



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
DIRECCIÓN DE POSGRADO
MAESTRÍA EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

TESIS

**“REINGENIERÍA EN LOS PROCESOS DEL CENTRO
DE ATENCIÓN AL USUARIO DEL INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL EN BUSCA DE LA CALIDAD Y
EXCELENCIA”.**

AUTOR: FRANCISCO ALEXIS ARAUJO MARTÍNEZ

TUTOR TÉCNICO: Prof. Mg. JULIO BALMACEDA GODOY

San Lorenzo, AGOSTO 2016



Fecha de Aprobación de Trabajo de Tesis: _____

Integrantes del Tribunal Examinador: _____

Orientador de Tesis



DEDICATORIA

Con mucho afecto y respeto dedico esta tesis:

A mi señora esposa, a quien amo con toda mi alma, y daría la vida por ella, por todo su apoyo incondicional, que hoy se ve reflejado con la culminación de mi maestría.

A mi hijo Gastón Ezequiel, que está en camino, mi mayor logro en la vida, mi orgullo y satisfacción personal.

A Dios todopoderoso, por ser mi guía y alimentarme de sabiduría para concluir con éxito esta etapa de mi vida.

A mis padres, a quienes debo todo lo que soy, por criarme con sacrificio y dedicación, para que al fin llegue este día en que culminara mi formación universitaria.

A mis amigos y colegas de la Maestría en Administración Pública, MAP II.



AGRADECIMIENTOS

“Gracias, es una palabra tan pequeña pero con un gran significado...y que, en estos tiempos, no se pronuncia tan a menudo como se debería.”

A Dios creador de la vida.

A mi Amor, por regalarme cada minuto de su tiempo, por confiar en mí y por mostrarme que los sueños se hacen realidad cuando uno se propone metas.

A mis padres y mis suegros, por su apoyo y comprensión que permanentemente me hacen sentir.

Al Prof. Magíster Julio César Balmaceda Godoy, por haber dirigido esta Tesis de Maestría, por el tiempo que ha invertido, por sus ideas claras que me ayudaron bastante para la elaboración del trabajo. En definitiva, por estar siempre al tanto y disponible para aclarar dudas y alentarme siempre.

Al Prof. Magíster Gualberto Garcete Ecurra, por sus valiosas apreciaciones, por la paciencia, voluntad y liderazgo para motivarme y lograr avanzar siempre a través de sus orientaciones.

A la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Asunción, mi segunda casa, a la que accedí con mucho sacrificio y voluntad, a todo su cuerpo docente, por abrirme sus puertas para superarme y obtener un título más en mi vida profesional como Magíster en Administración Pública.



DECLARACIÓN

Declaro que el material incluido en ésta tesis, es original, producto de mi propia elaboración, a excepción de aquellas citas o menciones que se identifican en forma explícita y que no he presentado este material en forma parcial o total, como una tesis en esta u otra institución.

Lic. Francisco Alexis Araujo Martínez



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	6
1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	6
1.1. Objetivos de un Call Center	7
1.2. Operaciones De Un Call Center	7
1.3. Cuantificación de desempeño de un Call Center	8
1.6. Reingeniería de Procesos	16
1.6.1. Importancia de Reingeniería	17
1.7. Los Procesos	18
1.8. Pasos para el rediseño de un proceso (Reingeniería)	24
1.10. Sistema de Gestión de Calidad	28
CAPÍTULO II	36
2. METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION	36
2.1 Técnicas de Investigación.	36
2.4 Alcance de la investigación	38
CAPÍTULO III	41
3. MARCO ANALÍTICO	41
3.1. El Instituto de Previsión Social	41
3.2. Análisis FODA	50
3.4. Flujograma actual de proceso de agendamiento	53
CAPÍTULO IV	54
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	54
4.1. Presentación de los datos estadísticos. Análisis e interpretación	54
4.2. Diagnóstico, presentación de resultados y análisis e interpretación	60
4.3. Identificación de las causas que originan los problemas a solucionar	66



CAPÍTULO V	69
5. PROPUESTA DE REINGENIERÍA	69
5.1. Aspectos Generales	69
5.2. Estructura administrativa propuesta	70
5.3. Estructura funcional propuesta	71
5.8. Estados Financieros	80
5.8.1. Presupuesto de la Operación	80
5.8.2. Presupuesto de inversiones y su financiamiento	81
5.8.3. Evaluación financiera	81
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	89



LISTA DE FIGURAS

Gráfico I. 1.1 Tipos de Procesos	21
Gráfico I. 1.2 Ciclo Deming	26
Gráfico I. 1.3 Modelo de un Sistema de Calidad Basado en Procesos	28
Gráfico I. 1.4 Sistema de Calidad	29
Gráfico I. 1.5 Utilización de las 7 herramientas de la Calidad	31
Gráfico I. 1.6 8 Principios de la Calidad	33
Gráfico III. 1.1 Organigrama del I.P.S – Gabinete de Presidencia	43
Gráfico III. 1.2 Diagrama de Proceso de Agendamiento Medico Actual	53
Gráfico IV. 1.1 Cuadro de Llamadas 06:00 - 17:59	55
Gráfico IV. 1.2 Cuadro de Llamadas 18:00 - 05:59	56
Gráfico IV. 1.3 Cuadro de Agendamiento de citas médicas	58
Gráfico IV. 1.4 Cuadro Estadístico Mensual de Agendamiento de Citas Médicas	58
Gráfico IV. 1.5 Cuadro Estadístico Anual de Agendamiento de Citas Médicas	59
Gráfico IV. 1.6 Hoja de Verificación	61



Gráfico IV. 1.7 Reporte de Reclamos	62
Gráfico IV. 1.8 Diagrama de Pareto	65
Gráfico V. 1.1 Organigrama Estructural Propuesto	73
Gráfico V. 1.2 Organigrama Estructural Funcional Propuesto	74
Gráfico V. 1.3 Diagrama de Proceso de Agendamiento Propuesto	76
Gráfico V. 1.4 Triangulo del Servicio	81



LISTA DE TABLAS

Tabla II. 1.1 Población de Asegurados I.P.S	39
Tabla II. 1.2 Población RRHH del servicio del Centro de Atención al Usuario	40
Tabla III. 1.1 Matriz FODA	50
Tabla IV. 1.1 Cuadro de Llamadas	54
Tabla IV. 1.2 Problemas Comunes Centro de Atención al Usuario	64
Tabla V. 1.1 Cuadro Horario de Habilitación de Agendam. Medico Propuesto	74
Tabla V. 1.2 Presupuesto de la Operación- Estados Financieros	80
Tabla V. 1.3 Presupuesto de Inversiones y Financiamiento	81



Tesis: Reingeniería en los Procesos del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social en busca de la Calidad y Excelencia.

Autor: Lic. Francisco Alexis Araujo Martínez.

Tutor Técnico: Prof. Magíster Julio César Balmaceda Godoy.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación surge como una de las propuestas para solucionar los problemas que se han venido presentando con relación al agendamiento de citas para la atención médica de los asegurados del Instituto de Previsión Social, a través del servicio del Centro de Atención al Usuario (Call Center) que ofrece dicha institución. El servicio se encuentra actualmente colapsado por la excesiva demanda y según los mismos asegurados, sobresale la mala calidad en el servicio brindado, quejándose de la falta de amabilidad al contestar las llamadas por parte de los operadores, como así también de los exagerados tiempos de espera para ser atendidos, lo que genera un creciente rechazo hacia la utilización del servicio. El objetivo principal de esta investigación consiste en analizar la situación actual del mencionado servicio, y a partir de los resultados obtenidos proponer una Reingeniería en los Procesos, en busca de la calidad y excelencia, influenciando positivamente en el mejoramiento de las condiciones de atención a los asegurados. La metodología aplicada es el estudio exploratorio y descriptivo, con mediciones de carácter cuantitativo y cualitativo que permiten medir la importancia y las principales características que se presentan en la calidad de los servicios de atención que brinda el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social.

La investigación de este trabajo de tesis es de tipo bibliográfica y de campo, porque presenta la recopilación de citas textuales de autores quienes mediante aportes científicos fundamentan los contenidos de la investigación, y la de campo porque se realiza en el lugar de aplicación del Instituto en mención, mediante la observación directa que permitirán la evaluación sobre los procesos actuales y el planteamiento de cómo pueden mejorarse para brindar un mejor servicio dentro de ésta.

