uno durante sus respectivas jornadas de trabajo.

B. IDENTIFICACIÓN DE LAS LABORES DE UN ANALISTA

Los analistas tienen dos tipos de funciones diferentes en la tramitación de los reclamos; por un lado están las Funciones Técnicas, las cuales requieren que el analista tenga una cierta preparación académica previa, además de cierto tipo de conocimiento en todo lo relacionado a seguros, coberturas de las pólizas de auto, tramitación de reclamos, generación de órdenes y reservas y entre otros conocimientos de naturaleza técnica. Por otro lado están las Funciones Administrativas, las cuales son funciones que están más que nada relacionadas con la organización del departamento y no requieren tantos detalles y precisión.

Utilizaré los siguientes métodos para el análisis:

1. Método de medición de tiempos

Para esto primero clasifique las funciones de cada uno de los analistas, posterior a esto tomé los tiempos que demora cada analista para cada una de las funciones ya determinadas, a fin de poder saber ¿cuál es el tiempo promedio que demoran de manera individual y grupal los analistas en desarrollar una determinada función para el trámite de un reclamo?

Teniendo este dato se evaluó en base a las 45 horas semanales que se trabajan en el departamento (a excepción de algunos analistas que solo trabajan 40 horas). Los tiempos fueron comparados con los tiempos estándar que deberían tardar cada una de las funciones administrativas y técnicas.

2. Diagrama de proceso

Una vez determinados los tiempos que toman los analistas en determinadas tareas versus los tiempos requeridos, hice un diagrama de procesos, para poder estudiar más a fondo el comportamiento de cada una de las tareas que conforman los diferentes procesos y así poder identificar ¿cuáles son las oportunidades de mejora?

En el diagrama de procesos grafiqué el orden de las funciones y como actualmente se está llevando el proceso de manera general dentro del departamento y a su vez identifiqué algunos aspectos que fui notando en el desarrollo del mismo.

C. MÉTODO BÁSICO DE LA INVESTIGACIÓN

Los métodos básicos de investigación que utilice en este estudio son: el método de investigación descriptiva, el método de investigación causal y el método científico.

Se entiende por método de investigación descriptiva: “Aquella que busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier

fenómeno que se analice”³². Por otro lado el método de investigación causal es el “Estudio con el que se determinan las relaciones causales entre dos o más variables”³³. Y por último el método científico: “La manera sistematizada especial en que se efectúan el pensamiento y la investigación índole reflexiva”³⁴

El primer método tiene como propósito lograr describir las situaciones, contextos y eventos tanto internos como externos, que se llevan a cabo para el trámite de un Reclamo de Auto.

Con el segundo, pretendí lograr encontrar la relación causal de las situaciones, contextos y eventos que ocurren al tramitar un Reclamo de Autos, de manera tal que se pueda identificar ¿Cuáles son las principales causas para que un reclamo no salga a tiempo? Y en que influyen.

El tercer método, como toda investigación que pretende lograr resultados válidos, nos ofrece las bases necesarias e indica los pasos fundamentales que deben seguirse para esta investigación.

Este tipo de estudio “consiste en alcanzar el conocimiento de las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas”.³⁵

³² Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación, 5ª edición, Mc Graw Hill, Pág. 80

³³ Joseph F. Hair, Robert P. Bush, David J. Ortinau, Investigación de mercados en un ambiente de información digital, 4ª edición, Mc Graw Hill, Pág. 49

³⁴ Kerlinger, Fred N. Investigación del comportamiento, técnicas y metodología, 2ª edición, México D.F.: Nueva editorial Interamericana, S.A. 1984, Pág. 7

³⁵ Van Dalen, D. B. Y Meyer, W.J. Manuel de técnica de la investigación educacional, España, Barcelona, 1981, Pág. 226

D. SUJETO DE LA INVESTIGACIÓN

El sujeto de la investigación es la Aseguradora MAPFRE y todas las áreas del departamento de Reclamo de Autos relacionadas con la tramitación de los reclamos.

E. TÉCNICAS PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Entre las herramientas que utilicé para la recolección de datos están las siguientes:

1. Las fuentes primarias: ellas se refieren a todo el material e información que se obtiene directamente de la empresa.
2. Las fuentes secundarias: están son revistas, enciclopedias, estadísticas, informes y diarios que son elaborados por la empresa objeto alguna investigación interna, o ya sea que fuese requerido por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros.

La observación también es uno de las mejores técnicas de recolección de datos, ya que ayudó a verificar directamente el desarrollo de los trámites y la resolución de conflictos.

Por último, una entrevista de tipo dirigida y no dirigida, para la cual se formularon las mismas preguntas a personas aleatorias de las diferentes secciones del Departamento de Reclamo de Autos. Las preguntas fueron diseñadas de manera tal que el entrevistado pudo emitir su opinión sobre el funcionamiento del

departamento y se tomó en consideración algunas propuestas al momento de formular las mejoras.

F. PROCEDIMIENTO

El procedimiento que se utilizó para buscar una solución al problema y comprobar la hipótesis fue el siguiente:

Se revisaron los tiempos promedios que tomaron los analistas para resolver diferentes casos desde enero 2016 hasta diciembre 2016, tomando así una media del tiempo aproximado que demora cada analista en cada una de las Funciones Administrativas y Técnicas.

Se realizó una investigación para determinar exactamente cuál es el proceso que se debe llevar a cabo para tramitar un reclamo de autos, y si el mismo se estaba cumpliendo. Posterior se graficó el proceso actual de los diferentes tipos de reclamos.

Se estudió el procedimiento completo del trámite de los Reclamos de auto y se identificaron las posibles causas que puedan afectar atrasos e/o inconvenientes en los reclamos y maneras para evitarlas.

Finalmente se hizo un informe final de las propuestas de recomendación que se pueden tomar en cuenta para mejorar la productividad de los trámites de Reclamos de Auto.

CAPITULO IV RESULTADOS

A. IDENTIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES DE UN ANALISTA

Para el desarrollo de esta primera parte utilice el primer paso del Método Científico que es la observación, así poder estudiar más de cerca en realidad ¿cuáles son las funciones de los analistas?

Me pude dar cuenta que el analista requiere de todo su equipo de trabajo para poder dar respuesta a un reclamo, ya que no todas las funciones (ya sean administrativas o técnicas) son realizadas únicamente por un pequeño grupo de personas, sino porque un completo equipo de trabajo.

Para poder determinar correctamente ¿Cuáles son las funciones que le corresponden a cada sección del departamento? Hice encuestas con al menos una persona de cada sección, en donde detallaron y enumeraron cada una de sus diferentes funciones y el impacto que tienen las mismas en la atención del reclamo.

He dividido las funciones que conlleva el trámite completo de un reclamo en administrativas y técnicas, y de igual forma indague en ¿quién es la persona o sub departamento encargado de realizar la misma?

1. Funciones Administrativas

Las funciones administrativas son las siguientes:

- Apertura del reclamo por parte de Asistencia Vial o del equipo del call center dependiendo de cuál sea el caso.
- Creación del expediente para el reclamo (colocar la documentación en los folder correspondientes y con la etiqueta correspondiente) por el analista.

- Coordinación de que todos los casos pasen por las firmas reglamentarias por el analista.
- Emisión del cheque y búsqueda de la firma del mismo por la persona encargada de la emisión de cheques.
- Escaneo del cheque una vez el mismo ya se encuentre completamente listo y en el departamento de entrega de documentos (al escanear el cheque se le envía una notificación automática por mensaje de texto al asegurado) por el personal de entrega de documentos.
- Entrega del cheque por el personal de entrega de documentos; y de las cotizaciones por el personal de atención al cliente de Reclamo de Autos.
- Cierre del caso en el sistema por el analista.
- Archivo del expediente por el encargado de archivo o del analista, dependiendo del caso.

2. Funciones técnicas

Las funciones técnicas son las siguientes:

- Inspección en el momento del siniestro por el personal de Asistencia Vial.
- Elaboración del informe preliminar de inspección por Asistencia Vial.
- Validación del reclamo por el analista.
- Segunda inspección y cotización de los daños por el inspector y el cotizador de repuestos.

- Reuniones de comité para validar coberturas según parámetros especiales y reconsideraciones por los analistas, supervisores y gerente del departamento.
- Emisión de facturas para el pago del deducible, por el analista.
- Emisión de órdenes de pago, reparación y compra según sea el caso, por el analista.
- Firma de las órdenes de pago, reparación y compra según sea el caso, por los supervisores del departamento.
- Redacción del informe final del ajuste o carta de declinación por el analista.

3. Ampliación de la descripción de las funciones Administrativas y Técnicas de los analistas

Las entrevistas y visitas al Departamento de Reclamos me permitieron también ampliar la descripción de las funciones de los analistas:

- Cuando se recibe una llamada y se le consulta al analista el estatus del reclamo, el analista debe terminar de hacer lo que estaba haciendo para entrar al reclamo y en algunas ocasiones buscar el expediente para poder dar una respuesta exacta, lo cual toma unos minutos. No se considera una función como tal, sin embargo es una actividad que amerita tiempo y que es bastante común.
- Hay un bajo porcentaje de reclamos que son mal capturados (ya sea por asistencia vial o por atención al cliente) y es tarea del analista capturarlo correctamente.

- Las llamadas a cobros para confirmar coberturas y poder validar los reclamos, en los casos de clientes especiales que hacen sus pagos por remesas, pagos que fueron mal aplicados en las pólizas o primas en suspenso. Es muy importante que antes de declinar un reclamo el analista se ponga en contacto con el departamento de cobros para confirmar sí efectivamente el cliente se encontraba moroso para el momento de la colisión.
- El análisis y la validación de un caso son tareas técnicas que requieren de la total concentración del analista, aquí debe leer las condiciones y coberturas de la póliza, leer los documentos entregados por el asegurado y tomados por la asistencia, evaluar las cotizaciones, hacer los ajustes necesarios y elaborar los cuadros y cálculos matemáticos pertinentes.
- Siempre el analista debe anteponer a cualquier otra tarea el atender a un asegurado o corredor que llame y haga cualquier solicitud de su reclamo.
- Los analistas tienen que confeccionar las cartas declinatorias, en caso de que se ameriten; para esto es necesario que se tengan todos los conocimientos respecto a las exclusiones, cláusulas y coberturas de la póliza.

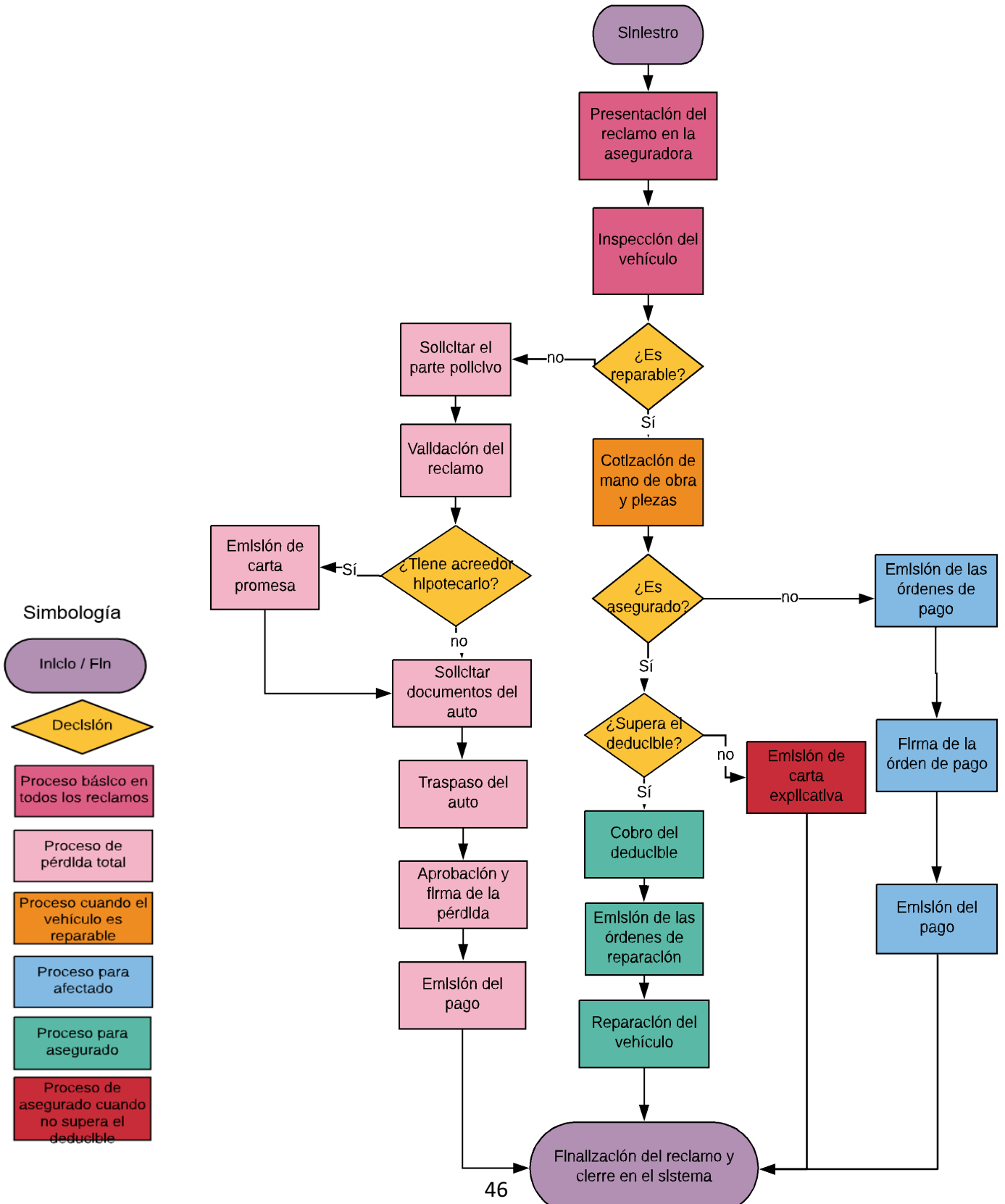
4. Análisis del diagrama de procesos

La mejor manera de poder identificar si un proceso se está ejecutando de la mejor manera es importante que se desarrolle un diagrama de operaciones.

A continuación mostraré el diagrama de procesos actual en el que se basa el departamento reclamo de autos en el trámite de sus reclamos; de igual forma desarrollaré las recomendaciones que considere necesarias en función del mejor ahorro y aprovechamiento del tiempo para mejorar la experiencia de los usuarios.

En el diagrama de procesos se detallan las diferentes variantes que pueden haber en un reclamo de autos y como se maneja cada una de ellas.

PROCESO PARA EL TRÁMITE DE UN RECLAMO DE AUTOS



Al analizar uno a uno los pasos del proceso al hacer diagrama anterior pude notar lo siguiente:

1. Al comienzo todos los reclamos se presentan de la misma manera, siendo pasos fundamentales presentarse en la aseguradora (ya sea que el carro este en las condiciones mecánicas de moverse o no) para solicitar una futura inspección; considero que este paso es fundamental porque es el paso que da inicio al trámite, sin embargo no me parece que en el caso del asegurado, este se vea obligado a presentarse en la aseguradora para darle inicio al reclamo, porque al ser asegurado la aseguradora recibe una notificación del siniestro apenas ocurre y tiene en su poder los datos generales del accidente y las fotos del estatus del auto, con esta información, en algunos casos se pudiera detectar si el auto es o no una pérdida evidente, y de hacer este análisis previo se estaría ahorrando tiempo en el proceso.
2. Otro punto que ayudaría a ahorrar tiempo es que el asegurado o afectado, al momento de presentarse al seguro para la evaluación del auto, tenga a mano una cotización de mano de obras y piezas hecha por los talleres autorizados, de manera que los inspectores y cotizadores tomen menos tiempo en cotizar, ya que su tarea sería solamente revisar y cotejar la cotización previamente hecha.
3. Viendo la variación entre cada trámite permite comprender hasta cierto punto porque algunos reclamos demoran más que otros, sin embargo esta afirmación es una suposición hasta que se evalúen los tiempos reales y se haga un análisis de la cantidad de reclamos

que son pérdidas totales y los reclamos que son tramitados bajo el proceso normal.

B. ANÁLISIS Y MEDICIONES DE TIEMPO PROMEDIO DE ATENCIÓN DE CASOS POR ANALISTA

En el Cuadro siguiente se presentan las funciones que conlleva el trámite de un reclamo y el tiempo en días que toma un analista en promedio para dar al asegurado o afectado la indemnización correspondiente; en el análisis se tomó en cuenta los 6 analistas del departamento y cabe resaltar que cada uno de ellos tiene un volumen diferente de trabajo, ya sea por la siniestralidad de los usuarios, trabajos atrasados, diferencias en la rapidez al atender los trámites u otros motivos que se explicaran más adelante.