La investigación plantea una alternativa que intenta mejorar la aplicación del Centro de Llamadas buscando una mayor eficiencia; para lo cual se diseñan propuestas de reestructuración organizacional y de procesos, que maximicen la calidad y excelencia en las condiciones de atención a sus asegurados

Palabras Claves: Reingeniería – Procesos – Implementación.



SUMMARY

This research emerges as one of the proposals to solve the problems that have been presented regarding the scheduling of appointments for medical care of the insured at the Institute of Social Welfare, through the service Customer Care Center (Call Center) offered by this institution. The service is currently collapsed due to excessive demand and according to the same insured, stands the poor quality in the service provided, complaining about the lack of kindness to answer calls by operators, as well as exaggerated timeouts for treatment, creating a growing rejection of the use of the service. The main objective of this research is to analyze the current situation of that service, and from the results propose a Process Reengineering in search of quality and excellence, positively influencing the improvement of conditions of care to policyholders. The methodology is exploratory and descriptive study with quantitative measurements and qualitative information to measure the importance and main characteristics presented in the quality of care services provided by the Customer Care Center at the Institute of Social Security.

The investigation of this thesis is bibliographical type and field, because it presents the collection of quotes from authors who, through scientific contributions based the contents of the investigation, and the country because it is done in the application site of the Institute mention, by direct observation that will allow the evaluation of current processes and how the approach can be improved to better serve within it. The research raises an alternative that seeks to improve the Call Center application seeking greater efficiency; for which proposals for organizational restructuring and process to maximize the quality and excellence in care conditions are designed to policyholders

Keywords: Reengineering – Processes – Implementation.

INTRODUCCIÓN

La idea de eficiencia económica goza de gran acogida en las sociedades actuales, incluso entre los Sectores Públicos. La eficiencia por tanto, debe ser uno de los objetivos claves en la evolución de la economía de cualquier país y lógicamente de cada uno de los sectores productivos.

El Sector Sanitario no puede separarse de este objetivo común, y al igual que otras actividades englobadas en el Sector Público de Servicios, debe intentar mantener una trayectoria similar a la de aquellos sectores donde la aplicación de nuevas tecnologías se transforme directamente en productividad y eficiencia.

El Instituto Previsión Social, encargado de la Seguridad Social del país tiene más de siete décadas de servicio y ha sido blanco de muchas críticas durante toda su existencia debido a sus ineficientes servicios brindados y especialmente en lo que respecta al área de salud. Esta situación ha conllevado a que muchos asegurados opten por hacerse atender en Centros Asistenciales de Salud del Sector Privado.

Por ello, esta Institución a partir del año 2004 se ha abocado a cambiar esta situación, al implementar y brindar un Servicio de Atención Médica eficaz y eficiente en atención al asegurado mediante el Centro de Atención al Usuario (Call Center).

Con la instauración de este nuevo sistema se trata de evitar las largas colas y las madrugadas que los asegurados sufren por conseguir un turno para lograr la atención médica en las diversas especialidades que brinda el Instituto de Previsión Social.

Este Centro de Atención al Usuario no solamente se encarga de recepcionar requerimientos de agendamientos de turnos médicos y consultas en las diversas especialidades médicas en sus distintas Unidades Sanitarias distribuidas en todo el Territorio Nacional, sino que también atiende cancelaciones de las citas Médicas, Informaciones y Reclamos en General.



Aunque la intención de la implementación de éste sea buena y se muestre el afán de mejorar un servicio que siempre ha traído inconvenientes para esta Institución, no es menos cierto que la instauración del mismo no cumple a cabalidad con su cometido, ya que se han presentado algunos inconvenientes que han sido revelados por los propios asegurados.

Las autoridades del Instituto de Previsión Social (IPS), en la búsqueda de mejorar la eficiencia han implementado un Centro de Atención al Usuario (Call Center), lo que se hubiera permitido en gran medida erradicar muchos problemas presentados en la atención médica de los asegurados en los hospitales, pero la realidad es otra, ya que se ha comprobado que no es así, de acuerdo a varios artículos publicados en los medios de comunicación que han circulado en el país y éstos han incidido en que cada vez se vuelve más complicado conseguir agendamientos médicos en las distintas especialidades que ofrece el Instituto de Previsión Social(IPS) dentro del Territorio Nacional.

En ese sentido, esta investigación permite ser una alerta de los problemas actuales, identificarlos y evaluarlos de manera que a partir de ello se puedan tomar los correctivos necesarios y poner en marcha el Plan de Reingeniería de los Procesos con el cometido de brindar y obtener un servicio de calidad y eficiencia por parte de quienes administran el servicio del Seguro Social en el país hacia los asegurados del Instituto de Previsión Social.

El Objetivo General del presente trabajo investigativo radica en realizar una propuesta de Reingeniería a los procesos del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social que impliquen un mejoramiento en la calidad del servicio recibido por los asegurados; analizando el proceso actual bajo el cual se realiza la prestación del servicio.



Atendiendo a los siguientes objetivos específicos.

- Identificar el proceso que ha implementado el Centro de Atención al Usuario para agendamiento de citas.
- Determinar los principales problemas con que se encuentran los asegurados del Instituto de Previsión Social, al utilizar el servicio del Centro de Atención al Usuario para agendamiento de citas.
- Efectuar un análisis de los procesos actuales del servicio del Centro de Atención al Usuario para agendamiento de citas médicas.
- Proponer la realización de un organigrama estructural del servicio del Centro de Atención al Usuario.
- Estructurar una propuesta de reingeniería de los procesos en busca de la calidad y excelencia, acorde a la problemática que conlleve a solucionar los problemas encontrados.

La hipótesis está basada en la implementación de una Reingeniería de procesos del Servicio del Centro de Atención al Usuario, donde se mejorará la calidad de atención y de servicios brindados a los asegurados del Instituto de Previsión Social.

De todo lo expuesto se deduce que la propuesta de Reingeniería en los Procesos establecida es una pieza clave para el mejoramiento del proceso y desarrollo del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, en donde muchas veces por negligencia administrativa se cometen errores o muchas veces por las circunstancias de los operarios; lo que les permitirá corregir los errores que en cierta medida se están cometiendo en unos casos conocidos, es decir mejorar la administración, los procesos de trabajo, la calidad en la atención y por ende el servicio en sí que presta el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social; más aún en la aplicación óptima del Call Center o Centro de llamadas.



El estudio es factible de ser aplicado en los términos planteados, porque se determinan mecanismos de mejoramiento, lo que conlleva a dar una mejor imagen y servicio a quienes lo utilizan, ya que lo que se quiere es que los asegurados tengan en este Centro de Atención al Usuario un medio de hacerse atender de una mejor manera y que la cobertura llegue a todos, es decir a los asegurados que se ubican en tanto en la capital, zona metropolitana y el área interior del país.

La investigación en sí, se considera viable y factible ya que se cuenta con todos los medios y recursos necesarios para llevarla a cabo, cuando hablamos de la rentabilidad del proyecto podemos afirmar que es positiva ya que el Instituto de Previsión Social es un Ente Autárquico con personería jurídica y patrimonio propio, donde su principal misión es la de “Garantizar la prestación de servicios del Seguro Social a sus asegurados y beneficiarios con calidad, mediante la búsqueda de la excelencia en la administración de sus recursos, contribuyendo al bienestar de la población”.

Por todo lo mencionado, se considera un trabajo investigativo novedoso que aportará a la Institución tanto como a sus asegurados y beneficiarios, lo que justifica la realización de la misma.

En el capítulo I se presenta el Marco Teórico Referencial y conceptual de la investigación. Se describen los objetivos de un Centro de Llamadas, sus operaciones, y la cuantificación de desempeño de un Centro de Llamadas.

En el capítulo II, se realiza una descripción sumaria del Proyecto, donde se exponen los objetivos, beneficiarios, justificación, tipos de investigación, el alcance de la misma, la población y muestra, las técnicas de investigación.

En el capítulo III, se menciona a la Reingeniería de Procesos, la importancia de la Reingeniería, los procesos y sus tipos de procesos, la gestión por procesos, sus principales características y los pasos para el rediseño de los procesos para la reingeniería.