Para el análisis solo se tomaron en cuenta las funciones más significativas, tanto administrativas como técnicas, siendo que muchas de ellas toman horas o incluso minutos y no tienen una representación significativa en los tiempos finales.

Cabe recordar que el tiempo máximo permitido para el trámite de un reclamo es de 30 días, siendo así que el reclamo demore más del tiempo autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá y dicha demora no pueda ser sustentada correctamente, se pueden tomar medidas sancionando a la compañía aseguradora.

ANÁLISIS DE TIEMPOS

	Analistas														
	Tipo de función	1		2		3		4		5		6			
		Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Metro bus	
														Supera el deducible	No supera el deducible
Apertura del reclamo y creación del expediente	A	1.25	1.00	1	1	1.00	1.10	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.14	
Inspección	T	1.10	1.63	2.9	5.5	0.20	2.90	0.00	10.40	0.90	0.13	1.00	1.00	4.25	
Cotización de mano de obra	T	6.11	4.14	6.5	7.1	5.20	4.60	4.00	11.00	4.00	2.43	7.50	7.50	7.50	
Cotización de piezas	T	9.00	9.50	9.56	3.78	4.83	6.89	7.78	11.33	3.57	23.83	10.00	10.00	15.67	
pago de deducible y/o análisis de cobertura	T	10.10	12.25	3.22	2	6.30	19.57	9.33	8.00	5.50	4.71	14.25	14.25	21.58	
Emisión de ordenes	T	6.14	3.86	8.88	23.2	1.33	10.40	1.00	11.50	4.14	3.44	0.67	0.67	70.46	
Firma de ordenes	T	13.00	11.71	16.5	16.63	17.00	14.00	15.50	17.25	17.50	16.22	12.00	12.00	49.00	
Confección del cheque	A	3.00	1.50	6	4.71	17.00	4.44	9.00	0.67	1.50	4.17	2.00	2.00	2.00	
Promedio de atención de reclamo		49.70	45.59	54.55	63.92	52.87	63.90	47.61	71.15	38.11	55.93	46.42	46.42	170.10	

A= FUNCIÓN ADMINISTRATIVA

T= FUNCIÓN TÉCNICA

FUENTE: SISTEMA DONDE SE REGISTRAN LOS RECLAMOS DE AUTO

NOTA: LOS TIEMPOS ESTÁN DETERMINADOS EN DÍAS

Con el estudio de los tiempos se pudo observar lo siguiente:

- Las tareas técnicas toman más tiempo que las tareas administrativas, siendo esto que para desarrollarlas se necesita más tiempo para poder hacer los análisis y ajustes correspondientes.
- De manera general se puede decir que la apertura del reclamo y la creación del expediente toma un día y en algunos casos menos, sin embargo hay pocos casos que demoran ligeramente más, debido a errores en el sistema o a una pequeña acumulación de casos por abrir.
- No se tomaron en cuenta tareas como: inspección del siniestro por parte de Panamá Asistencia, firma de los cheques, el escaneo de los cheques una vez emitidos y redacción del informe final del ajuste, debido a que dichas funciones si bien son importantes, no representan un gasto de tiempo mayor a un día, por lo que no son consideradas como un atraso o una demora en el trámite del reclamo.
- Todos los reclamos se alejan en poca o gran medida al promedio que deberían demorar las funciones tanto administrativas como técnicas, el cual es:
 - Apertura del reclamo y creación del expediente: 1 día máximo
 - Inspección: de 0 a 1 día máximo
 - Cotización de mano de obra: 4 días máximo
 - Cotización de piezas: 4 días máximo
 - Pago de deducible y análisis de cobertura: 2 días máximo
 - Emisión de ordenes: 3 días máximo
 - Firma de órdenes: 10 días máximo

- Confección de cheque: 1 día máximo

Esto da un promedio de atención de 25 días, cumpliendo con el rango de tiempo establecido en las condiciones particulares de la póliza.

- o Los analistas tienen asignados corredores específicos, siendo así que los reclamos son repartidos dependiendo del corredor de la póliza del asegurado, en donde los analistas con más años de experiencia llevan las carteras más importantes (corredores VIP) y con mayor volumen de clientes.
- o Un reclamo no es llevado únicamente por un analista; en el mismo hay involucradas más personas que en muchos casos representan un retraso, como es el caso de: los inspectores que demoran cotizando la mano de obra, el cotizador de las piezas, el supervisor que debe firmar las órdenes de pago. Basado en esto, no solo hay que prestarle atención al rol del analista, sino también a todas las personas de las que él depende para poder realizar el trámite del reclamo.
- o Se observó que hay analistas que no cuentan con mucha experiencia en el trámite de reclamos, lo que ocasiona que sus trámites sean más lentos y que no puedan manejar correctamente el volumen de trabajo.
- o Cuando los analistas están muy saturados en trabajo, se le pide el apoyo al personal del call center de reclamo de autos en la emisión de las órdenes de pago, piezas, reparación y asistencia legal; las mismas son desarrolladas fuera del horario de oficina y conlleva una compensación adicional.

- Otro punto importante que se pudo observar es el mal manejo de la información, en donde muchos reclamos demoraban más del tiempo requerido por el extravío de los documentos originales presentados por el cliente (sea asegurado o afectado) o porque los mismos fueron almacenados por error y se procede a ubicarlos una vez el cliente llama para darle seguimiento al caso.
- Respondiendo a una interrogante anterior, se descubrió que los reclamos que más demoran en efecto son las pérdidas totales, sin embargo no son tan frecuentes; en promedio las pérdidas totales son 1 de cada 100 reclamos atendidos.
- Los tiempos del analista 6 son mucho más largos porque son reclamos del Sistema de Transporte Masivo (Mi Bus) y al no superar el deducible el proceso se comienza a desarrollar entre la aseguradora y Mi Bus, prolongando el tiempo de respuesta al afectado.

C. ANÁLISIS Y MEDICIÓN DE LA CANTIDAD DE CASOS POR ANALISTA

Los casos son asignados a cada analista dependiendo del corredor que mantenga la póliza, siendo que los corredores que tengan más volumen de clientes son asignados a los analistas con mayor experiencia, de manera que en algunos casos no representa el mejor procedimiento para asignar casos, ya que pueden haber periodos de tiempo en los que un analista puede tener 500 casos abiertos y otros que solo tienen 250 casos abiertos, y sin duda el analista que posee los 500 casos tiende a tardar tiempo en dar respuesta a sus casos.

Los reclamos pueden estar en tres estatus: abiertos, cerrados o declinados, dependiendo siempre de la naturaleza del mismo.

Se considera un caso abierto desde el momento en que ocurrió el accidente y se comenzó a tramitar el reclamo y sigue abierto a lo largo de todo el proceso después de pasar por la validación y la generación de las órdenes de pago o compra.

Un reclamo se cierra cuando se da por finalizado el mismo, es decir que una vez se le haya hecho el pago al afectado, al asegurado o al proveedor el caso se puede cerrar; otra manera de que un caso se cierre (temporalmente) es cuando pasados 6 meses después del accidente, el reclamo no tiene ningún tipo de actividad o modificación y el sistema automáticamente lo cierra y requiere de un permiso especial para poder reactivarlo nuevamente y poder continuar con el trámite.

Los reclamos declinados son a diferencia de los cerrados, los que se descartan por que incumplen alguna de las cláusulas de las pólizas (actualmente aplica solo para el asegurado).

A continuación se presenta una tabla en la que se detalla la cantidad de casos que correspondieron a cada analista para el año 2016.

La finalidad es poder apreciar el volumen de casos que recibe cada analista en los diferentes meses y la diferencia de casos que atiende cada uno de ellos, para así poder determinar si existe alguna variable en los meses o en el volumen de trabajo que este influyendo en la demora de los trámites.

CUADRO No. 2
CASOS POR ANALISTA DE ENERO A DICIEMBRE 2016

	ANALISTA 1	ANALISTA 2	ANALISTA 3	ANALISTA 4	ANALISTA 5	ANALISTA 6	TOTAL
ENERO	399	237	241	358	408	286	1929
FEBRERO	404	217	302	342	365	252	1882
MARZO	427	254	338	351	387	336	2093
ABRIL	486	331	396	379	412	272	2276
MAYO	492	333	401	381	386	264	2257
JUNIO	412	316	422	323	393	262	2128
JULIO	516	354	428	363	370	209	2240
AGOSTO	577	427	526	392	311	214	2447
SEPTIEMBRE	524	365	432	365	374	226	2286
OCTUBRE	652	454	543	402	316	242	2609
NOVIEMBRE	520	363	427	366	371	235	2282
DICIEMBRE	581	424	527	398	315	222	2467
TOTAL	5990	4075	4983	4420	4408	3020	26896

FUENTE: SISTEMA DONDE SE REGISTRAN LOS RECLAMOS DE AUTO

Haciendo un análisis de la tabla anterior saque las siguientes conclusiones:

1. La distribución de los casos no es equitativa; observando el total anualizado se nota la diferencia abismal que existe entre el analista que más casos recibió versus el que menos recibió; esto nos puede llevar a suponer la siguiente teoría: *“Entre más casos recibe un analista, más se satura de trabajo y demora mucho más en el trámite de sus reclamos”*. Hago la aclaración que hasta el momento es solo una suposición.
2. Comparando el cuadro No, 1 con el cuadro No. 2 se puede notar que el analista 1 es el que más casos atiende, sin embargo es uno de los que menos demora; por otro lado el analista 2 (se descartó el analista 6 porque esté atiende los reclamos de Mi Bus y son considerados reclamos especiales) es el que menos casos atiende, sin embargo es el que tiene un mayor tiempo de respuesta. Esto nos quiere decir que la afirmación anterior es inválida y existe otro motivo por el que los analistas tenga atrasos en el trámite de sus reclamos.
3. En cuanto al analista 6, observando la cantidad de casos y sus tiempos, se pudo notar que la mayoría de los casos de Mi Bus que son atendidos no superan el deducible, lo que resulta en una demora en el trámite, porque como se explicó, al no superar el deducible, el trámite es llevado tanto por la empresa Mi Bus, como por la aseguradora; sin embargo, evaluando el proceso cuando no

supera el deducible se comprende, hasta cierto punto, el motivo de la demora.

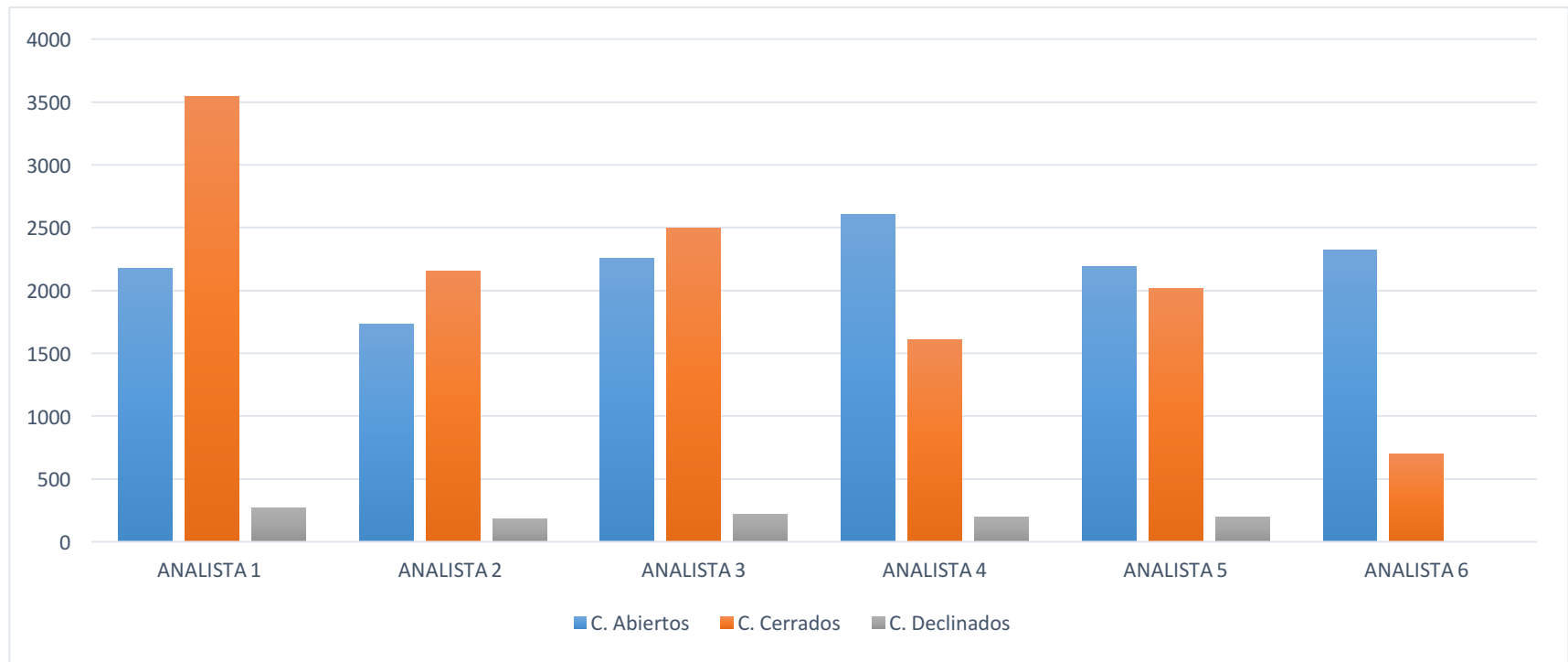
4. Un posible motivo de demora puede ser la cantidad de casos que son atendidos en la aseguradora anualmente, ya que en total en Panamá se atendieron 55,486 reclamos para el 2016, de los cuales 26,896 reclamos fueron atendidos en MAPFRE, lo que representa un 48.47% de reclamos atendidos en una sola aseguradora. Esto lleva a la conclusión de que la aseguradora en donde se atendió el mayor número de reclamos fue MAPFRE.
5. Es necesario evaluar la cantidad de casos que son tramitados y finalizados por cada analista, a fin de se pueda descartar la posibilidad de que los analistas reciban muchos casos anuales, pero que solo se le esté dando respuesta a un pequeño porcentaje de los mismos.

CUADRO No. 3
ESTATUS DE LOS CASOS POR ANALISTAS DE ENERO A DICIEMBRE 2016

	ANALISTA 1	ANALISTA 2	ANALISTA 3	ANALISTA 4	ANALISTA 5	ANALISTA 6	TOTAL
CASOS ABIERTOS	2176	1738	2257	2609	2192	2320	13292
CASOS CERRADOS	3544	2154	2501	1612	2018	700	12529
CASOS DECLINADOS	270	183	224	199	198	0	1074
CASOS TOTALES	5990	4075	4983	4420	4408	3020	26896

FUENTE: SISTEMA DONDE SE REGISTRAN LOS RECLAMOS DE AUTO

GRAFICO No. 1
ESTATUS DE LOS CASOS POR ANALISTAS DE ENERO A DICIEMBRE 2016



FUENTE: SISTEMA DONDE SE REGISTRAN LOS RECLAMOS DE AUTO

CUADRO No. 4
GRAFICO CONJUNTO

	ANALISTA 1		ANALISTA 2		ANALISTA 3		ANALISTA 4		ANALISTA 5		ANALISTA 6	
	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Asegurado	Afectado	Metro bus	
											Supera el deducible	No supera el deducible
TIEMPO PROMEDIO (DÍAS)	54.55	63.92	49.7	45.59	52.87	63.9	47.61	71.15	38.11	55.93	46.42	170.1
CASOS ABIERTOS	2176		1738		2257		2609		2192		2320	
CASOS CERRADOS	3544		2154		2501		1612		2018		700	
CASOS DECLINADOS	270		183		224		199		198		0	
CASOS ANUALIZADOS	5990		4075		4983		4420		4408		3020	

FUENTE: SISTEMA DONDE SE REGISTRAN LOS RECLAMOS DE AUTO

Haciendo un análisis conjunto del tiempo de respuesta de los casos, la cantidad de casos por analista y la cantidad de esos casos que ya están finalizados puedo concluir lo siguiente:

1. Existen muchos casos abiertos para el cierre de año, se puede tomar en consideración que en los últimos meses del año la cantidad de reclamos aumenta, sin embargo el número aún sigue siendo demasiado alto si se compara con la cantidad de reclamos que se le asigno a cada analista.
2. Haciendo un análisis general se puede detectar que el analista 1 es el que tiene asignados la mayor cantidad de casos, el menor tiempo de respuesta y la mayor cantidad de casos cerrados; esto puede significar que el analista 1 tiene más experiencia y por tanto puede concluir los casos más rápido, igualmente pueden haber otras razones que justifiquen ¿por qué los analistas concluyen el año con tantos reclamos pendientes?
3. Hay analistas que no tienen los conocimientos necesarios y por tanto demoran más en sus casos, tienden a cometer errores en el trámite y por eso tienen tantos casos abiertos al final del año.
4. Existe una gran cantidad de reclamos declinados; investigando un poco el motivo de las declinaciones en su mayoría se debieron a los siguientes motivos:
 - Conductor en estado de ebriedad
 - Pólizas morosas

- Apropiación indebida³⁶

D. ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS DETECTADOS

Se hicieron muchos análisis en el área de reclamo de autos, donde se pudo identificar muchos elementos que pueden ser los causantes de las principales demoras en el trámite de los reclamos; según los análisis realizados se detectaron los siguientes problemas:

1. Los asistentes viales no toman buenas fotos en donde se puedan ver los daños del auto, lo que impide que se pueda hacer una inspección previa del auto afectado, obligando así al asegurado a llevar el auto a la aseguradora para una segunda inspección y luego poder iniciar el trámite del reclamo, lo que se reduce en una pérdida de tiempo para el cliente.
2. Algunos inspector demoran demasiado tiempo al cotizar la mano de obra, la principal excusa es “un traspapeleo de los documentos”, lo que se puede traducir en “documentos olvidados o perdidos”; esto es un problema porque es necesario este primer análisis para que la persona encargada de cotizar las piezas sepa exactamente las piezas que debe cotizar y demás detalles del daño del auto, es decir, que al demorar en la cotización de la mano de obra no solo se está demorando en este proceso de forma individual, sino que se está retrasando en todo el proceso en general.

³⁶ Apropiación indebida se refiere cuando el asegurado cede su auto voluntariamente a una persona no autorizada y posterior a esto ocurre un siniestro.

3. Las cotizaciones de las piezas son una demora aun más grande, según los estudios realizados; en algunas ocasiones esta demora se debe a los proveedores de repuestos que demoran en contestar las solicitudes sumado al poco seguimiento por parte de los cotizadores.
4. Una vez revisada la documentación del reclamo y el estado de cuenta el mismo debe ser validado, sin embargo los analistas esperan que el reclamo este cotizado para poder validarlo, generando una demora innecesaria, ya que son dos procesos que se pueden hacer simultáneamente.
5. La mayoría de los analistas no llevan un buen orden de los expedientes, esto trae como consecuencia que al momento de tratar un reclamo la documentación este incompleta y muchos documentos de la misma estén trasapelados o perdidos.
6. Uno de los momentos en los que más se demora el trámite de un reclamo es al firmar las órdenes, ya que éstas solo las firma el supervisor, el cual tiene días específicos en el mes para firmarlas, esto significa que si un cliente entra en un mal día puede tener que esperar entre 20 y 25 días para la firma de la orden y la posterior confección del cheque.
7. Existen analistas que no cuentan con los conocimientos que el puesto requiere, lo que se traduce en una mala respuesta al cliente en su trámite y por tanto una demora; en las investigaciones detecté que a muchos clientes no se le hacían las indemnizaciones correctamente, a lo que el cliente presentaba una carta con el oficial de controversia, obligando así al

departamento de reclamos de auto a revisar a fondo el caso y percatarse de errores en el ajuste del reclamo, que en muchas ocasiones le suma días o meses al trámite.

8. La productividad igualmente juega un papel importante, ya que si bien se pudo observar, los analistas con más tiempo y experiencia en el trámite de reclamos podían dar respuestas, en su mayoría satisfactorias a sus reclamos en el menor tiempo, sin embargo hay muchos analistas nuevos y por necesitar el inicio de sus funciones lo más rápido posible no se les da la capacitación adecuada y esto deriva en demoras al tramitar los reclamos por la poca experiencia.
9. Es muy común el extravió de documentos, incluso en el puesto de los supervisores; esto ocurre debido a que gracias al alto número de documentos que se reciben diariamente, los analistas, inspectores, cotizadores y el supervisor, tienden a mezclar a expedientes y no se percatan de ellos hasta que el cliente molesto pregunte por el estatus de su reclamo.
10. En otras aseguradoras, una parte fundamental del trámite es que el cliente lleve una cotización de los talleres autorizados y de piezas y al presentar el reclamo por simple costumbre igualmente la traen a MAPFRE, en muchas ocasiones mencionando que el taller les cobró una “x” cantidad por dicha cotización; la inconformidad del cliente inicia al momento en que se le indica que no se le puede reembolsar el monto cobrado por la cotización, y continua cuando al momento de que se emite el pago, el mismo es por un monto inferior al cotizado y hay daños que no fueron contemplados.

11. Muchas veces el departamento de reclamos de autos indica que no se pueden emitir cheques porque se termino el presupuesto mensual, sin embargo en investigaciones internas pude descubrir que está afirmación es falsa, sin embargo ellos toman esta excusa para poder hacer creer falsamente a los Directores y Vicepresidentes que las indemnizaciones bajan de mes a mes, afectando con esto el tiempo de respuesta de los reclamos.

E. PROBLEMAS DETECTADOS EN LOS CASOS DE MI BUS

Los reclamos de Mi Bus son unos reclamos especiales, porque el trámite de ellos es diferente a los demás reclamos y por su naturaleza tienden a demorar más, sin embargo, en la actualidad estos reclamos están demorando mucho más del tiempo recomendado. A continuación detallo aspectos que considero responsable de la demora en estos casos:

1. A los afectados de Mi Bus no se les paga nunca a no ser que se presenten en alguna sucursal, hacen insistentes llamadas, envíen muchos correos o muestren completo enojo por la demora de su trámite; lamentablemente las afirmaciones anteriores no son exageradas, ya que si el afectado nunca se presenta, igualmente nunca se le pone en fila de espera para recibir su pago. Esto es debido a que los pagos a los afectados se hace de acuerdo a la remesa enviada por Mi Bus; una vez el afectado se contacta con MAPFRE es puesto en una lista de espera, una vez Mi Bus haga el pago de la remesa se toman las personas que están anotadas en la lista de espera en el orden

de las llamadas y se les va haciendo el pago; esto no tiene una fecha determinada.

2. Muchos afectados de Mi Bus demoran hasta 5 o 6 meses en recibir su indemnización, incluso encontré algunos casos en donde ya habían pasado más de 12 meses y las personas aun seguían esperando la indemnización.
3. Legalmente MAPFRE debe pagar la indemnización de todos los afectos de Mi Bus, si y pasaron 30 días y aun Mi Bus no ha pagado, sin embargo no pagan por temor a que Mi Bus no les devuelva el dinero pagado. Esta acción repercute directamente en el afectado que tiene que esperar largos meses para recibir su pago.
4. Una vez MAPFRE informe a Mi Bus que los daños no superan el deducible, Mi Bus cotiza nuevamente lo mismo que ya MAPFRE cotizó, siendo un proceso repetitivo y tedioso para el cliente.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Actualmente en el mundo se están produciendo grandes cambios que van redefiniendo la manera en la que acostumbramos hacer las cosas. Estos cambios traen consigo mayor eficiencia y productividad en nuestras labores diarias. Para poder ponernos a tono con los cambios y obtener esta eficiencia y productividad es necesario que desechemos los procesos que están dañados, repetitivos y ya muy arcaicos, y como es conocimiento de muchos, para mejorar hay que llevar a cabo acciones que, en la mayoría de los casos no son muy bien recibidas por todos.

El negocio de los seguros ha crecido enormemente en los últimos años en Panamá, gracias a diferentes regulaciones que han hecho obligatoria la adquisición de muchos seguros; a su vez esto ha hecho que lleguen a Panamá más compañías aseguradoras, aumentando así la competencia.

Para ser una aseguradora líder y la favorita por los panameños es muy importante no solo hace falta hacerse popular, sino dar un buen servicio y una respuesta ágil y rápida a los siniestros; el mercado está muy agresivo y lastimosamente MAPFRE tiene una mala reputación en cuanto a los reclamos de auto; dicha reputación se fue adquiriendo con el paso del tiempo por no detectar que existía un problema al que urgía encontrarle una solución.

Siendo actualmente una de las Compañías Aseguradoras más grande del país, es muy importante comenzar a prestar atención a los detalles que están haciendo que MAPFRE no sea una Aseguradora Global de Confianza.

Es por esta razón que esbozaré ideas que considero, ayudarán a mejorar las prácticas y los procedimientos de los Reclamos de Auto.

En el departamento de Reclamo de Autos se tienen a las personas divididas según sus roles y todos en conjunto ayudan a que se complete el trámite, sin embargo este tipo de organización está trayendo consigo que en algunos pasos para tramitar el reclamo se demore más de lo debidamente recomendado, lo que a su vez ocasiona que todo el reclamo se atrase y por ende causa molestia a los clientes; esto pudiera cambiar si se implementara una herramienta de un monitoreo, mediante el cual el gerente o supervisor del área pueda detectar que persona está incumpliendo con los tiempos y estudiar la razón.

En la práctica se ha intentado hacer el monitoreo y ha dado buenos resultados, sin embargo solo se implementa temporalmente y no a nivel de sistema, ocasionando que no haya ninguna mejora perceptible.

Un problema que no se menciona mucho, pero sí se detecta, es la limitada comunicación que existe con el Departamento de Reclamos de Autos, ya que muchos usuarios indican que pueden pasar largas horas sin obtener nunca una comunicación con alguien; en el Departamento hay establecidas: líneas telefónicas, salas de chat y un buzón de correos para que los usuarios se puedan comunicar, sin embargo ninguna de estas es efectiva.

Una idea para solucionar este problema puede ser:

1. Monitorear las funciones de los ejecutivos del call center, ya que se observo que en muchas ocasiones “desconectan” sus líneas para no recibir llamadas, ignoran los correos de los usuarios y muy pocas veces están conectados en la sala de chat.
2. Contratar al menos 2 personas más para esta área, debido a que el volumen de trabajo es grande y no se cuenta con la cantidad de personal que la demanda amerita.

Es muy importante resaltar este punto, porque sin duda es un área del Departamento que tiene mucho potencial para mejorar.

Retomando un poco los resultados obtenidos de los cuadros relacionados con el tiempo promedio de atención de reclamos, la cantidad de casos por analistas y la cantidad de casos abiertos, cerrados y declinados se pueden sacar diferentes conclusiones:

- El trámite de los reclamos está tomando casi el doble de tiempo del que debería.
- Solamente la firma de las órdenes de pago está tomando un promedio de 2 semanas.
- Los reclamos de Mi Bus que no superan el deducible tardan demasiado tiempo.
- Los reclamos no se están repartiendo de forma equitativa.
- El porcentaje de casos abiertos versus el total de los casos arroja un porcentaje muy alto.

De manera general se puede decir que MAPFRE Panamá es una Compañía de Seguros que ha ido adquiriendo mucha fuerza en el país y no solo eso, sino que también cuenta con una amplia cartera de clientes y un prestigio mundial que la han puesto como una de las Aseguradoras líderes en Panamá, solo hace falta optimizar y automatizar los procesos que sean necesarios para mejorar la satisfacción de los clientes.

B. RECOMENDACIONES

Todas las organizaciones tienen aspectos que mejorar, lo principal es detectar la falla y buscarle una solución, de manera que a la larga no traiga consecuencias negativas al igual que pérdidas.

Al observar cómo se trabaja en el departamento y tomando en cuenta algunas observaciones hechas en las conclusiones, considere una lista de posibles acciones a tomar para mejorar la situación del Departamento:

- Entrenar a las personas que van a tomar las fotos para levantar el carro al momento de un siniestro, a fin de que no sea 100% necesario que los usuarios lleven el auto a la sucursal para ser inspeccionado y comenzar con el trámite del reclamo, sino que se pueda iniciar con el trámite prácticamente desde el momento en que ocurrió el siniestro.
- Al momento de que ocurre el siniestro y se da la asistencia, recomiendo que el asesor le de un resumen del trámite del reclamo y de los documentos que necesita para el trámite del mismo, a fin de que el usuario no tenga que apersonarse a una sucursal solo por información.
- La contratación de otro analista, de manera que así se pueda distribuir el trabajo entre más personas. Una prueba de que es necesario otro analista fue ver que casi un 50% de los reclamos que ocurren en Panamá son de atendidos en MAPFRE, seguido a los otros análisis en donde se puede ver que los analistas no se dan abasto. Está contratación debe venir con una capacitación intensiva del trámite de los reclamos.

- Se deben establecer metas de tiempos, de manera en que todas las partes que tienen que ver con el trámite del reclamo puedan ser monitoreadas y medidas en base a sus tiempos de gestión; con esto se puede implementar un sistema automatizado de monitoreo mediante el cual se puedan ver claramente ¿en que punto del reclamo está ocurriendo un atraso? Y se puedan tomar las medidas necesarias.
- Asignar un encargado de monitoreo; esta persona tendría como función principal detectar los atrasos en los reclamos y sus causas, y al finalizar cada semana presentar un reporte al gerente y supervisor informando sobre las alertas detectadas en cada gestor del reclamo, de manera que se puedan cumplir los tiempos ya asignados.
- Crear un método de distribución de los casos, en el que todos los reclamos sean repartidos de forma equitativa; se pueden tomar en cuenta consideraciones como la rapidez y experiencia que sin duda harán que algunos analistas tengan más casos que otros, sin embargo no puede haber una diferencia tan abismal en la cantidad de casos que atiende cada analista.
- El trámite de los reclamos de Mi Bus lleva muchos procedimientos repetitivos, duplicando así el tiempo; por otro lado, una de las principales demoras es que el analista debe esperar el pago de Mi Bus para poder hacerle el pago a los clientes, y esto puede tardar desde uno hasta varios meses. Con respecto a este tipo de casos en particular recomiendo que los mismos sean tratados como reclamos “normales”, de manera de que al afectado no tenga que esperar el pago de Mi Bus, sino que como afectado la Aseguradora le haga la indemnización correspondiente y luego espere el pago de Mi Bus.

- Actualmente solo se tramitan los reclamos de auto en la Casa Matriz y las sucursales del interior, sin embargo MAPFRE cuenta con 11 sucursales; se recomienda capacitar a las otras sucursales para poder atender reclamos de auto, para que así se pueda distribuir mejor el volumen de trabajo entre las sucursales.
- El sistema MAPFRE PITS que actualmente solo se está implementando con los autos de marca Toyota y Hyundai, debería implementarse con al menos dos marcas más de auto, ya que este sistema agiliza el trámite de muchos reclamos porque el mismo día que el asegurado se presenta en la sucursal se inicia la gestión de las piezas y su auto empieza a ser reparado casi de inmediato. Para esto igualmente sugiero hacer un análisis junto con el Departamento de Producción para definir ¿Qué marca de autos asegurados ocupan mayor volumen? Para poder tener una idea de ¿En que marcas se puede comenzar a implementar?
- Una manera de minimizar los tiempos es solicitarle al usuario la cotización de piezas y mano de obra al momento de presentar el reclamo, de esta manera el inspector solo tiene que revisar que la cotización coincida con los daños descritos en el FUD o la Resolución.
- Prohibir a los analistas recibir llamadas de clientes y/o corredores que soliciten el estatus de sus reclamos; se deben hacer jornadas en donde el personal del call center se turne para llamar a los clientes y detallarles el estatus de su reclamo o automatizar el sistema, a fin de que el sistema le envíe una alerta al cliente (vía correo mensaje de texto) informándole acerca de la actividad en la que se encuentra el reclamo. Otra alternativa podría ser habilitar una plataforma en donde

el cliente ingresa su número de reclamo, placa o póliza y automáticamente se le despliegue un resumen con las actividades claves del reclamo; esto sin duda reduciría grandemente las constantes llamadas al departamento para consultar estatus de trámites.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Roberto Hernández Sampieri, C. F. (1991). *Metodología de la investigación* (2ª edición ed.). Mc Graw Hill.

Sampieri, R. H. (2007). *Fundamentos de la metodología de la investigación: ciencias de la educación*. Mc Graw Hill.

Baray, H. L. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación* .

Sánchez, J. C. *Metodología de la investigación científica y tecnológica*.

Bravo, R. S. (2002). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica: metodología general de su elaboración y documentación*. Parainfo, editorial S.A.

Lorraine Blaxter, C. H. (2000). *¿Cómo se hace una investigación?* Gedisa.

Ynoub, R. (2007). *El proyecto y la metodología de la investigación*. Cengage learning latin america.

Ruth Scutu, P. B. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de objetivos y elección de la metodología*. CLACSO.

H. James, G. E. (1993). *Mejoramiento de los procesos de la empresa* . Mc Graw Hill.

Chang, R. Y. (1996). *Mejora continua de procesos: guía para mejorar procesos y lograr resultados medibles* . Granica.