En el capítulo IV, se presenta, a la Organización objeto de estudio, su estructura organizacional se realiza una descripción detallada de los aspectos más importantes de la misma como Visión, Misión Objetivos, valores y se presenta el Centro de Atención al Usuario.

Se realiza un análisis detallado de la situación a través del Análisis FODA, luego nos adentramos al Flujograma Actual, analizamos los datos estadísticos, y por último se ejecuta un análisis e interpretación de resultados.

En el capítulo V En el presente capito se realiza la presentación de los resultados, presentación de los datos estadísticos, diagnostico, Diagrama de Pareto, identificación de las causas del problema.

En el último capítulo VI, se presenta la propuesta de reingeniería, además de las modificaciones y estructuras administrativas-funcionales propuestas, que es el objetivo general de este trabajo. Por último se exponen las conclusiones y recomendaciones del autor.



CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Un Call Center o Centro de Llamadas, es una oficina en donde se reciben llamadas o se hacen las llamadas de una empresa. Los Call Centers son cada vez más populares en la sociedad de hoy, donde muchas empresas han centralizado funciones de servicio y de ayuda al cliente. (Figueroa, 2009)

Estos emplean mucho personal en servicio al cliente, ventas y funciones de ayuda. Son a menudo oficinas grandes provistas de coordinadores y jefaturas donde cada uno tiene una función específica; dependiendo del tamaño del call center, una sola oficina podría tener desde una docena a centenares de personas trabajando y dependiendo de las necesidades o rubros de la empresa, solamente se reciben llamadas, se hacen llamadas o ambas.

El Centro de Atención al Usuario implementado por el Instituto de Previsión Social es un Centro de Llamadas donde su función principal es brindar Atención Telefónica a los asegurados, es decir para llamadas entrantes, cuando se reciben las llamadas de los asociados para satisfacer las necesidades.

Un Call Center es un Centro de Llamadas con agentes especializados que el cliente utiliza para solventar una necesidad, por lo que el mismo requiere o espera un servicio cordial y respetuoso, solucionándole de manera inmediata o a corto plazo su necesidad. Un elemento importante, es el ser humano. (Figueroa, 2009)

Las personas que contestan las llamadas que un Call Center recibe, se denominan Operador(a) o Agente de Telemarketing, ya que se encargan, no solo de contestar las llamadas, sino también de asesorar y atender cualquier inquietud de los usuarios. (Figueroa, 2009)



1.1 Objetivos de un Call Center

Los Objetivos principales de un centro de llamadas pueden dividirse en dos grandes: (Figuroa, 2009)

- **Reducir Costos:** Costos del negocio, tiempo de llamada, tiempo de espera, personal, transferencia, complejidad, tiempo de aprendizaje.
- **Incrementar Ganancias:** Productividad de los agentes, satisfacción de los clientes, Incrementar Posibilidades de Negocio, retención de clientes, funcionalidad, calidad, posición competitiva.

1.2 Operaciones de un Call Center

Figuroa menciona que en el desarrollo de un Call Center participan cuatro áreas diferentes (Figuroa, 2009):

- **Comunicaciones:** Son el medio por el cual el cliente se contacta con el Call Center.
- **Infraestructura:** Donde el cambio más significativo es la integración de las comunicaciones y computación.
- **Recursos Humanos:** De su capacitación depende el éxito, teniendo siempre en cuenta que el costo del entrenamiento es siempre menos que el costo de atender mal a un cliente.
- **Soporte Técnico:** Los sistemas de soporte de los que dependerá la capacidad del operador y su efectividad.



1.3 Cuantificación de desempeño de un Call Center

Existen algunas variables usadas por los administradores de los sistemas de Call Center para cuantificar el desempeño de los mismos, y así asegurar un óptimo nivel de servicio a los clientes.

1.3.1 Los indicadores más comunes son:

El nivel de servicio (porcentaje de llamadas respondidas con respecto al total de estas en un periodo de tiempo medido en segundos), tiempo de respuesta a un requerimiento, duración promedio de la llamada, tiempo promedio de abandono, etc.

Otro aspecto a tomar en cuenta es el número de agentes con que cuenta la organización para llevar a cabo esta tarea, el cual impacta en el nivel de servicio, junto con el volumen de llamadas y la duración promedio de cada llamada. Así, si se agregan nuevos servicios o si el volumen de llamadas es estacional deberá gestionarse las mismas con la cantidad apropiada de agentes. La gestión de Call Centers presenta varios aspectos interesantes, como ser que usualmente tiene una estructura de organización simple, ya que suele requerir solo un supervisor por cada 15 a 25 puestos. (Directory, 2009)

La herramienta fundamental en la Evaluación del Desempeño, que debe ser utilizada por los centros externos de llamadas debe ser las evaluaciones uno-a-uno.

Un administrador debe evaluar cada una de las llamadas hechas, de forma sistemática para garantizar un alto nivel de calidad. Estos gerentes deben desarrollar sesiones improvisadas de capacitación, para hacer frente a errores comunes con relación al protocolo de la empresa.

En el caso del Instituto de Previsión Social, el marco referencial muestra antecedentes de un nivel alto de insatisfacción por parte de los asegurados, esto es, debido a que son atendidos con muchos retrasos y con una atención deficiente por parte de los operadores.



Se deberían estructurar cambios en el sistema de agendamientos de citas, puesto que el congestionamiento de las llamadas en horarios de habilitación es un problema actual para todos los usuarios del servicio, así también el tiempo de espera para ser atendidos por el operador/a, así también se deberá poner énfasis en lo que respecta al personal encargado de la atención de las llamadas.

El tiempo entre citas también es muy largo, lo que ocasiona muchos problemas en la oportunidad de los tratamientos.

Las opiniones de los asegurados en la investigación de campo mediante encuestas permitirán obtener información valiosa, lo que podría permitir detectar los problemas relacionados con estas variables.

Pareciera evidente que en el Instituto de Previsión Social, la demanda está superando la oferta en relación a las citas médicas. Para poder brindar un buen servicio se deben desarrollar estrategias que permitan el mejoramiento de estos procesos. (Directory, 2009)



1.4 Gestión

Según Bigoyo (2007) en su tesis "*Análisis de variables que influyen en la implementación de los Sistemas ABC/ABM*", sugiere que el entorno empresarial actual impone la necesidad de que las unidades organizativas modifiquen las gestiones de sus procesos y actividades. A su vez el perfeccionamiento empresarial busca una mayor eficiencia en las empresas para que las mismas sean reconocidas tanto en el mercado nacional como internacional.

Una nueva cultura organizativa se va alcanzando paulatinamente en las empresas, tratando de adaptarse al nuevo entorno que les rodea, con el fin de aumentar sus posibilidades de mercado. En la medida que esto ocurre en su exterior, en su interior ocurren cambios importantes con la misma velocidad, tanto en las estructuras organizativas, como en las de dirección.

Siguiendo con Bigoyo (2007), nuevas técnicas y herramientas se logran sustituir a las ya tradicionales, en aras de establecer el máximo de eficiencia en la gestión empresarial, y para ello se introducen nuevos procederes encaminados a fortalecer internamente a la organización, con respecto al entorno y a las exigencias de los clientes.

Es así que la teoría de Costo y Administración Basada en Actividades responde a muchas preguntas gerenciales que surgen de las necesidades creadas por muchas deficiencias del pasado. La idea de la medición de las actividades evalúa el porqué de esas actividades dentro de los procesos de la empresa. Las actividades a su vez son las que consumen los recursos de la empresa. Si se conoce cuáles son las actividades que consumen la mayor parte de los recursos y si las mismas son o no necesarias, se podrá contar con un modelo accionable de toma de decisiones que se describe a lo largo de la tesis. (Bigoyo 2007)



1.5 Filosofías de Gestión

1.5.1 Gestión tradicional

Federick Winslow Taylor inicio el desarrollo de la administración con su renombrado libro 'Principios de Administración Científica' en 1911. Taylor vivía obsesionado con la eficiencia en el trabajo que él decía era el resultado de conocer lo que hace exactamente cada hombre y de allí evaluar cómo se puede hacer mejor y a menor costo.