Navarrete, M. *Gerencia de procesos* .

Manuel García, L. R. *Mejora continúa en la calidad en los procesos*.

Carrasco, J. B. *Gestión de procesos alineados a la estrategia*.

MAPFRE. (1998). *Gerencia de riesgos y seguros en la empresa*. España: Fundación MAPFRE.

Estarý, M. G. *Seguro de automóviles: estado actual y perspectiva de la técnica actuarial*. MAPFRE.

Ordoñez, A. O. (2012). *Estudios de seguros*.

Zornosa, H. E. (2012). *Escrito sobre riesgos y seguros* .

Palacios, F. (2016). *Seguros: temas esenciales*.

Londoño, C. A. *Manual de seguros* .

Marin, M. I. *El seguro de automóviles en Iberoamérica*. (I. d. seguro, Ed.) Fundación MAPFRE.

MAPFRE PANAMÁ, M. *Condiciones generales de la póliza de auto* . (Aprobado por la superintendencia de seguros y reaseguros de Panamá)

MAPFRE. (enero 2004). *MAPFRE Automóviles, póliza de seguro de automóviles*. (Mapfre, Ed.) Fundación MAPFRE.

<http://www.superseguros.gob.pa> (Sitio oficial de la superintendencia de seguros y reaseguros de Panamá)

ANEXO 1

PASOS PARA TRAMITAR UN RECLAMO DE AUTOS

PASOS PARA TRAMITAR UN RECLAMO DE AUTOS

Para poder estudiar y analizar el Departamento de Reclamo de Autos, es importante que se conozca cómo se desarrolla la tramitación de un reclamo. Existen dos procedimientos para tramitar un reclamo de autos, dependiendo de quién sea el que presente, ya sea el asegurado o el afectado.

1. Asegurados

i. Reporte inicial de asistencia vial

Al momento de que ocurre el siniestro, el asegurado debe llamar a la asistencia vial de su seguro, la cual le enviará un agente que irá a inspeccionar y tomar nota de los siguientes datos del reclamo:

1. Día y hora del siniestro
2. ¿Cómo ocurrió el evento?
3. ¿Quién va conduciendo el auto asegurado?
4. ¿Cuántos autos hubo involucrados?
5. ¿Cuáles fueron las posibles causas?
6. Revisión de los daños tanto del asegurado como del afectado

El inspector debe darle al asegurado brevemente las instrucciones para que sepa ¿qué debe hacer? a partir de allí.

ii. Revisión de cobertura

Una vez ocurrió el suceso, el asegurado tiene un tiempo no mayor a 72 horas para presentarse en su aseguradora en donde se le evaluarán las coberturas, límites de la póliza. Cabe destacar que en caso tal de que el auto no se pueda mover, el día del siniestro el auto se lleva en grúa al patio de la aseguradora y el asegurado igualmente debe presentarse a la aseguradora para decidir ¿en qué taller desea reparar el auto? y para las debidas evaluaciones de cobertura.

iii. Inspección de los daños

Al momento en que el asegurado se presenta y se evalúan sus límites y coberturas, el auto debe pasar para una segunda revisión, en donde se confirmarán los daños que ya fueron evaluados por el primer inspector el día del siniestro.

iv. Cotización de daños

Ya confirmados los daños, se procede a realizar las cotizaciones de la mano de obra y las piezas que se necesitan para la reparación. Existen ciertas consideraciones especiales al cotizar basadas en el año del auto:

- Si el auto aún tiene garantía todos los daños mecánicos serán realizados en la agencia.
- Si el auto tiene 5 años o menos las piezas serán de agencia.
- La mano de obra siempre se cotiza en los talleres autorizados (siempre y cuando no tenga daños mecánicos)

v. Reportes y trabajo técnico del analista

El analista tiene que revisar los documentos recibidos (que incluyen las cotizaciones y la documentación levantada el día del siniestro). Es necesario que el analista recree como fue el accidente para poder entender la versión del asegurado y encontrar posibles incongruencias (en caso de que las haya). Una vez el caso este validado, el analista debe comunicarse con el asegurado para indicarle si los daños superan o no superan el deducible, ya que existen dos escenarios:

- Si los daños no superan el deducible
 - o Se emite una carta explicándole al asegurado ¿por qué los daños no superan el deducible?
 - o Se le entregan las cotizaciones a precio de aseguradora para que pueda reparar su auto con los beneficios de la aseguradora.
- Si los daños superan el deducible

- Se le comunica al cliente que los daños superan el deducible para que se apersona a hacer el pago del mismo.
- El asegurado selecciona el taller de la lista de talleres autorizados en el que desea reparar su auto.

Es importante señalar que dependiendo del monto de las cotizaciones el auto podrá ser declarado pérdida total.

vi. Órdenes y documentos finales

Una vez el asegurado hace el pago del deducible, ya es tarea del analista enviar las órdenes de compra de las piezas al proveedor y las ordenes de reparación al taller que el asegurado indique para que se pueda iniciar con la reparación lo antes posible, teniendo siempre en cuenta que todo depende de la disponibilidad de las piezas y del taller.

Finalmente cuando se envían las ordenes, se verifica que no haya quedado ningún detalle por fuera y se cierra el caso.

2. Afectados

El trámite con los afectados bastante parecido, sin embargo tiene algunos detalles técnicos diferentes:

i. Reporte inicial de asistencia vial

Al ser afectado, el cliente tiene la opción de llamar o no llamar a su compañía de seguros para notificarle de la colisión (siempre es aconsejable hacerlo). Una vez la otra parte se hace responsable de la colisión, el afectado debe esperar un máximo de 72 horas para ir a la aseguradora de la persona que lo colisiono a presentar el reclamo.

ii. Presentación del reclamo

Al apersonarse a la aseguradora, el afectado debe llevar:

- Resolución de tránsito (en caso de que haya habido un parte policivo)

- Formato único definitivo (FUD) en el que el asegurado firma como responsable
- Registro único vehicular
- Cédula del propietario del auto
- Cotizaciones de piezas y mano de obra (en caso de que el auto aun no este reparado)
- Facturas fiscales originales (en caso de que el auto ya este reparado)
- Auto para inspección (estando el auto reparado o por reparar)

Cuando el afectado se presenta se le explica detalladamente el trámite del reclamo, los pasos a seguir y el tiempo de espera (30 días hábiles)

iii. Inspección de los daños

Una vez el afectado entrega la documentación y se le explica el trámite del reclamo, este pasa donde un inspector que nuevamente tomara las fotos y las anotaciones necesarias sobre los daños del auto para una posterior cotización (siguiente las mismas contemplaciones que al cotizar un asegurado)

iv. Revisión final y generación de ordenes

Las cotizaciones terminadas son pasadas donde el analista, el cual evaluará el caso desde el comienzo y emitirá las ordenes correspondientes para poder tramitar el pago de la indemnización del afectado, la cual se hace por medio de un cheque, en el cual se adjuntan las cotizaciones en las que se basa el mismo.

Un punto muy importante a considerar algunos artículos estipulados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

“La póliza de seguro obligatorio básico de accidentes de tránsito no deberá contener condiciones que impidan o menoscaben el derecho de terceros debidamente acreditados como afectados por un accidente de tránsito, como:

- 1. Establecer exclusiones y limitaciones de cobertura oponibles frente a terceros afectados.*
- 2. Condicionar el pago de indemnización a terceros afectado al pago de deducibles por parte del contratante de la póliza o del tercero afectado.*
- 3. Exigir que el contratante notifique o presente reclamo como condición previa al pago de la indemnización a que hubiera lugar.*
- 4. Declinar el reclamo del afectado porque el conductor responsable no portaba la licencia de conducir al momento del accidente”³⁷*

³⁷ Ley 68 de 13 de Diciembre de 2016, Que regula el seguro obligatorio básico de accidentes de tránsito, Artículo 6

ANEXO 2

ENCUESTA REALIZADA A LOS ANALISTAS Y SOLICITUDES DE LOS ANALISTAS

ENCUESTA

1. ¿Qué consideras que es lo que más te demora al tramitar un reclamo y porque?

2. ¿Sueles tener interrupciones al realizar tu trabajo?

a. Sí

b. No

De ser afirmativo, ¿con que frecuencia?

1. Muy frecuente

2. Algunas veces

3. No tan frecuente

3. ¿Qué tanto apoyo recibe de las otras áreas?

a. Mucho

b. Regular

c. Poco

d. Nada

4. ¿Con que frecuencia se extravían expedientes de tus reclamos?

a. Nunca

b. Algunas veces

c. Muy frecuentemente

De ser afirmativo, ¿qué acciones tomas al respecto?

1. Comunicarle al cliente para obtener nuevamente la información

2. Continuar el reclamo sin la información faltante

3. No continuar con el reclamo

5. ¿Qué tan alto consideras el flujo de reclamos?

a. Alto

b. Regular

c. Bajo

6. ¿Qué sugieres para mejorar el trabajo en tu departamento?

La encuesta se hizo con la finalidad de poder identificar algún otro tipo de factor que fuese responsable de las demoras en algunos reclamos; las preguntas fueron diseñadas de acuerdo a algunos aspectos que se pudo observar, sin embargo era muy importante analizar las cosas de la manera en que las ve y las percibe el analista.

A continuación un breve resumen de los resultados:

- Casi de manera unánime los analistas consideraron que las cotizaciones y la firma de las órdenes son los pasos que más prolongan el tiempo de los reclamos.
- Tienen frecuentes conflictos ya que constantemente son interrumpidos por personas de su área y de otras áreas; en algunas ocasiones la interrupción es justificada, pero la mayoría de las ocasiones es para que interrumpan la actividad que están realizando para que simultáneamente hagan otra. Muchas veces son llamados para “urgencias” que son más que nada “incendios” que deben apagar porque la situación se descontrola a causa de una mala planificación.
- Otro factor que perjudica mucho su trabajo, es el poco apoyo en cuanto a información, que reciben de sus áreas vecinas. Citando casos en particulares, se puede mencionar que es muy común que el analista deba comunicarse con el Departamento de Cobros para poder validar un caso específico en un reclamo, sin embargo, el Departamento de Cobros responde a la petición semanas tarde, aumentando así la espera del cliente de ser atendido.

- Muy pocos analistas admitieron haber extraviado algún expediente o documento en algún momento, sin embargo, mediante observaciones se pudo detectar que, aunque no es algo que ocurre frecuentemente, sí ocurre, y es necesario tener controles un poco más estrictos a la hora de archivar los expedientes. Seguido de la línea, algo que sí ocurre con mucha frecuencia es el duplicado de los expedientes, donde el analista confecciona de dos a tres expedientes del mismo caso, debido a medida que se le va entregando la información relacionada con el caso él va creando expedientes, en lugar de relacionar la información con la ya existente, como ejemplo se podría decir de que en un caso puede existir un expediente con los documentos relacionados a la colisión (FUD o resolución) y otro expediente que solo contenga las cotizaciones y las fotos del auto.
- Todos los analistas consideran que el flujo de reclamos es alto, porque sin duda lo es.