Luego vino Henry Fayol (1917) quien planteo que el trabajo de un gerente se puede dividir en planear, organizar, coordinar, dirigir y controlar. Un poco más tarde el sociólogo alemán Max Weber visualizo una organización ideal a la que llamo burocracias que tenía las siguientes características: la división del trabajo y las responsabilidades deben estar claramente definidas, las posiciones organizadas en jerarquías de autoridad y los miembros deben estar capacitados para los requerimientos de cada cargo.

Pero la pregunta realmente interesante es ¿qué tan semejante es este mundo a la realidad? ¿Siguen siendo Taylor, Fayol y Weber reyes? Por supuesto, gracias al conocimiento en gerencia, la humanidad ha dado grandes saltos pero también hemos tenido costos.

En muchos casos la creatividad ha quedado atrapada a expensas de las eficiencias, y tiende a creerse que la libertad y que la disciplina son mundos excluyentes. Aunque hay evidencia que la gerencia tradicional ha hecho los negocios dramáticamente más eficientes, existen pocas muestras de haberlos hecho más éticos y humanos.

Además debemos preguntarnos estamos plenamente satisfechos con la situación actual? Hombres y mujeres tienen más ingresos, más trabajos, pero menos tiempo en familia y menos felicidad. Estadísticas muestran que el 85% de la gente no se siente plenamente identificada con sus trabajos. (Bigoyo 2007)



Siguiendo con Payer S., Lacerda R. (2002), si la gerencia de Taylor y las jerarquías de Weber, fueron útiles para el siglo XX, las cosas están cambiando de precio. Vivimos en un mundo de consumidores hiperinformados, donde las barreras para la entrada de competidores locales y externos se han desvanecido, la parábola del éxito en las empresas cada vez se hace más corta y tenemos preocupaciones serias en la parte medioambiental, tan solo por mencionar algunos de los nuevos desafíos del siglo 21. No nos hemos dado cuenta, pero el mundo evoluciona mucho más rápido que la gerencia es tiempo entonces de dejar el letargo de la gerencia actual y proponer una estrategia para un management del futuro más creativo, apasionante y humano. (Bigoyo 2007)

1.5.2 La Gestión Basada en Actividades (ABM)

Según dice Contreras (2006) en su tesis “*La administración basada en las actividades*” lo que se pretendía con el desarrollo de la estimación de costos por actividades durante la segunda mitad de los años 80 era conseguir información más precisa de costos del producto, pronto quedó demostrado que el potencial de este enfoque iba mucho más allá de este limitado objetivo. Estudios de casos han sido emprendidos para representar las mejoras que podrían lograrse. En otras palabras, la investigación entró en una segunda fase, en la que se conoció como Gestión Basada en las Actividades (ABM).

Así pues, surgieron otros usos del sistema, quizás, incluso, mucho más importantes para la gestión de costos. El ABM busca ahora centrar la gestión de las actividades indirectas, en varios niveles más allá de la producción / actividad directa, para mejorar el valor recibido por el cliente y el beneficio alcanzado que proporciona este valor (Turney, 1991). De este modo, las empresas pueden encontrar valor en la información que genera el sistema para la toma de decisiones y, en consecuencia, considerarla de acuerdo a sus objetivos y estrategias. Sin embargo, el ABM sigue utilizando el ABC como su mayor fuente de datos. En consecuencia, en lo sucesivo, se hará alusión al término ABC / ABM para precisar tanto la metodología de cálculo



de costos de las actividades como a la gestión de las mismas, pues se considera, según la literatura consultada, como un proceso integral y no aislado.

En una versión inicial del ABC / ABM, Johnson argumentó que las empresas deberían manejar actividades y no costos como tal (Johnson,1988). Sostenía que la información basada por actividad concentraría la atención de los gerentes en las causas subyacentes (inductores) de costos y beneficios; a diferencia de los distantes, y frecuentemente distorsionados ecos financieros de esas causas que aparecen en los informes tradicionales sobre costos y rendimientos (Johnson,1988).

De acuerdo con estos planteamientos, está claro que los costos, por sí solos, no son una fuente de valor competitivo, puesto que, sólo las actividades tienen el poder de agregar valor.

Afirma Tiburski (2002) en su tesis “*Desenvolvimiento de un sistema de costo basado en actividades*” que la gerencia debe buscar controlar y eliminar el derroche de esfuerzos, es decir, aquellas actividades que no agregan valor. De hecho, la identificación de los inductores de derroches en la gestión de las actividades operativas y el diseño de indicadores que reflejen el éxito de una empresa en la eliminación de sus causas (Johnson, 1988), constituye una tarea sin fin, y representa el camino para alcanzar ese objetivo enigmático de los directivos japoneses que es la mejora continua o kaizen (IMAI, 1990) . La presencia de alguna actividad carente de valor limita la capacidad de la empresa en la consecución de ser lo más competitiva posible.

En este contexto, afirma Berninzon (2004) en su tesis “*Implementación de un Sistema de Costos Basado en Actividades en un Ambiente Industrial*” surge un problema sobre el sistema ABC / ABM: el grado en que las cuestiones contextuales se reconocen como una dificultad en la puesta en práctica, por ejemplo culturales y que están a simple vista. En la mayoría de la literatura de investigación, hasta donde proporcionan casos ilustrados de la puesta en práctica del nuevo sistema, consecuencias generales, específicas o conductuales y de organización pocas veces



son reflejados como una cuestión significativa. Por consiguiente, ciertos factores de esta naturaleza, pueden afectar el éxito o fracaso de una innovación potencialmente radical como la que esto representa. Hasta ahora poco se ha investigado sobre el tema, y podrían causar ciertas reacciones en la organización, como veremos más adelante, cuando se haga referencia a ello. . (Berninzon 2004)

El ABM permite que las actividades relacionadas con el cliente sean aplicadas a cada flujo cliente/producto. Actividades tales como el procesamiento de pedidos, embarque, preparación de lotes, cobertura de inventarios y rotación de existencias pueden ser aplicadas a varios grupos de clientes y productos con el fin de determinar sus costos reales. El usar estas aplicaciones puede generar un estado de pérdidas y ganancias real para resaltar la rentabilidad relativa de varios grupos de clientes y de canales de distribución. (Berninzon 2004)

El resultado es claro indicativo del costo de servir a varios clientes. El análisis ABM ayuda a proporcionar mejor información sobre la relación entre el precio neto del cliente y el costo del servicio asociado. (Berninzon 2004)

1.5.3 Conceptos básicos de ABM

La “Aplicación del Método de Costo Basado en Actividades”, distingue los conceptos básicos: (Berninzon 2004)

1.5.3.1 Actividades

Es cualquier trabajo desarrollado dentro de una organización. Son las que consumen los recursos. Por ejemplo, una actividad en un supermercado es el cobro en las cajas registradoras a los clientes; en una empresa manufacturera el ensamble de productos terminados; en una aerolínea, el registro inicial de los pasajeros.

Todas las empresas tienen diferentes tipos de actividades a las cuales asignan recursos para poder obtener como resultado un producto, ya sea un bien o un servicio, que es el objetivo final para el cual se utilizaron esos recursos.



El análisis de las actividades permite descomponer a una empresa compleja en actividades elementales de manera que sea más sencillo identificar los objetivos específicos de cada una de ellas y los recursos en ellas empleados. Las actividades que debe definir una empresa son aquellas que son relevantes, que ayudan a tener un mejor entendimiento del negocio. No necesariamente el identificar mis actividades hará cumplir mejor los objetivos del ABC, ABM y del negocio en general.

1.5.3.2 Procesos

Son grupos de actividades que están vinculadas para lograr objetivos específicos. Regularmente, una sola actividad por si sola no cumple ningún objetivo específico, sino que deben realizarse varias actividades para completar un proceso.

Las organizaciones, dependiendo de su línea de negocios deben poder definir cuáles son sus procesos clave. . (Berninzon 2004)

1.5.3.3 Recursos

Los recursos son gente, equipo, tempo, suministros, materiales, tecnología y otros ítems usados por las personas o grupos de trabajo para llevar a cabo sus actividades. . (Berninzon 2004)

1.5.3.4 Objetos de costo

El objeto de costo es para lo cual o para quien se hace el trabajo. Es decir, la razón por la cual existen actividades que emplean recursos de la organización. Los objetos de costo pueden ser internos o externos.