APÉNDICE 1
GRÁFICOS DE LAS MEDICIONES DE TIEMPOS

GRAFICO No. 2
Medición de tiempos – Analista #1

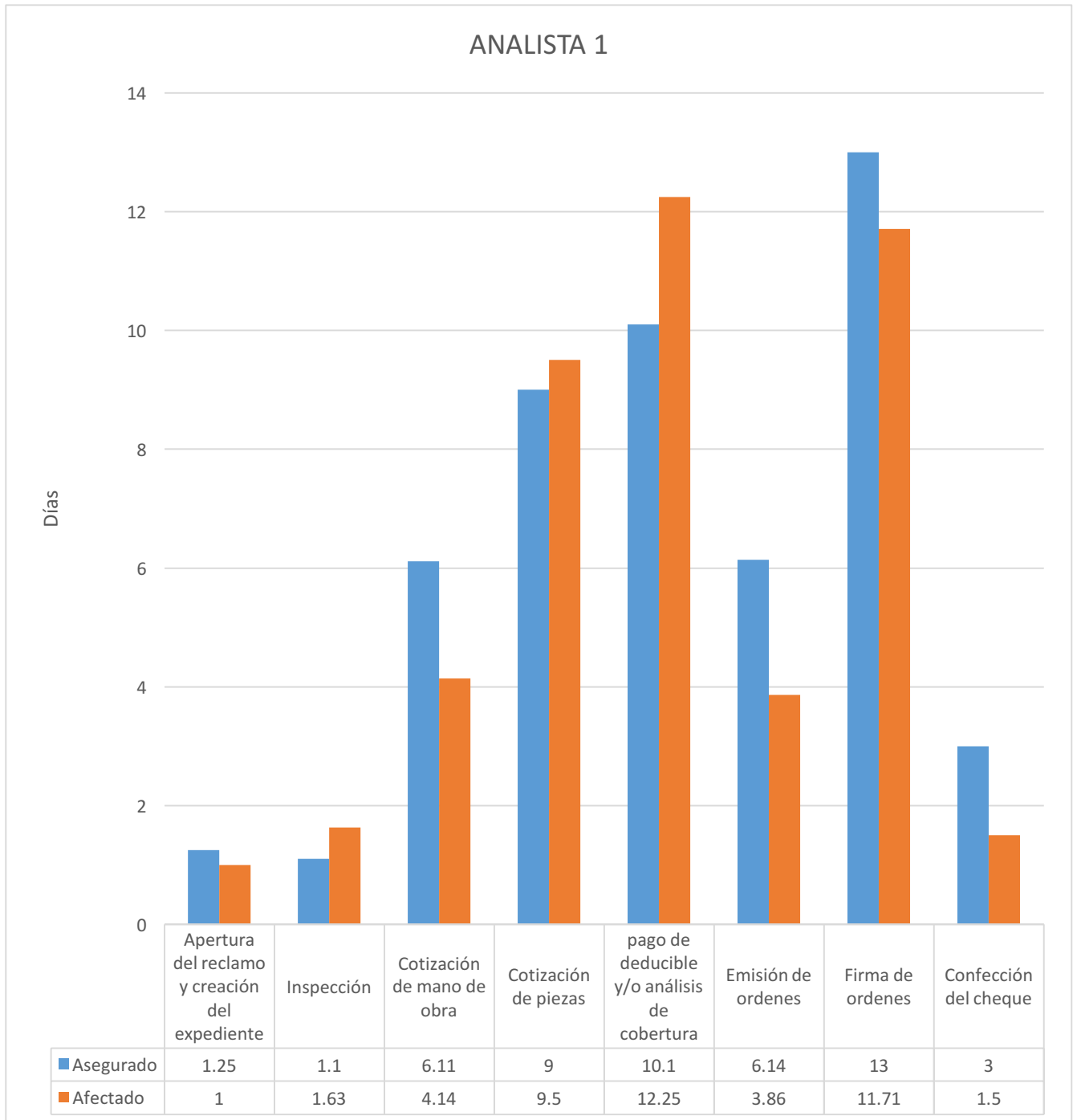


GRAFICO No. 3
Medición de tiempos – Analista #2

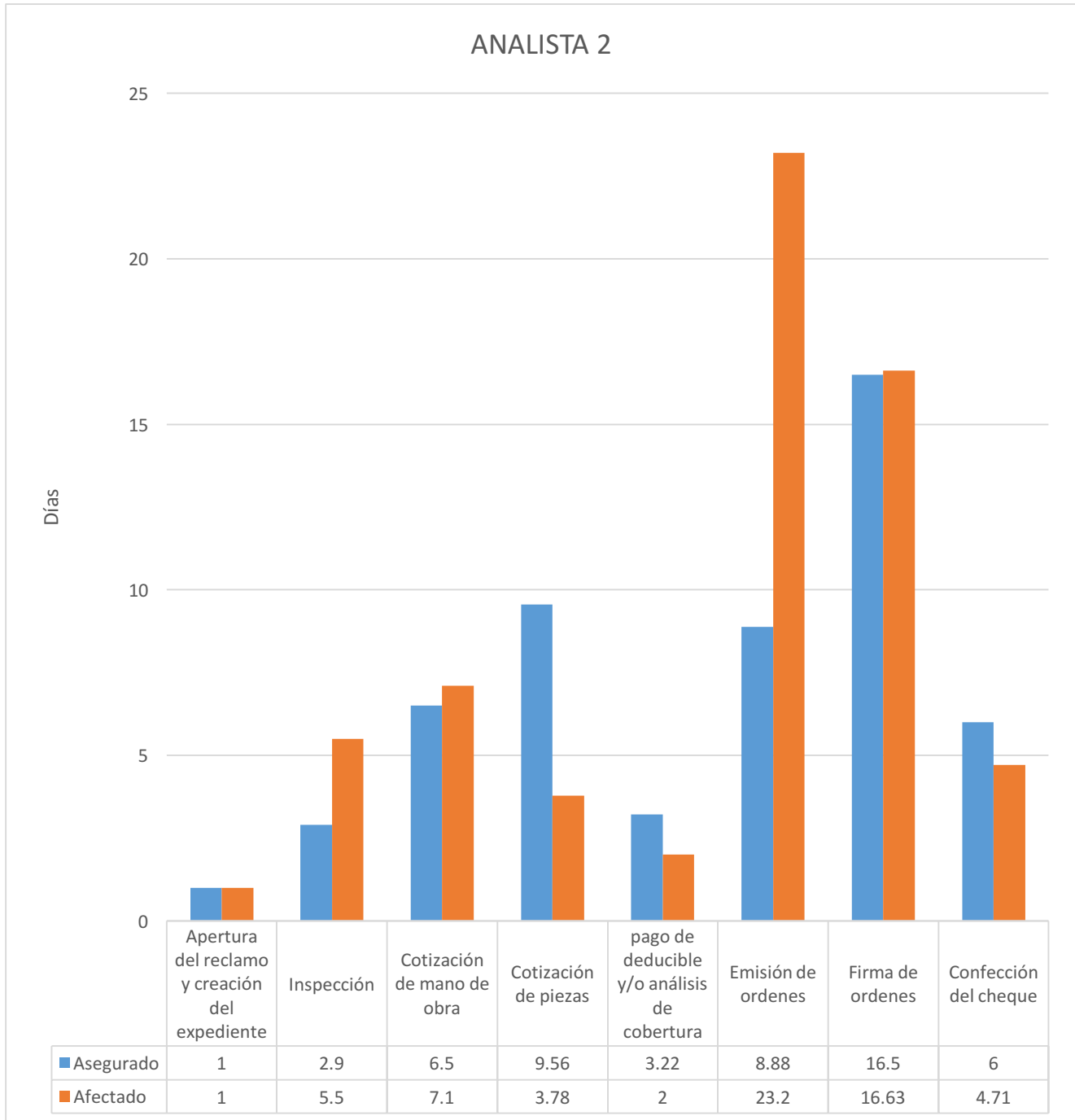


GRAFICO No. 4
Medición de tiempos – Analista #3

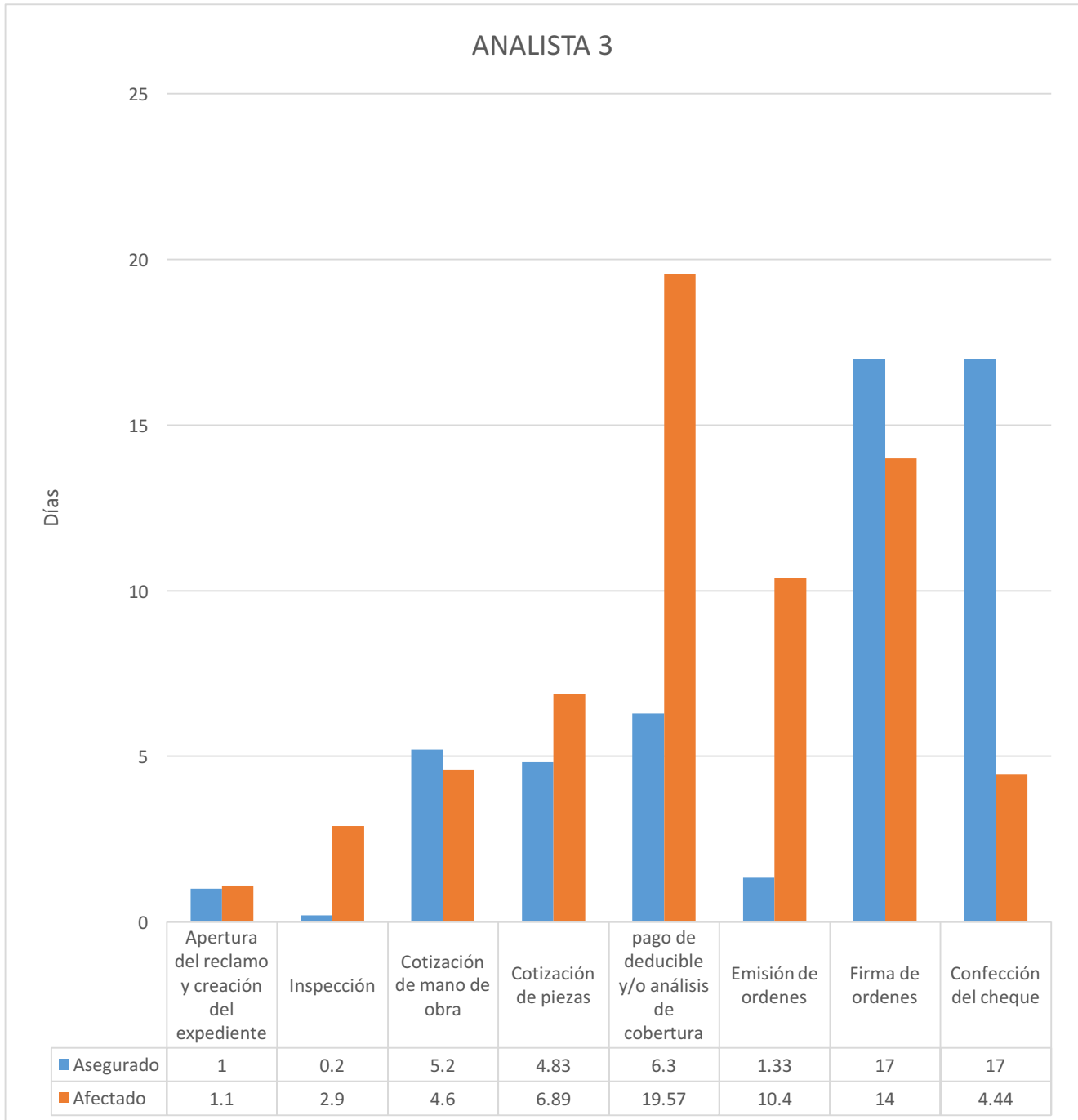


GRAFICO No. 5
Medición de tiempos – Analista #4

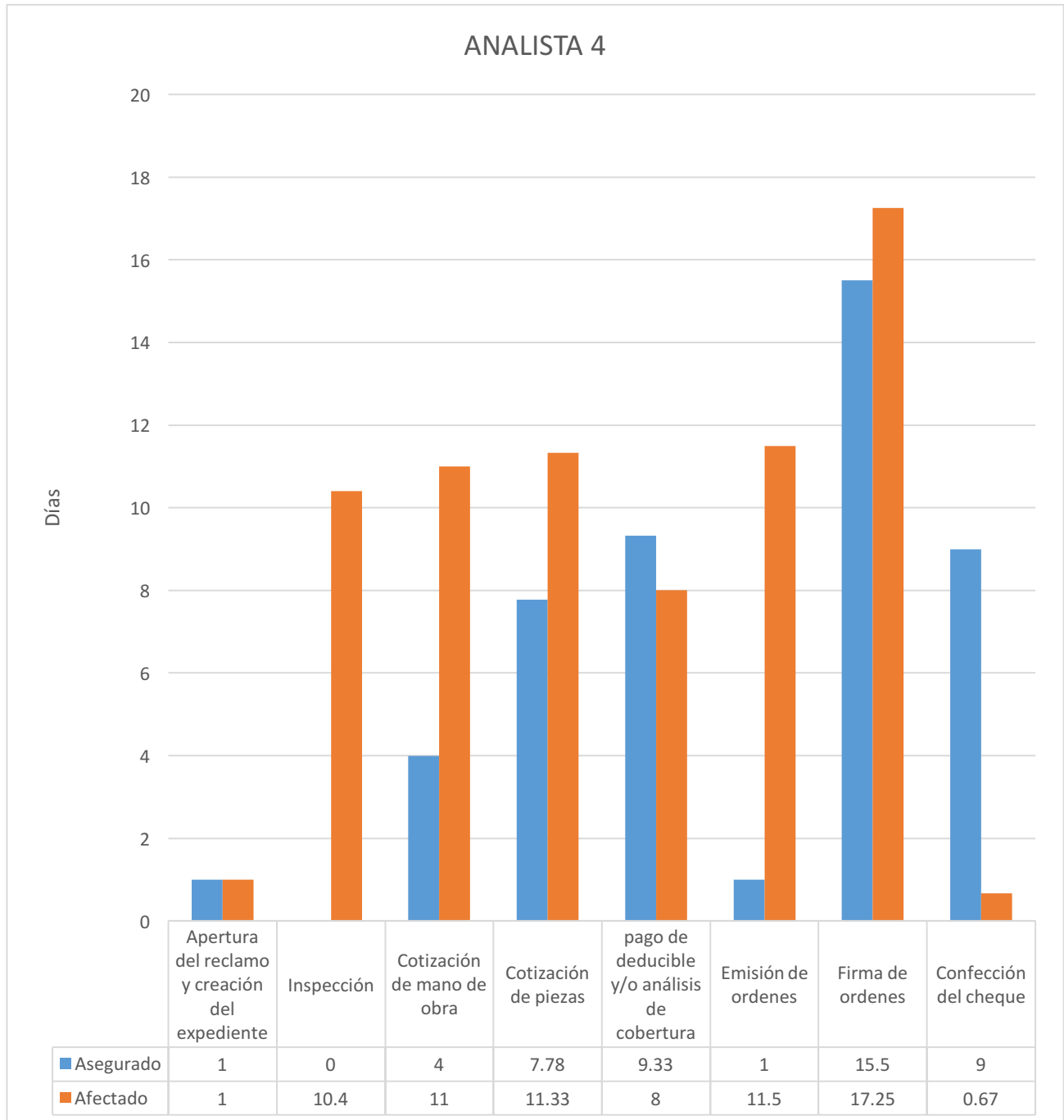


GRAFICO No. 6
Medición de tiempos – Analista #5

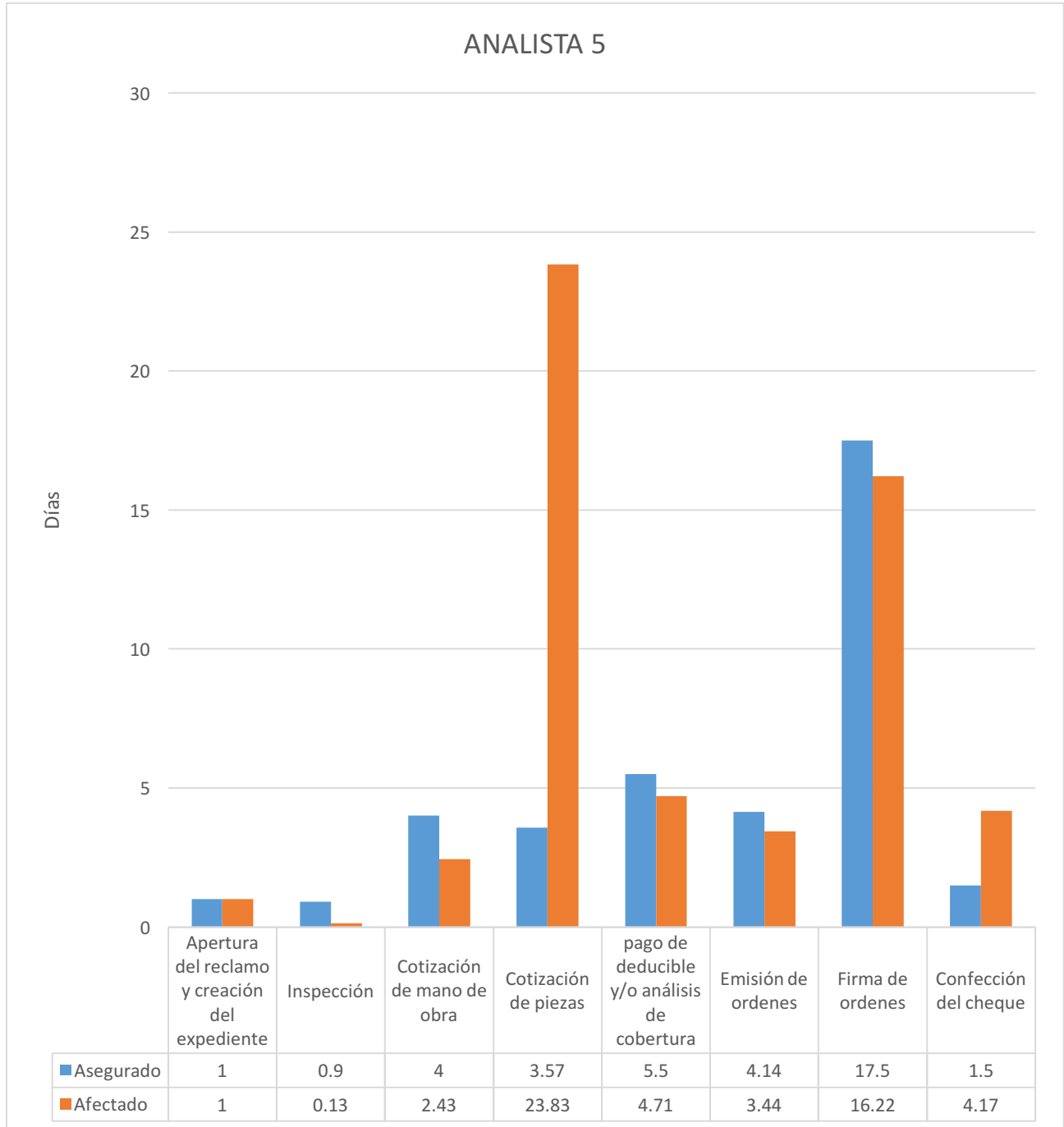
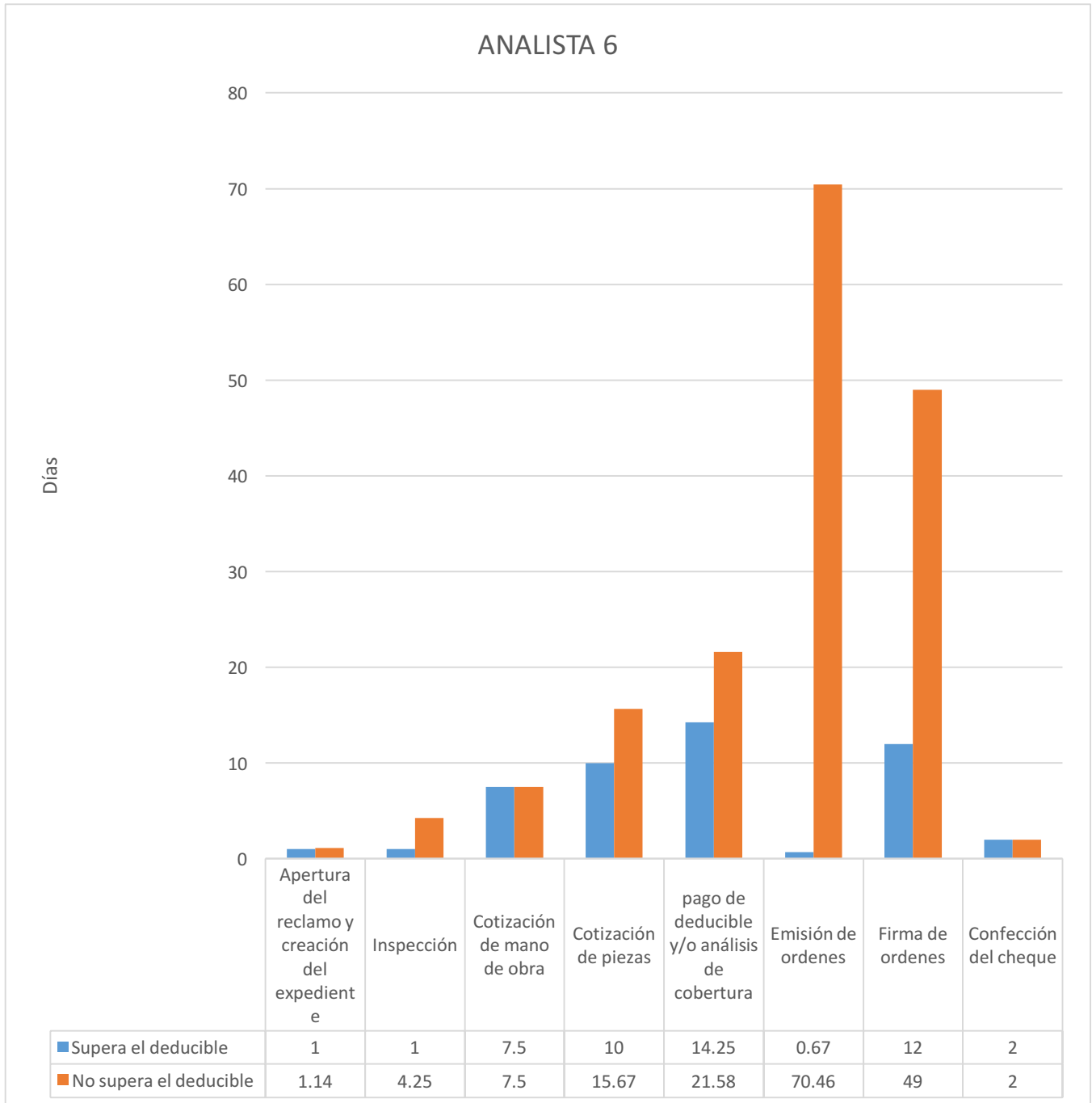