Los objetos de costo internos son productos internos utilizados por la misma empresa para desembocar posteriormente e productos externos. (Berninzon 2004)



1.5.3.5 Productos

Es cualquier bien o servicio que la empresa vende en el mercado. Son los objetos de costo finales que son suministrados a los clientes y que generan los ingresos. (Berninzon 2004)

1.5.3.6 Inductores de costos

Es un factor importante para medir como un costo es incurrido y como imputar mejor ese costo a las actividades o a los productos. De esta forma se puede saber con exactitud en donde van los costos. . (Berninzon 2004)

1.5.3.7 Generadores de costos

Son todas aquellas razones por las cuales se causa trabajo. Existen generadores de costo positivos y negativos dependiendo si están impulsados en aumento de calidad y número de clientes o si están basados en errores administrativos, tecnológicos, de insumos, maquinaria o de recursos humanos. . (Berninzon 2004)

1.5.3.8 Medidas de desempeño

Son indicadores que explican que tan bien se hace el trabajo de una forma cuantificable en términos de tiempo, costos y calidad. De esta forma las empresas pueden trazarse objetivos y medirse posteriormente o bien medirse contra otras prácticas. (Berninzon 2004)

1.6 Reingeniería de Procesos

Ante un nuevo contexto, surgen nuevas modalidades de Administración, entre ellas está la Reingeniería, fundamentada en la premisa de que no son los productos, sino los procesos que los crean los que llevan a las empresas al éxito a la larga.

La Reingeniería de Procesos se considera como una herramienta de Gestión, sus pensadores fueron Hammer y Champy, citado por Mora F.Schupnik (2008), los



cuales definen a la Reingeniería como “la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez”. (Mora F.Schupnik, 2008)

La Reingeniería constituye una recreación y reconfiguración de las actividades y procesos de la empresa, lo cual implica volver a crear y configurar de manera radical él o los sistemas de la organización a los efectos de lograr incrementos significativos, y en un corto período de tiempo, en materia de rentabilidad, productividad, tiempo de respuesta, y calidad, lo cual implica la obtención de ventajas competitivas.

1.6.1 Importancia de reingeniería

Al hablar de reingeniería de procesos en los Servicios de Salud, se da a entender como parte del proceso de simplificación administrativa y operativa, en busca de la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión. En tal sentido, la Reingeniería es una herramienta organizacional que se utiliza para analizar los flujos de procesos, a fin de poder optimizar los flujos de trabajo y servicio de la organización. (Medina J & Sotomayor , 2013).

En la gestión de las Instituciones Públicas y Privadas se busca constantemente la optimización de los procedimientos administrativos para lo cual se utiliza constantemente la reingeniería de procesos, el objetivo es brindar mejores servicios públicos al ciudadano, se busca alcanzar mejoras en medidas de rendimiento, tales como calidad, costos, y rapidez.

Este objetivo se logra en base a una intensificación de la capacitación, la contribución de los directivos, los trabajadores y la organización misma como un todo unificado para hacer frente a un entorno cada vez más competitivo, tanto en la prestación de servicios como el de la salud. Para lo cual en el proceso de Reingeniería se establecen metas de cumplimiento y de gestión.



Cabe señalar, que uno de los obstáculos que se presentan en los procesos de reingeniería es la resistencia al cambio, la cual muchas veces es producida por la existencia de algunos paradigmas o mitos, los mismos que tiene que ser enfrentados mediante la concientización del logro de objetivos institucionales los cuales deben ser comunicados a los participantes del citado proceso.

Al decir de Schuldt & Navarro, (2008) la reingeniería persigue definir criterios de simplificación y optimización que permiten alcanzar las metas del cambio: Racionalizar las operaciones, reducir los costos, mejorar la calidad, aumentar los ingresos y mejorar la orientación hacia los clientes.

1.7 Los procesos

Los procesos en un negocio están definidos como un conjunto de actividades que recibe uno o más insumos para crear un producto o servicio.

El objetivo de cualquier proceso es satisfacer con éxito a los clientes y sus necesidades. Para lograrlo, es preciso obtener una retroalimentación continua de los rendimientos. Otro objetivo es entregar rendimiento mejor, más rápido y más barato que la competencia.

Según el aporte conceptual de algunos autores citado e Medina y Sotomayor como: Harrington (2007) indica: *“Cualquier actividad o grupo de actividades que emplee un insumo, le agregue valor a éste y suministre un producto a un cliente externo o interno”*. Los procesos utilizan los recursos de una organización para suministrar resultados definitivos. (Medina J & Sotomayor , 2013)

Agudelo (2008) también indica que: *“Proceso es un conjunto de actividades secuenciales o paralelas que ejecuta un productor, sobre un insumo, le agrega valor a este y suministra un producto o servicio para un cliente externo o interno”* (Extraído de Medina J & Sotomayor , 2013)



De todo lo referenciado se puede concluir que se denomina proceso al conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente. Este concepto implica que dentro de cada proceso confluyen una o varias tareas. Dichas tareas individuales dentro de cada proceso son importantes, pero ninguna de ellas tiene importancia para el cliente si el proceso global no funciona. Por tanto las organizaciones deben mentalizarse de que la importancia de las tareas, objeto de estudio en la mayor parte de las empresas, se encuentra condicionada por la visión de conjunto que implica el proceso.

Otra definición equivalente de proceso de negocio es la del profesor Michael Kutschker, *“una ordenación específica de actividades, a lo largo del tiempo y el espacio, con un principio y un fin y con unas entradas y salidas”*.

La norma internacional ISO-9001 ISO (2000); define un proceso como *“una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados”* (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008).

1.7.1 Clasificación de procesos

En cuanto a los procesos generalmente pueden ser clasificados en función de varios criterios. Pero quizá la clasificación de los procesos más habitual en la práctica empresarial es distinguir entre: estratégicos, claves o de apoyo. ” (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008).

- **Los procesos clave:** son también denominados operativos y son propios de la actividad de la empresa, por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.
- **Los procesos estratégicos:** son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.



- **Los procesos de apoyo, o de soporte:** son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo, tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.
- **También, se pueden distinguir entre procesos clave y procesos críticos:** en general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo. (Maldonado, 2015)

1.7.2 Gestión de procesos

Según Maldonado (2015), la gestión de procesos es el empleo de técnicas sistemáticas para lograr avances importantes en el desempeño de las organizaciones. Su enfoque está orientado a la eliminación de burocracia e improductividades.

Los objetivos principales son:

- Mejorar permanentemente los procesos de trabajo.
- Facilitar que los clientes internos y externos reciban productos o servicios de calidad excepcional.

1.7.3 Tipos de procesos

Cuando ya se han identificado todos los grandes procesos de la organización, éstos se representan en un mapa de procesos. Se debe considerar que la clasificación de los procesos de una organización en estratégicos, operativos y de soporte, vendrá determinada por la misión de la organización, su visión, su política, etc. Así por ejemplo un proceso en una organización puede ser operativo, mientras que el mismo proceso en otra organización puede ser de soporte. (Calidad, C.-G. d. 2011).

Gráfico I. 1.1 Tipos de Procesos.



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).

1.7.3.1 Procesos Estratégicos:

Son procesos destinados a definir y controlar las metas de la organización, sus políticas y estrategias.

Los procesos estratégicos permiten llevar adelante la organización y están en relación muy directa con la Misión/Visión de la misma, involucrando al personal de primer nivel.

Afectan a la organización en su totalidad.

Ejemplos:

- Comunicación interna/externa,
- Planificación,
- Formulación estratégica,
- Seguimiento de resultados,



- Reconocimiento y recompensa,
- Proceso de calidad total, etc.

1.7.3.2 Procesos Operativos:

Son procesos que permiten generar el producto/servicio que se entrega al cliente, por lo que inciden directamente en la satisfacción del cliente final. Generalmente atraviesan muchas funciones. Son procesos que valoran los clientes y los accionistas. Ejemplos: Desarrollo del producto, fidelización de clientes, Producción, Logística integral, Atención al cliente, etc. (Maldonado, 2015)

Los procesos de soporte apoyan los procesos operativos. Sus clientes son internos. Ejemplos: Control de calidad, Selección de personal, Formación del personal, Compras, Sistemas de información, etc. Los procesos de soporte también reciben el nombre de procesos de apoyo.