GRAFICO No. 7
Medición de tiempos – Analista #6



APÉNDICE 2
GRÁFICOS DE LOS RECLAMOS POR ANALISTA

GRAFICO No. 8

Casos por analista – Analista #1

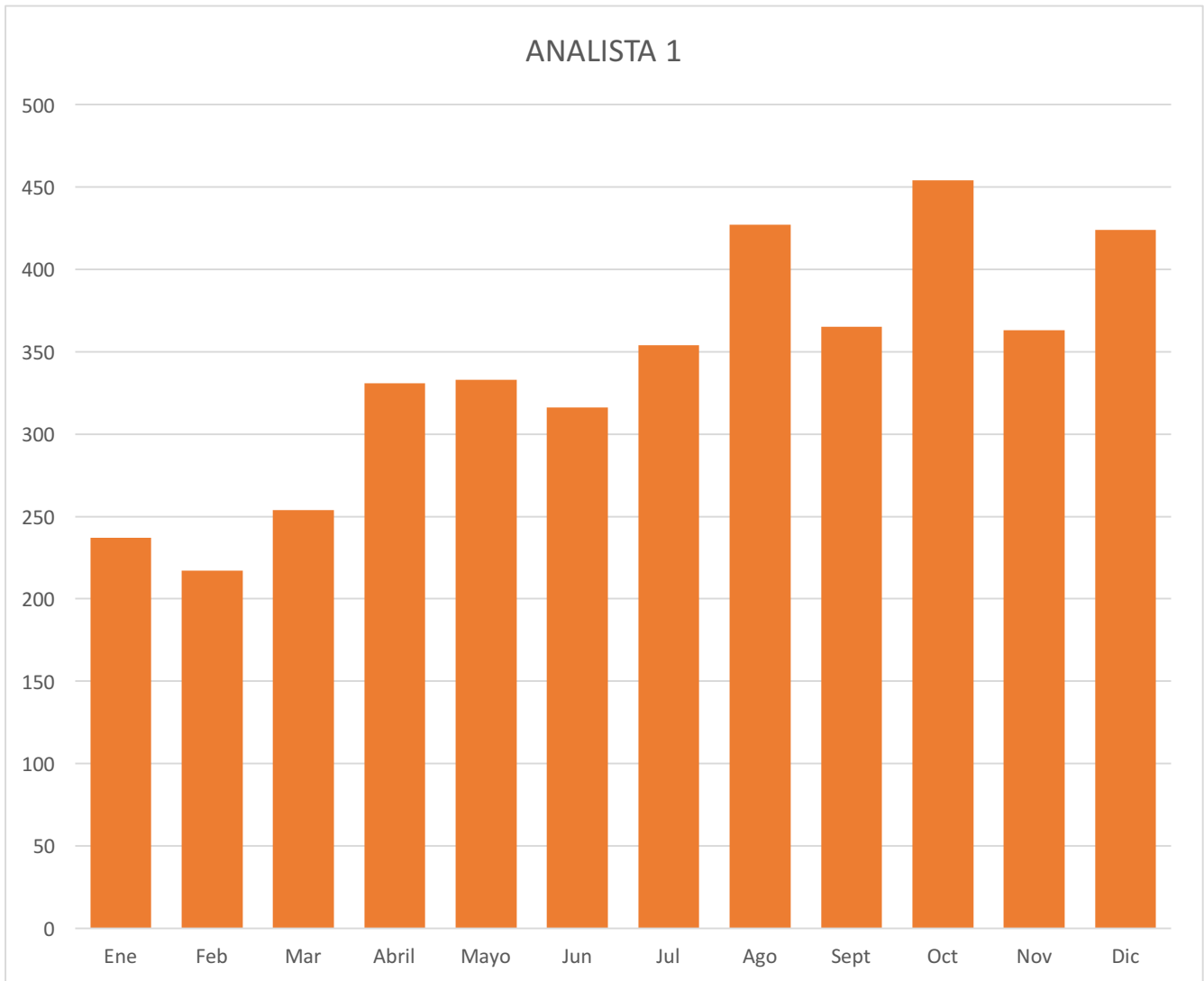


GRAFICO No. 9

Casos por analista – Analista #2

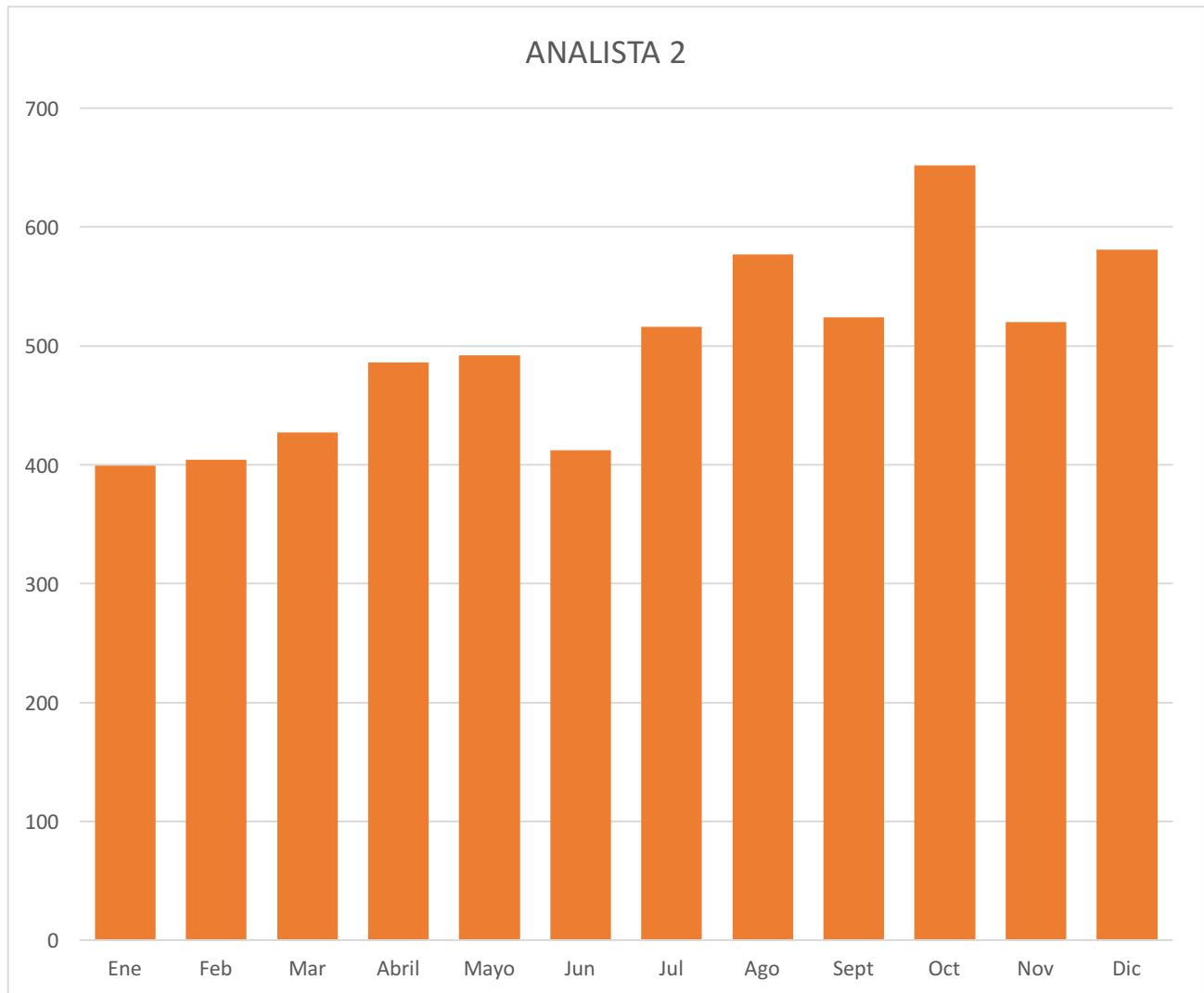


GRAFICO No. 10

Casos por analista – Analista #3

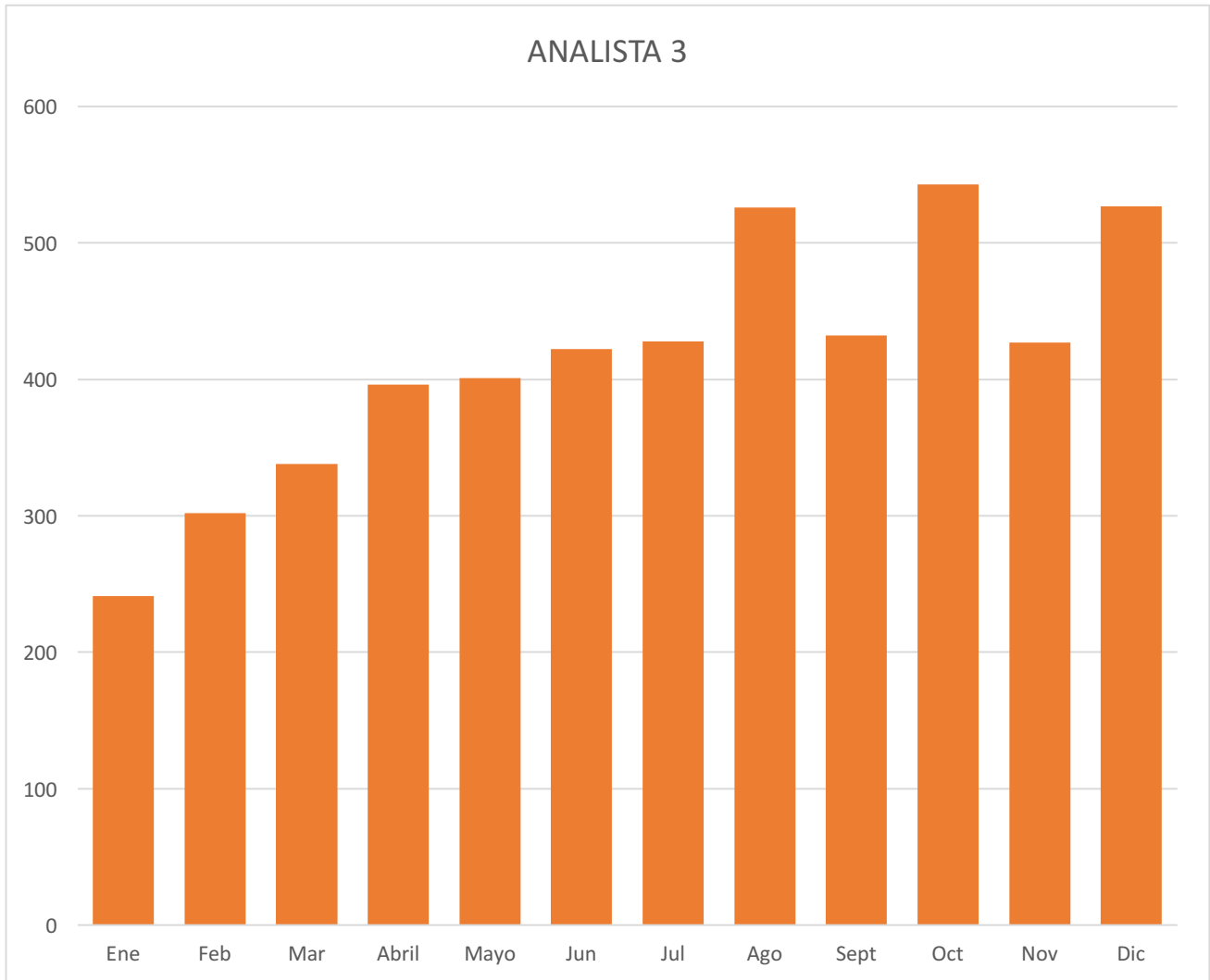


GRAFICO No. 11

Casos por analista – Analista #4

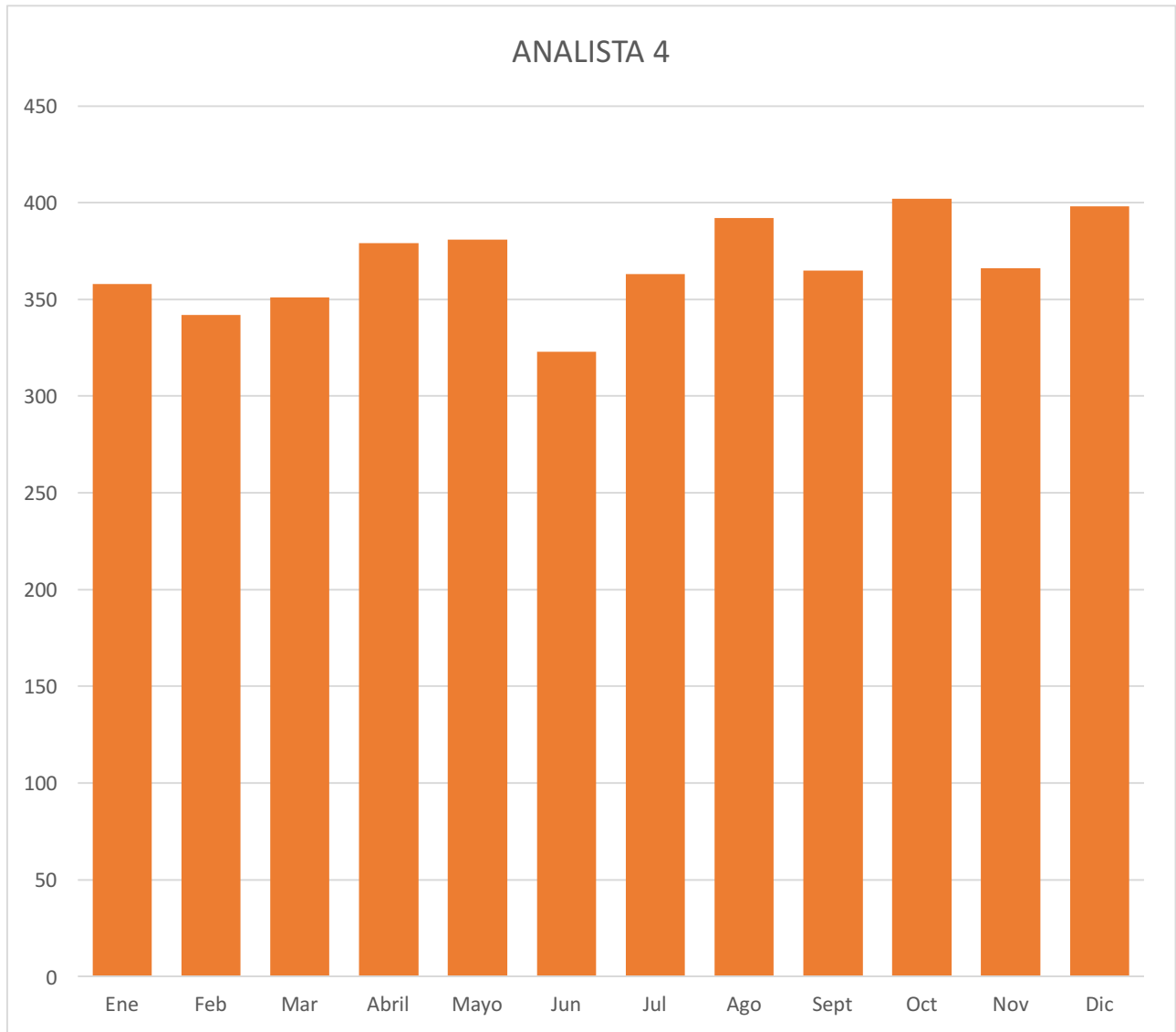


GRAFICO No. 12

Casos por analista – Analista #5

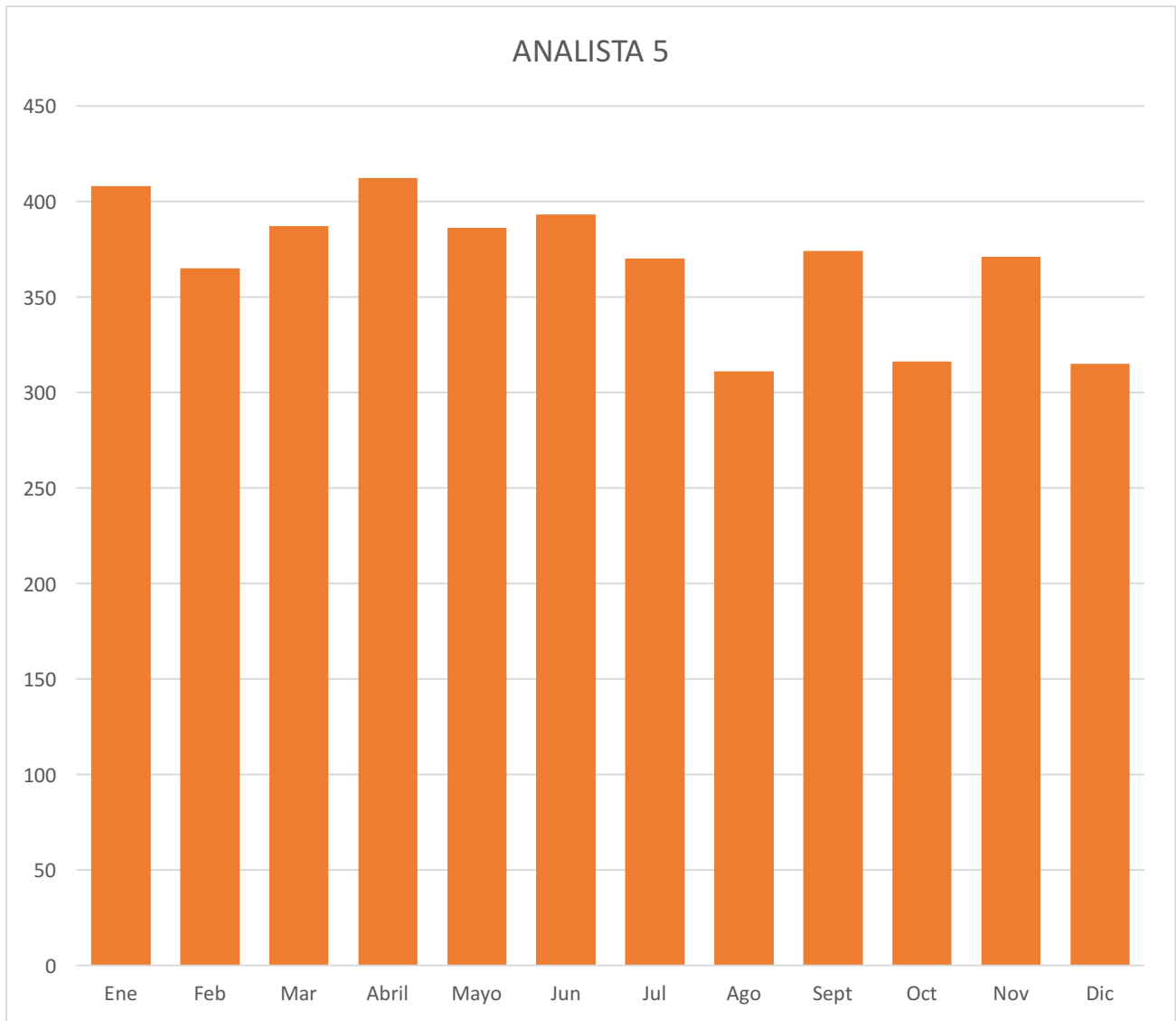
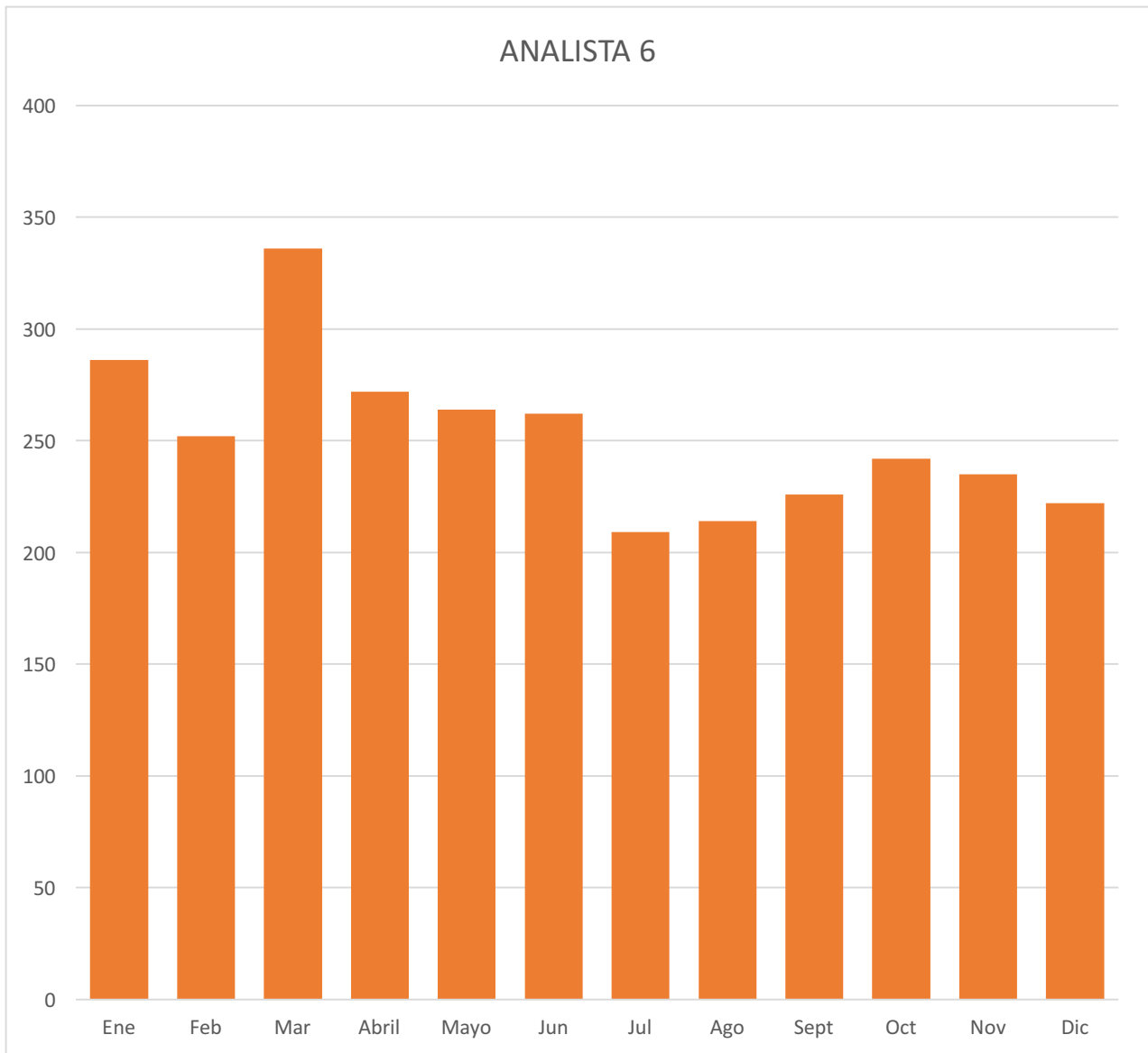