1.7.3 Características de los procesos

Entre las características relevantes de los procesos básicos se anotan los siguientes: (Maldonado, 2015)

- Transforma las entradas en salidas mediante recursos que van agregando valor en su desarrollo.
- Cumple una función y es dinámico en el tiempo.
- Su finalidad o consecución está determinada por su resultado.
- Los procesos contienen un componente social que le conlleva interactuar con otros procesos, el cual es análogo al comportamiento del ser humano.
- Los procesos deben su accionar a satisfacer necesidades de los distintos clientes (internos y externos).



A partir de los requisitos que todo proceso de Reingeniería debe reunir para alcanzar reducciones de costos, mejoras de la calidad y del servicio al cliente, se puede determinar las características comunes en dichos procesos: (Maldonado, 2015)

- 1. Unificación de tareas:** Unificación de varias tareas en un equipo y como consecuencia se logra una reducción de plazos, al eliminarse supervisiones, a la vez que se mejora la calidad, al evitarse errores.
- 2. Participación de los trabajadores en la toma de decisiones:** Los propios trabajadores toman las decisiones y asumen las responsabilidades relacionadas con su trabajo. Contribuyendo a que cada empleado sea su propio jefe. Para que esto se pueda llevar a cabo son necesarios el esfuerzo, el apoyo, la disciplina, la confianza, la flexibilidad y la capacidad de adaptación.
- 3. Cambio del orden secuencial por el natural en los procesos:** La finalidad perseguida por esta nueva forma de trabajar es la de ahorrar tiempo y lograr la mayor reducción posible en los plazos.
- 4. Realización de diferentes versiones de un mismo producto:** Se pretende dar fin a la estandarización y conseguir una mayor adaptación de dicho producto a las necesidades y gustos del cliente.
- 5. Reducción de las comprobaciones y controles:** Se trata de establecer un plan de evaluación y control que contemple solamente los controles que tienen sentido económico. Actuando de esta manera se agiliza y flexibiliza la estructura organizativa.
- 6. Papel protagonista del responsable del proceso:** En su figura recae la función de ejercer como único punto de contacto, lo cual permite un trato más eficiente.
- 7. Operaciones híbridas:** Las operaciones en todo proceso de Reingeniería de Procesos gozan de una naturaleza dual.



Cabe recalcar que el alcance que pretende una empresa con la implementación de la Reingeniería de Procesos está basado en la búsqueda de la Calidad Total organizacional.

1.8 Pasos para el rediseño de un proceso (Reingeniería)

- 1. Elegir el Proceso a Rediseñar:** Para ello tener en cuenta los factores críticos de éxito de la Organización o área a la que pertenece el proceso. Es decir, se trata de identificar aquel proceso cuya mejora (debido a su desempeño actual) afectara de manera significativa la performance del área o de la empresa.

- 2. Identificar los Resultados Deseados (requeridos) para ese Proceso:** El grupo que trabaje para la reingeniería del proceso debe responder la siguiente pregunta: ¿Qué debería suceder para que estemos de acuerdo en el que el proceso está funcionando de manera óptima? Se trata de hacerse una imagen mental del resultado que se pretende alcanzar: ¿Es éste el resultado que queremos crear? Consensuar con los directamente involucrados del proceso, si será clave para el éxito de la reingeniería.

- 3. Relevar Situación Actual:** Recolectar la mayor cantidad de evidencia objetiva (datos) e indicadores que proporcionen una imagen clara del desempeño actual del proceso.

- 4. Escribir un Diagrama de Flujo del Proceso Actual:** Paso a paso, sin omitir nada importante, hacer el Flujograma de cómo funciona el proceso actual.

- 5. Rediseñar el Proceso:** Una vez que se tiene la situación actual de cómo opera el proceso, se trata de contrastarla con la condición requerida a fin de identificar los GAPS (brechas) que pudieran presentarse. Es en esta etapa donde conviene preguntarse por qué las cosas se hacen de esa forma y si existe alguna forma más efectiva de hacerlas.



- 6. Identificar las Variables Críticas de Proceso y los Puntos de Control:** Rediseñando el proceso se trata de Identificar aquellos “pocos vitales” que son el alma del proceso y se sabe que, si están bajo control, hay muchas probabilidades de que todo salga bien.
- 7. Asignar Responsabilidades:** Es el momento de clarificar explícitamente las responsabilidades en torno a la ejecución (Implementación) correcta del proceso. Se trata de poner por escrito Quien es responsable de Qué y Cuándo.
- 8. Elegir Indicadores de Gestión:** Seguramente aparecieron varios puntos de control asociados con variables críticas del proceso. De entre ellos conviene elegir alguno que sirva como Indicador de Gestión para alimentar el Tablero de Comando de la Gerencia y mediante el cual se chequeará regularmente la performance del sector en estudio.
- 9. Escribir Procedimiento:** En caso de ser necesario y a los fines no de burocratizar, sino de clarificar la Implementación y facilitar la transmisión horizontal de conocimientos, convendrá poner por escrito un procedimiento que refleje la forma en la que el proceso comenzará a desarrollarse. Una vez escrito y siguiendo lo sugerido por la Norma ISO 9001, se procede a informar a los directamente involucrados.
- 10. Implementar y Evaluar:** Una vez completado los pasos anteriores, es el momento de poner en marcha la nueva forma de trabajo. Pero ese no es el último paso. El Grupo debe acordar el plazo adecuado de seguimiento para volver a evaluar la efectividad de las decisiones tomadas respecto al proceso. Un plazo adecuado puede ser de 30 (treinta) días, para que se junte suficiente evidencia del desempeño del proceso como para poder chequear su efectividad. (Maldonado, 2015)

1.9 Metodología PHVA

El Ciclo Deming, o Ciclo PDSA, es un modelo para el mejoramiento continuo de la calidad. Consiste en una secuencia lógica de cuatro pasos repetidos para el mejoramiento y aprendizaje continuo: Plan, Do, Study (Check) And Act (Planifica), Ejecuta, Estudia (revisa) y Actúa.

Gráfico I. 1.2 Ciclo Deming.



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).

El ciclo del PDCA también se conoce como el Ciclo Deming, o como la rueda de Deming o como el espiral del mejoramiento continuo. Originado en los años 20 con el inminente estadístico Walter A. Shewhart, quien introdujo el concepto del plan, ejecuta y ve. Deming modificó el ciclo de Shewhart hacia: PLANIFICA, EJECUTA, ESTUDIA y ACTÚA. El Deming Cycle se relaciona con el pensamiento del pensamiento Kaizen y la producción Justo a tiempo



- **Planificar:** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
- **Hacer:** Implementar los procesos.
- **Verificar:** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
- **Actuar:** Formar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

1.10 Sistema de Gestión de Calidad

Un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) no es más que una serie de actividades coordinadas que se llevan a cabo sobre un conjunto de elementos para lograr la calidad de los productos o servicios que se ofrecen al cliente, es decir, es planear, controlar y mejorar aquellos elementos de una organización que influyen en el cumplimiento de los requisitos del cliente y en el logro de la satisfacción del mismo. (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008)

Las nuevas Normas ISO 9000:2000 promueven la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora un sistema de gestión de la calidad (SGC). El enfoque basado en procesos está reflejado en la estructura de la Norma ISO 9004:2000 Sistemas de gestión de la calidad. Directrices para la mejora del desempeño, y también en la Norma ISO 9001:2000 Sistemas de gestión de la calidad.

Las interacciones entre los procesos de una organización frecuentemente pueden ser complejas, resultando en una red de procesos interdependientes. La entrada y salida de estos procesos frecuentemente pueden estar relacionados tanto con los clientes externos como con los internos. En la Figura 6 se muestra un ejemplo de una red de procesos que interactúan. El modelo de la red de procesos

ilustra que los clientes juegan un papel significativo en la definición de requisitos como elementos de entrada. La retroalimentación de la satisfacción o insatisfacción del cliente por los resultados del proceso es un elemento de entrada esencial para el proceso de mejora continua del SGC.

Gráfico I. 1.3: Modelo de un Sistema de Calidad basado en Procesos.



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).

1.10.1 Aspectos claves de un sistema de Calidad

Estos sistemas de control de calidad, son la plataforma necesaria para que la empresa pueda subir a un nivel profesional, constituyendo protocolos que contemplen la forma de procesar diferentes situaciones que acontecen durante el la producción o el proceso productivo o si se trata de una empresa que ofrece servicios, la forma de enfocar el trato con el cliente.

Los puntos claves para poner en marcha un sistema de calidad:

1. Cumplimiento de Requisitos.
2. Definición de un Método de Trabajo.
3. Ejecución de un Método de Trabajo.
4. Medir los Resultados.
5. Actuar basándose en los Resultados.

Gráfico I. 1.4 Sistema de Calidad

Sistema de Calidad



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).

1.10.2 Las 7 herramientas básicas de la Calidad

Las siete herramientas básicas de calidad es una denominación dada a un conjunto fijo de técnicas gráficas identificadas como las más útiles en la solución de problemas relacionados con la calidad. Se llaman básicas porque son adecuadas para personas con poca formación en materia de estadísticas, también pueden ser utilizados para resolver la gran mayoría de las cuestiones relacionadas con la calidad. Han sido ampliamente adoptadas en las actividades de mejora de la Calidad y utilizadas como soporte para el análisis y solución de problemas operativos en los más distintos contextos de una organización, ellas son; (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008)

1.10.2.1 Hoja de control (Hoja de recogida de datos)

La Hoja de Control u hoja de recogida de datos, también llamada de Registro, sirve para reunir y clasificar las informaciones según determinadas categorías, mediante la anotación y registro de sus frecuencias bajo la forma de datos. Una vez



que se ha establecido el fenómeno que se requiere estudiar e identificadas las categorías que los caracterizan, se registran estas en una hoja, indicando la frecuencia de observación. Lo esencial de los datos es que el propósito este claro y que los datos reflejen la verdad. Estas hojas de recopilación tienen muchas funciones, pero la principal es hacer fácil la recopilación de datos y realizarla de forma que puedan ser usadas fácilmente y analizarlos automáticamente.

1.10.2.2 Histograma.

Es la presentación de una serie de datos clasificados y ordenados en forma de grafica de barras.

1.10.2.3 Diagrama de Pareto.

Es una herramienta que se utiliza para priorizar los problemas o las causas que los generan. Se basada en el conocido principio de Pareto, esta es una herramienta que es posible identificar lo poco vital dentro de lo mucho que podría ser trivial.

1.10.2.4 Diagrama de causa efecto.

Diagrama de Causa y Efecto. Mundialmente conocido como diagrama de Ishikawa o de pescado por representar el esqueleto de un pescado; una herramienta muy útil en área de Calidad inventado en el Japón después de la segunda guerra mundial para el levantamiento de sus industrias.

1.10.2.5 Estratificación (Análisis por Estratificación).

Es la Clasificación de la información recopilada sobre una característica de calidad. Determina por orden de importancia, para mejorar algún termino de Calidad.

1.10.2.6 Diagrama de Dispersión.

Es el estudio de 2 Variables, a esto se le llama diagrama de dispersión, para comprender la relación entre estas y estudiar la variación de un proceso y determinar a qué obedece esta variación utilizando una gráfica.

1.10.2.7 Gráfica de control.

Es para conocer si un proceso está bajo control, dando información del estado del proceso y si es estable. Con una premisa simple, si la campana es abierta, no está controlado, si la campana es cerrada el proceso se encuentra controlado.

Gráfico I. 1.5 Utilización de las 7 Herramientas de la Calidad.



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).

1.10.3 Manuales de Calidad

El Manual de Calidad de una organización, es un documento donde se especifican la misión y visión de una empresa con respecto a la calidad así como la política de la calidad y los objetivos que apuntan al cumplimiento de dicha política. El Manual de Calidad expone además la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad y es un documento público, si la empresa lo desea, cosa que no ocurre con los manuales de procedimientos o de instrucciones. (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008)

El Manual de Calidad entendido como tal, únicamente es de obligada realización en la implantación de la norma ISO 9001, en el cual se recoge la gestión de la empresa, el compromiso de éste hacia la calidad, la gestión de recursos humanos y materiales. Ha de ser un documento público frente a clientes y



proveedores, con una extensión preferiblemente no superior a las 20 páginas y se suele redactar al final de la implantación una vez documentados los procedimientos que la norma exige. (ISSO, Sistemas de Gestión de la Calidad, 2008)

El Manual de la Calidad es un documento donde se menciona con claridad lo que hace la organización para alcanzar la calidad mediante la adopción del correspondiente sistema de Gestión de la Calidad.

El Manual de la calidad ha de proporcionar información acerca del SGC de la organización y ha de especificar:

- El alcance del SGC (incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión).
- Los procedimientos documentados establecidos para el SGC (o referencia a los mismos).
- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC de la organización.

Además, también puede incluir:

- Las actividades de la organización.
- Las características principales del SGC.
- La política de calidad y los objetivos a ella asociados.
- Declaraciones relativas a responsabilidad o autoridad.
- Una descripción de la organización (por ejemplo, un organigrama).
- Cómo funciona la documentación y dónde debe dirigirse el personal para encontrar los procedimientos acerca de cómo hacer las cosas.
- Una definición de los términos que tengan un significado singular para la organización.

El Manual de calidad puede utilizarse para facilitar una panorámica general o “mapa del SGC”. Su formato y la estructura son decisión de la organización y dependerán de su tamaño, cultura y complejidad. Además, algunas organizaciones pueden elegir utilizarlo para otros propósitos (por ejemplo, fines comerciales). En definitiva, debería ser un verdadero documento de trabajo.

1.10.4 Principios de la Calidad

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas.

Gráfico I. 1.6 8 Principios de la Calidad.



Fuente: Extraído de Calidad, C.-G. d. (2011).



La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño. (Tomado de la ISO 9000:2005, Sistema de Gestión de la Calidad-Fundamentos y Vocabulario.)

1.10.4.1 Enfoque al Cliente:

Las organizaciones dependen de sus clientes y, por lo tanto, deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

1.10.4.2 Liderazgo:

Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

1.10.4.3 Participación del Personal:

El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización, y su total compromiso posibilita que sus actividades sean usadas para el beneficio de la organización.

1.10.4.4 Basado en Procesos:

Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.



1.10.4.5 Enfoque de Sistema para la Gestión:

Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

1.10.4.6 Mejora Continua:

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

1.10.4.7 Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:

Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

1.10.4.8 Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:

Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

En el contexto económico actual, donde se destaca la gran competitividad y globalización de los mercados, los modelos de calidad han evolucionado hacia la consecución de la excelencia en la gestión.



CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA Y TÉCNICAS EMPLEADAS

2.1 Técnicas de investigación

Según Sampieri, define la técnica de recolección de información como: el método de recolección de datos de información pertinente, sobre las variables involucradas en la investigación.

2.1.1 Modalidad Documental:

Utiliza técnicas precisas de la Documentación existente, que directa o indirectamente aporte la información necesaria para el desarrollo del tema. La utilización de documentaciones como manual de procedimientos, organigrama e informaciones en general; con los cuales se pretende recolectar, seleccionar, analizar y presentar resultados coherentes.

2.1.2 Modalidad de Campo

En la presente investigación se utilizarán como instrumentos los informes estadísticos de gestión proporcionados por el servicio del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, la recolección de datos a través de las herramientas de la calidad y la observación directa de los procedimientos actuales.

2.2 Tipo y nivel de investigación.

Durante los últimos años a nivel nacional el sector de la salud se encuentra sumergido en continuos cambios y reestructuraciones organizacionales, debido a las grandes presiones políticas y el cambio en la sociedad, a través de estos numerosos problemas de salud y de la gran deficiencia en el servicio entregado a nivel público y privado, llegando entonces a los límites de que la calidad solo se encuentra en



instituciones de salud de los altos niveles y seccionando su accesibilidad a los menos privilegiados, cuando en realidad este servicio debe ser de calidad y eficiencia, independientemente del nivel del centro hospitalario y condición económica y social del paciente.

Es allí donde surge el presente problema de investigación, por lo tanto se ha diseñado una metodología adecuada e incorporar la reingeniería como una alternativa al mejoramiento de la calidad del servicio del Centro de Atención al Usuario en la Institución mencionada.