GRAFICO No. 13

Casos por analista – Analista #6



APÉNDICE 3

GRÁFICOS DEL ESTATUS DE LOS CASOS POR ANALISTA

GRAFICO No. 14

Estatus de casos por analista – Analista #1

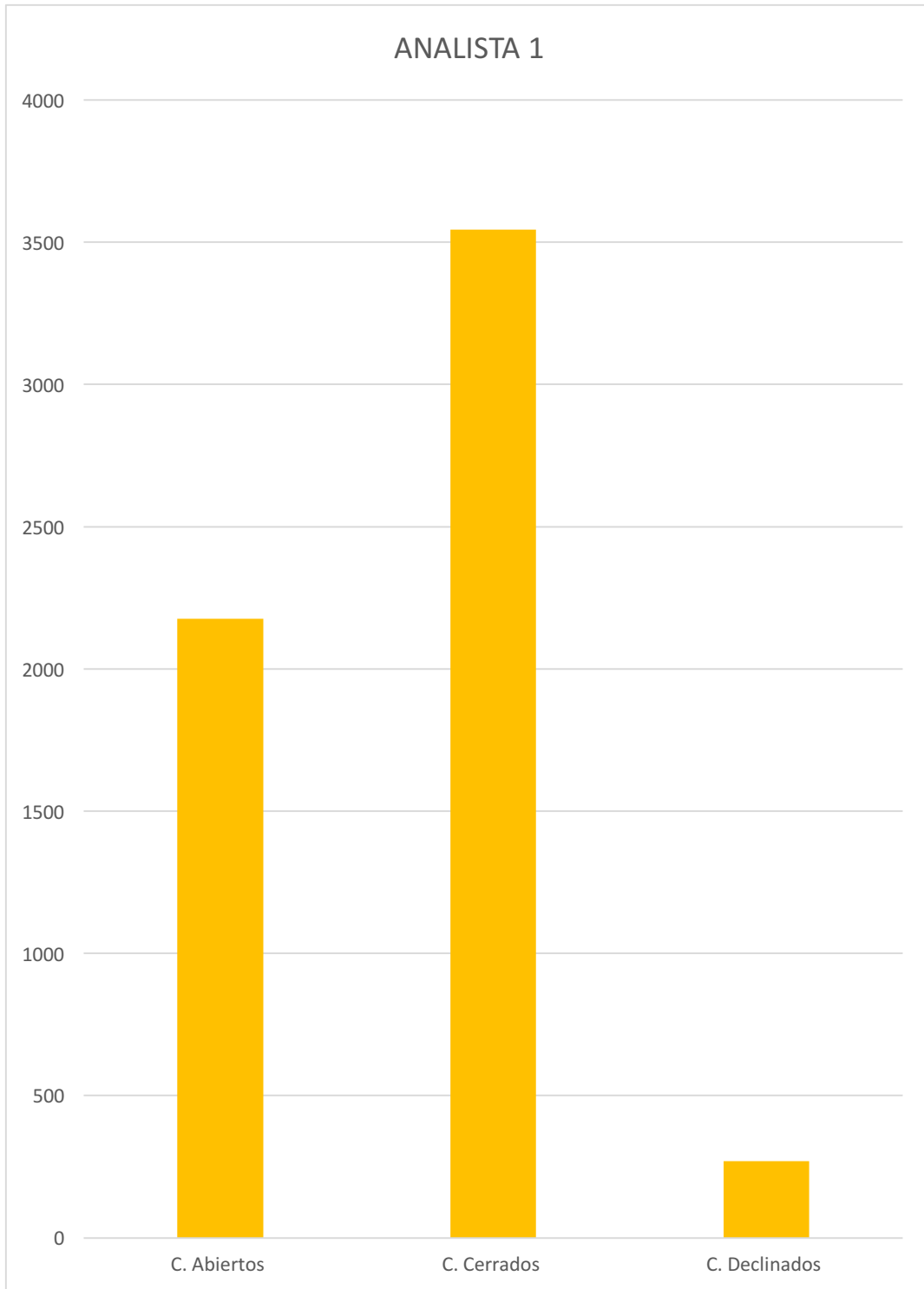


GRAFICO No. 15

Estatus de casos por analista – Analista #2

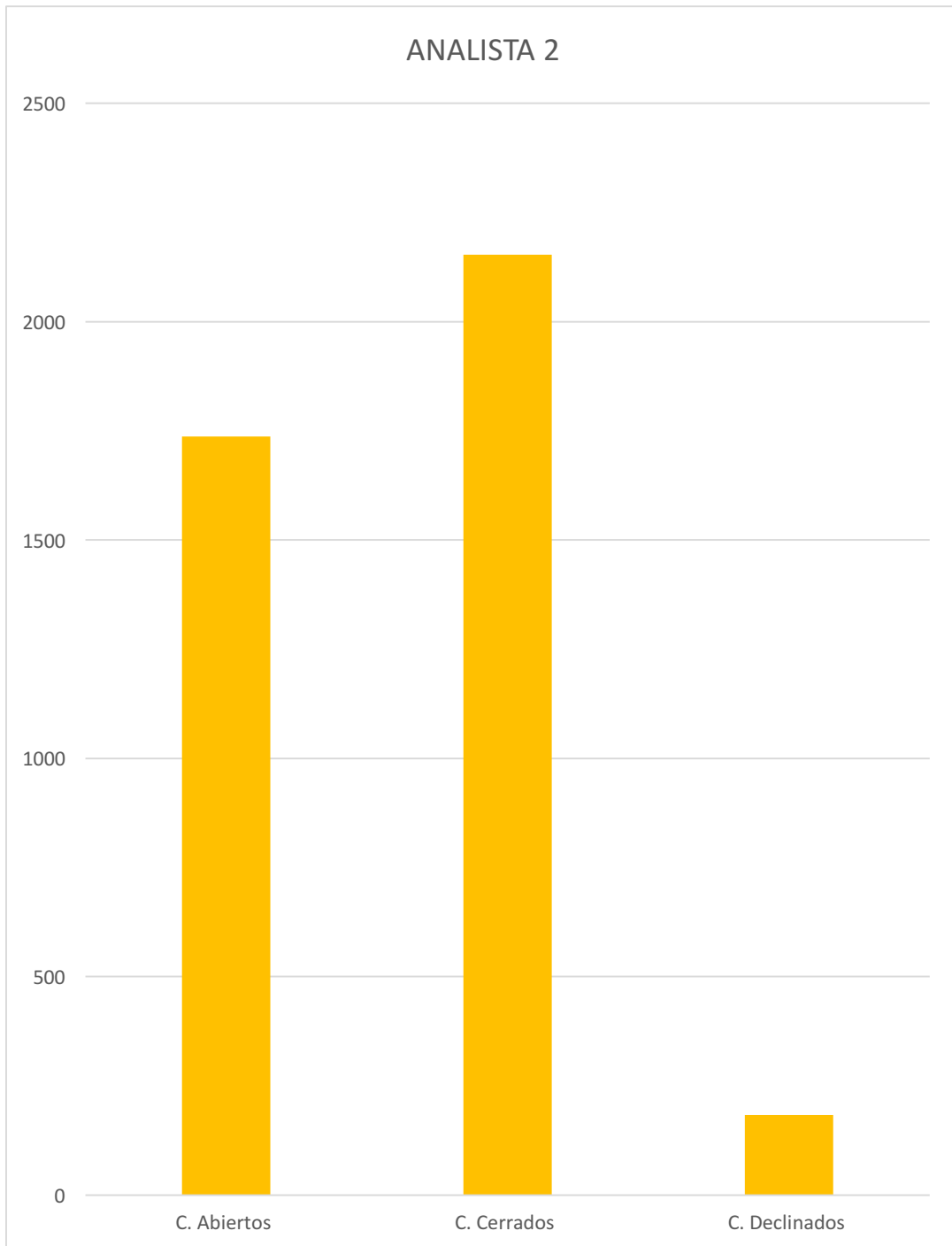


GRAFICO No. 16

Estatus de casos por analista – Analista #3

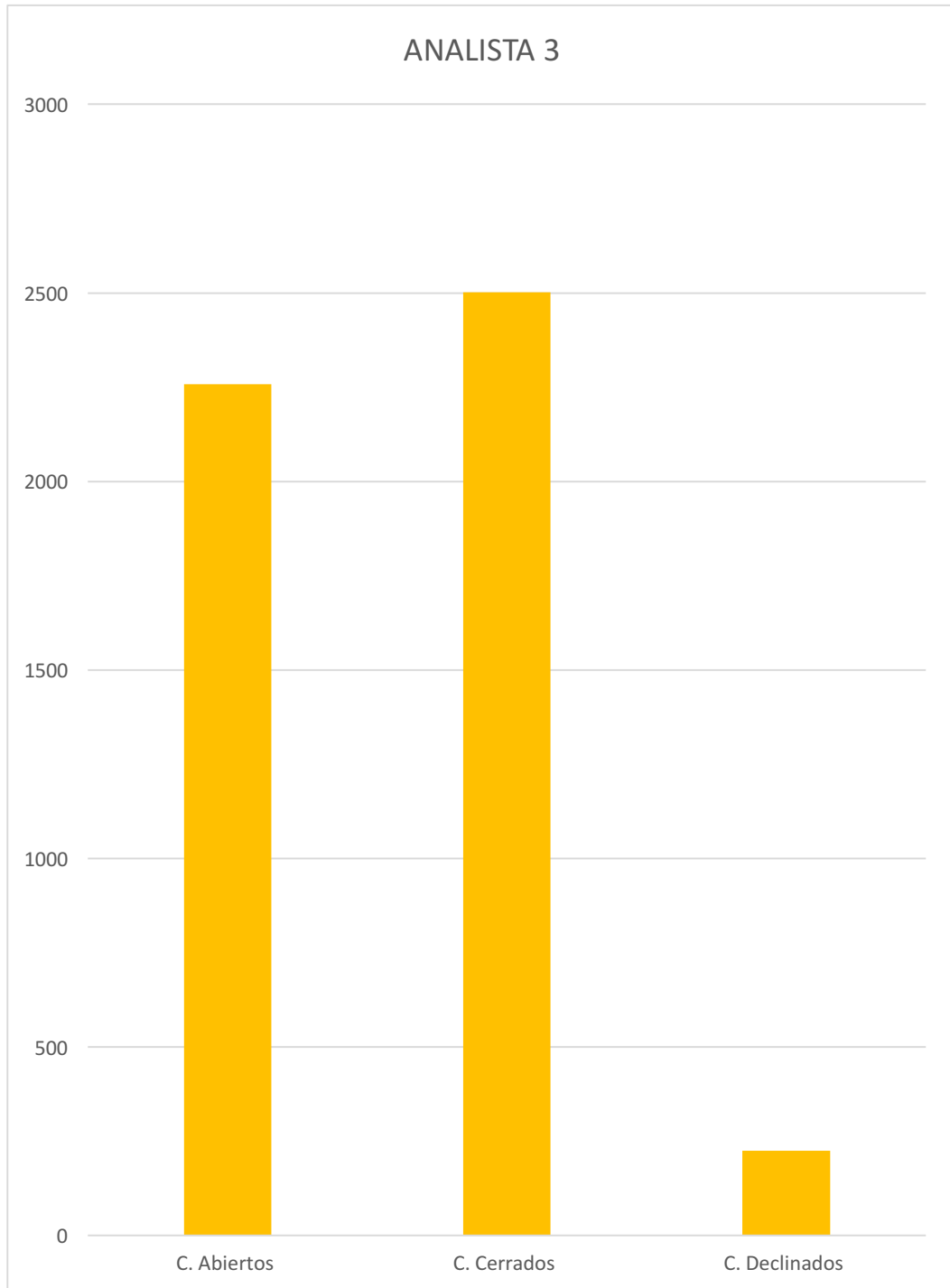


GRAFICO No. 17

Estatus de casos por analista – Analista #4

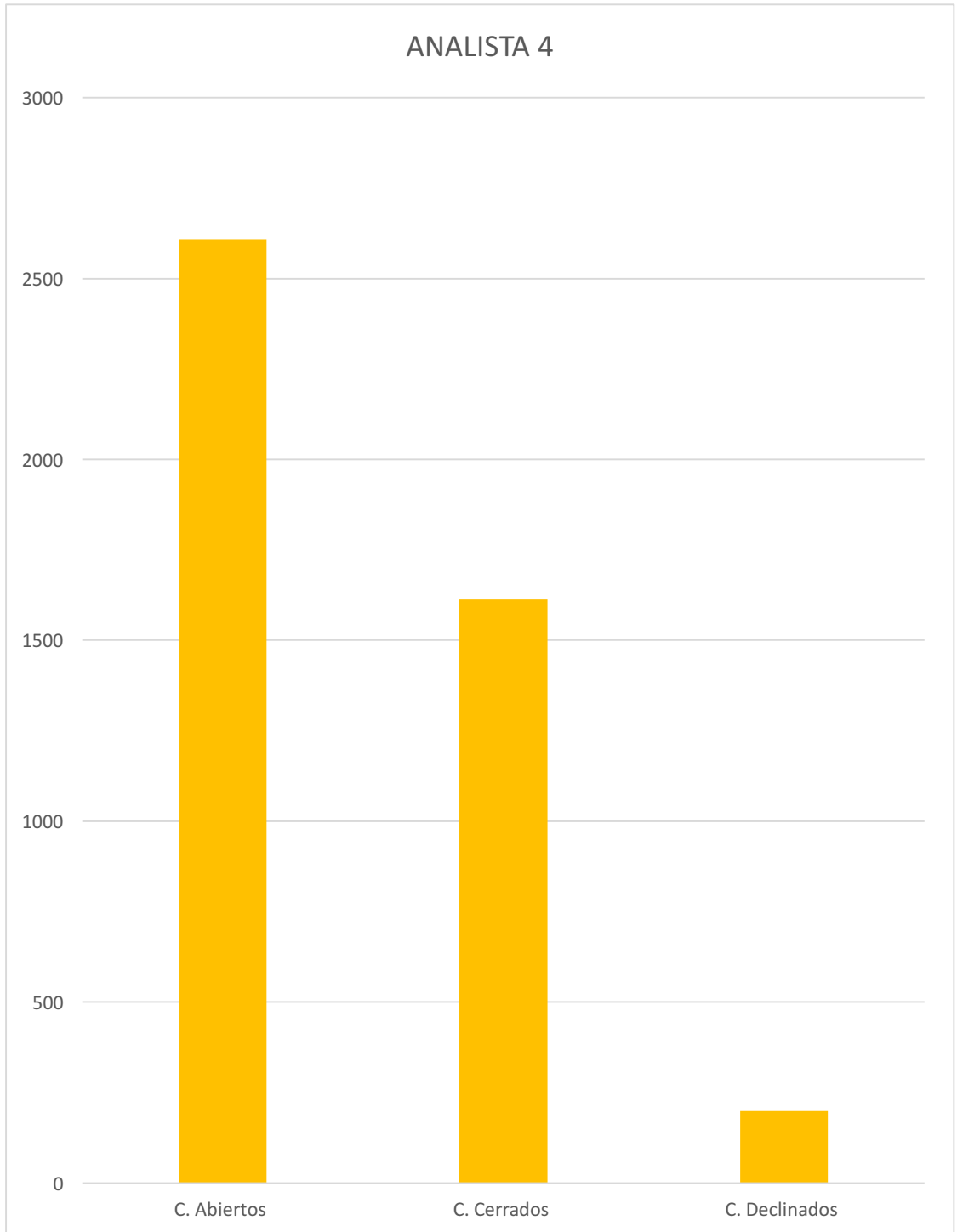


GRAFICO No. 18

Estatus de casos por analista – Analista #5

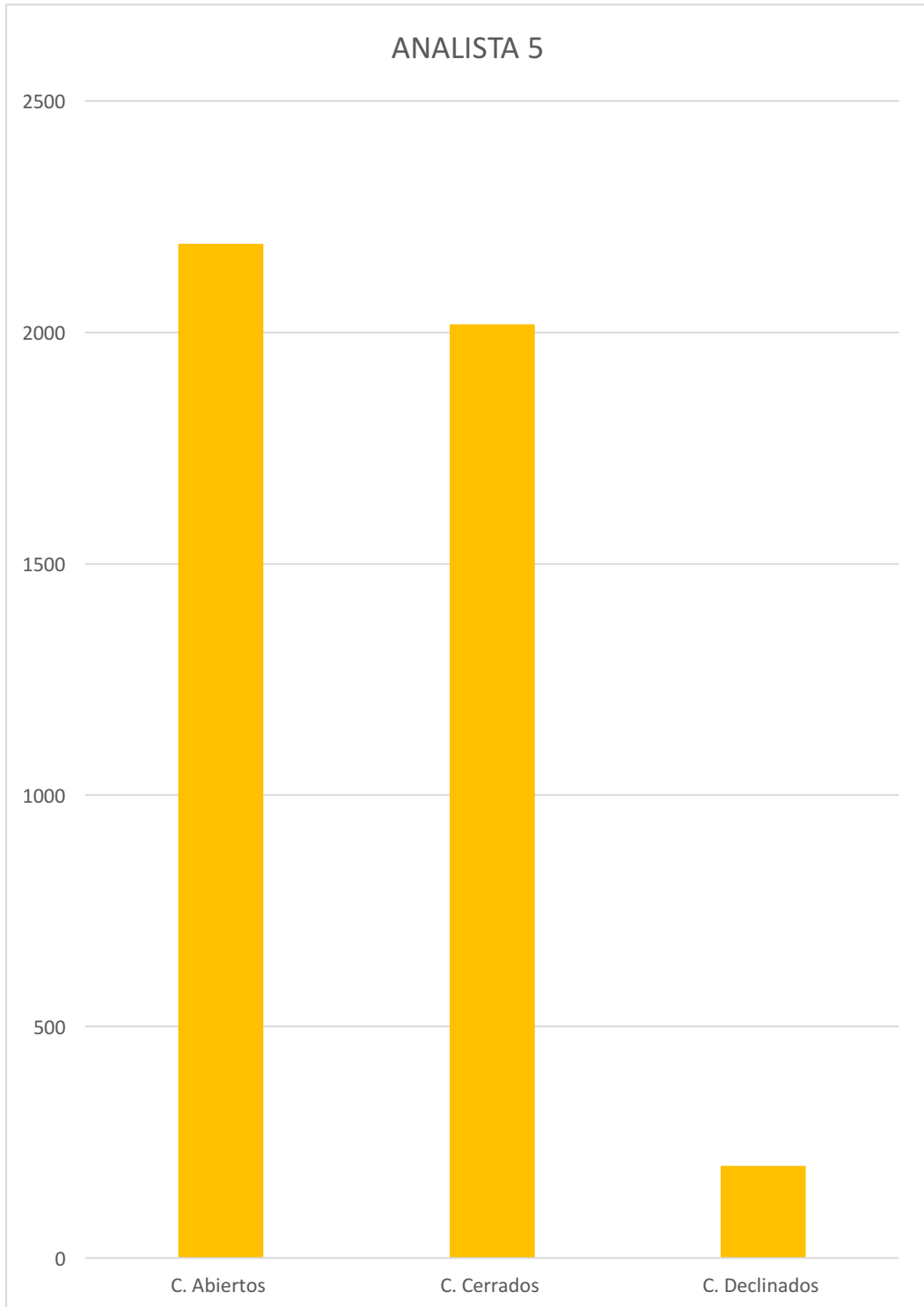
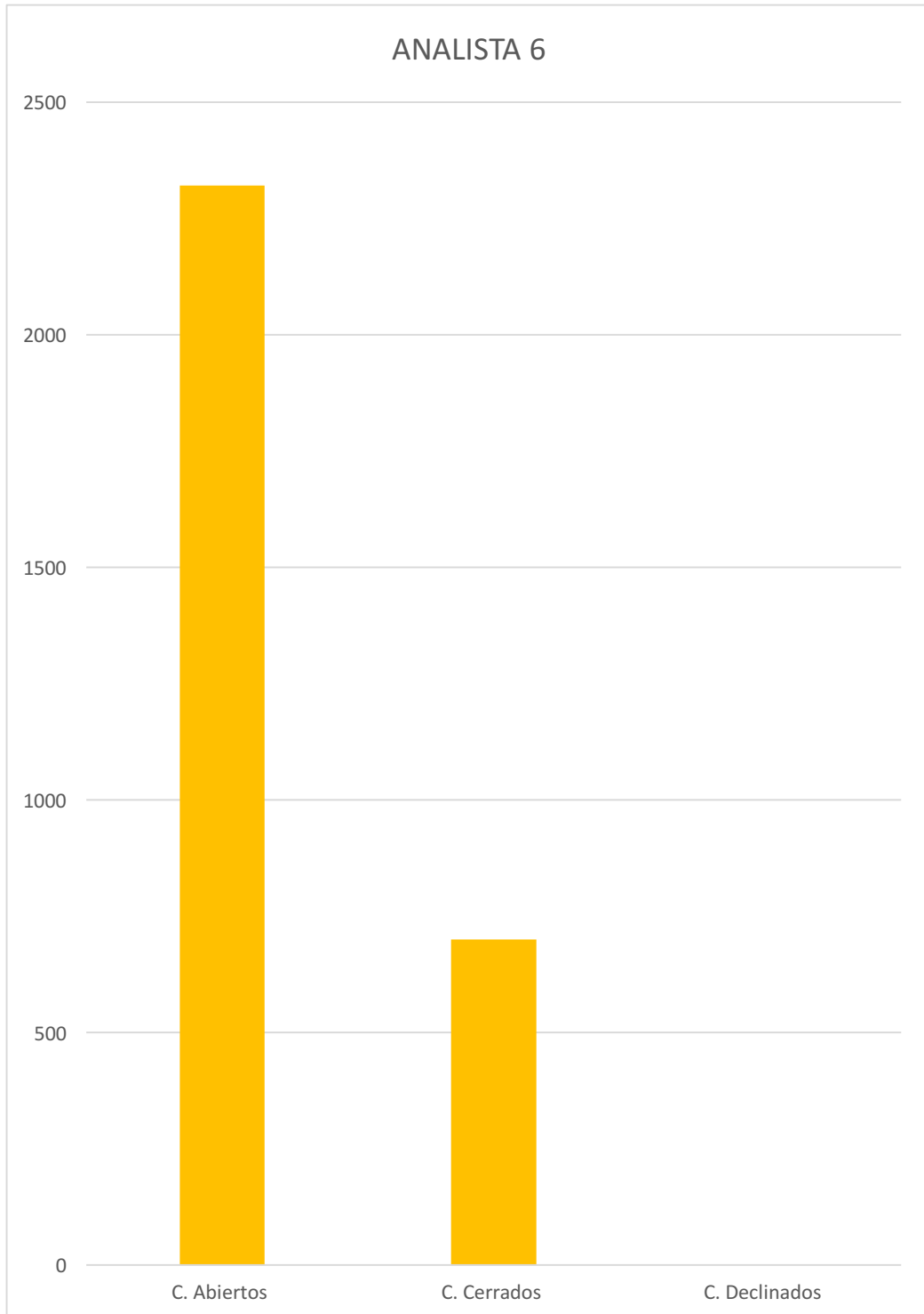


GRAFICO No. 19

Estatus de casos por analista – Analista #6



GLOSARIO

GLOSARIO

- **ANALISTA:** Se le puede denominar “ajustador”; es el funcionario empleado por la compañía de seguros para el trámite de los ajustes que deberán hacerse internamente en un reclamo. Igualmente revisan los ajustes presentados por las otras partes involucradas en todo el proceso del reclamo.
- **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que mediante el pago de una prima de seguros, cede el riesgo y traslada al asegurador la responsabilidad de reparar o reponer un bien mueble o inmueble, atender el daño que sufra en su persona o a sus beneficiarios, a través de la indemnización.
- **ASEGURADOR:** Persona jurídica que, mediante resolución de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, puede contratar y emitir pólizas de seguro.
- **COTIZADOR:** Es la persona destinada a realizar la valoración o estimación asignándole un precio a los daños ocurridos en un determinado siniestro.
- **ENDOSO:** Documento escrito que modifica parte de las condiciones generales o particulares de la póliza.
- **PÉRDIDA:** Consiste en la cuantificación monetaria de los daños materiales que ha sufrido un asegurado.

- **PÉRDIDA TOTAL:** Es considerado cuando en un reclamo el monto a indemnizar alcanza la suma asegurada y se considera que el bien asegurado ya no puede ser reparado.
- **PÓLIZA:** Es el instrumento legal, mediante el cual una de las partes, la institución de seguro, se compromete a pagar el riesgo amparada en dicho contrato, garantizando, a cambio recibir una prima.
- **PRIMA:** Es el costo que paga el asegurado, contratante o tomador en el momento de emitir la póliza.
- **RECLAMO:** Son todos aquellos documentos, investigaciones, reportes y objetos que en conjunto dan lugar a la creación de un expediente ante la presentación de un siniestro por parte del asegurado; también puede ser llamado caso.
- **RIESGO:** Es una medida de la probabilidad y severidad de un efecto adverso sobre la salud, propiedad y el medio ambiente. Se establece también que es la posibilidad de pérdida o daño, es decir, la constante amenaza que rodea al hombre y su patrimonio. Es el evento, acto o acontecimiento que constituye el objeto de la cobertura descrita en la póliza.
- **SEGURO:** Es un sistema que protege al hombre y a su patrimonio al ocurrir determinados hechos que amenazan tanto la vida, como los bienes que él posee; los acontecimientos que causan pérdidas o daños son inciertos pero predecibles y es aquí, donde el seguro garantiza el resarcimiento de un capital

por medio del cual se pueda cubrir la pérdida o el daño cuando ocurra, recibiendo como contraprestación una prima por adelantado por el servicio de protección que ofrece la institución del seguro.

- **SINIESTRO:** Es la concreción del riesgo, en otras palabras, su materialización, como por ejemplo: la colisión de dos autos, la muerte accidental o natural de una persona, el incendio que devoró una casa, un terremoto que produjo varias pérdidas, etc.