Para la ejecución del presente trabajo investigativo se deben considerar algunos aspectos metodológicos, que su utilidad es imprescindible para realizar y llevar a cabo el trabajo de investigación.

Se caracteriza por ser un estudio exploratorio y descriptivo, es exploratorio porque necesita la búsqueda de documentos que garanticen la estructura organizacional y funcional del servicio y de los procesos actuales. En forma descriptiva y con mediciones de carácter cuantitativo y cualitativo que permiten medir la importancia y las principales características que se presentan en la calidad de los servicios de atención que brinda el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social.

Además la investigación es de tipo bibliográfica y de campo, porque se necesita la recopilación de autores quienes mediante aportaciones científicas fundamentan los contenidos de la investigación, y la de campo es porque se realiza en el lugar de aplicación del Instituto en mención, mediante la observación directa que permitirán la evaluación sobre los procesos actuales y el planteamiento de cómo pueden mejorarse para brindar un mejor servicio dentro de ésta.

La metodología cualitativa y cuantitativa es necesaria para analizar el problema planteado en la investigación, para evaluar y cuantificar las afectaciones de los procesos que se llevan a cabo actualmente dentro del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, con la finalidad de obtener resultados que



cumplan con los objetivos de medición de los índices de prevalencia de la calidad en la atención y prestación de los servicios a nivel Institucional.

2.3 Beneficiarios del proyecto

Los beneficiarios directos de esta investigación son los asegurados del Instituto de Previsión Social un total de **1.307.936** beneficiarios de los servicios prestados por la Institución, en cierta son beneficiarios los empleados y en cierta medida las autoridades de la Institución en el sentido de mejorar una situación tan venida a menos en los últimos años.

2.4 Alcance de la investigación.

La presente investigación permitirá brindar aportes sobre la influencia del Centro de Atención al Usuario en la atención a los asegurados del Instituto de Previsión Social y el diseño para la implementación de la Reingeniería de los Procesos en busca de un servicio ajustado a la calidad y excelencia en la prestación del servicio a sus asegurados.

Alcance Social: El tema abordado tiene su alcance social por cuanto el mismo trata de contrastar un problema que incluye tanto a los asegurados del Instituto de Previsión Social como a las autoridades en general de esta Institución, relacionado a la implementación de la Reingeniería del servicio del Centro de Atención al Usuario como medida de mejoramiento de las condiciones de atención de sus asegurados, para que tomen las medidas correctivas necesarias si así lo estimasen conveniente.

Alcance Físico: Tienen inclusión en el presente trabajo los asegurados aportantes del seguro social obligatorio del Instituto de Previsión Social y sus correspondientes beneficiarios, que tiene validez dentro del territorio Nacional.

Beneficios: Los beneficios del presente trabajo de investigación redundará a favor de los Asegurados del Instituto de Previsión Social, del servicio del Centro de



Atención al Usuario y de la Institución en el sentido de mejorar una situación tan venida a menos los últimos años.

2.5 Población y Muestra

Una población se precisa como un conjunto finito o infinito de persona u objetos que presentan características comunes y una muestra es una representación significativa de las características de una población, en base a estos conceptos damos paso a nuestro análisis.

2.5.1 Población

Constituye el universo del objeto de la investigación, en este caso del personal administrativo del servicio del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, así como de los asegurados que requieren los servicios de la misma dentro del territorio Nacional.

Tabla II. 1.1 Población de Asegurados Instituto de Previsión Social.

Regimen	Cotizantes	Beneficiarios
Régimen Especial.	167.369	196.366
Régimen General.	482.271	436.315
Régimen Magisterio Jubilado (MEC)	17.753	7.862
Total	667.393	640.543
Total General		1.307.936

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Autor.



Tabla II. 1.2 Población Recursos Humanos del Centro de Atención al Usuario.

Centro de atención al usuario	Cantidad
Jefe Departamento.	1
Personal Administrativo.	3
Soporte Técnico.	3
Monitoreo y Control.	2
Supervisores.	10
Operadores.	101
Total RRHH	120

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Autor.

2.5.2 Muestra

Es una parte del universo (población), la cual debe tener las mismas características del universo en su totalidad ya que es representativa de este y se utiliza cuando no es conveniente considerar a todos los elementos que lo componen.

En éste caso se utiliza la hoja de verificación que es una de las herramientas básicas de la calidad, la muestra se realizan al azar, a través de preguntas a los usuarios del servicio del Call Center, se logra reunir los datos basados en la observación del comportamiento de un proceso con el fin de detectar las tendencias.



CAPÍTULO III

3. MARCO ANALÍTICO

3.1 El Instituto de Previsión Social

3.1.1 Descripción de la organización

El Instituto de Previsión Social fue creado por Decreto-Ley N° 17.071 del 18 de Febrero de 1.943 y está encargado de administrar el Seguro Social en nuestro país. Posteriormente fue promulgado el Decreto-Ley N° 1.860 del 1° de Diciembre de 1.950, por el cual fue modificado el Decreto-Ley que le dio origen, siendo ampliado sus servicios a los Asegurados.

La Ley N° 375 del 27 de Agosto de 1956 aprueba el Decreto-Ley N° 1860. La Ley N° 98/92 que establece el régimen unificado de jubilaciones y pensiones y modifica las disposiciones del Decreto Ley N° 1.860, aprobado por la Ley N° 375/56 y las leyes complementarias N° 537 de fecha 20 de setiembre de 1958 y 1286 de fecha 4 de diciembre de 1987.

El Instituto de Previsión Social es un ente autárquico con personería jurídica y patrimonio propio, regido por leyes y decretos del Poder Ejecutivo y por los reglamentos que dicte la propia Institución. Es el máximo organismo del Seguro Social obligatorio en el Paraguay.

La dirección y administración están a cargo de un Consejo Administración, supervisado por el Estado, el que está integrado por el Presidente del Instituto y los miembros designados por el Poder Ejecutivo de conformidad con lo previsto en Art.7° de la Ley 98/92.



3.1.2 Estructura organizacional básica de la institución.

A. Alta Gerencia

- Consejo de Administración.
- Presidencia.

B. Nivel Ejecutivo Superior

- Gerencias.
- Direcciones.
- Gabinete de Presidencia.
- Auditoría.
- Secretaría General.
- Secretaría de Consejo.

C. Nivel Operativo

- Oficinas o Unidades de Staff o de Asistencias de Presidencias, Gerencias y Direcciones.
- Departamentos.
- Unidades Técnicas.
- Clínicas.
- Unidades Zonales o Regionales.
- Puestos Sanitarios.
- Secciones.
- Servicios.
- Puestos de trabajos dependientes de las Unidades Operativas.

3.1.2.1 Los principales objetivos de la presente estructura organizacional son:

- Adecuar la administración de tal manera a lograr un mejor gerenciamiento de los procesos y recursos de las unidades operativas.

- Mejorar y ajustar los controles internos de la Institución de manera a disminuir y desalentar hechos de corrupción mediante sistemas de información consolidada e integrada.
- Unificar las tareas técnicas afines de la Institución para un mejor aprovechamiento y gestión de los recursos.
- Contar con un sistema de información confiable, oportuna y única. Integrándola a través de sistemas informáticos ajustados a los procesos y unidades operativas y,
- Contar con un manual de atribuciones y responsabilidades en todo proceso, trámite o gestión.

Las Asistencias Técnicas, Secretarías y Áreas son unidades funcionales, su responsabilidad no representa orden jerárquico, organizacional y salarial.

3.1.2.2 Organigrama de la organización

Gráfico III. 1.1 Organigrama del Instituto de Previsión Social Gabinete de Presidencia- actualizado mayo 2014.



Fuente: Departamento de Calidad Institucional del Instituto de Previsión Social.



3.1.3 Estructura organizacional actual del Centro de Atención al Usuario.

En la actualidad por Resolución del Consejo de Administración N° 062-014/15 de fecha 17 de marzo del 2015 se realizan ajustes al Reglamento Interno del Centro de Atención al Usuario, anteriormente denominada Call Center, en cuanto a su denominación actual y varios artículos que hacen parte del mismo, actualizándolos acorde a sus nuevas y actuales funciones (Acta 062/15 IPS, 2015)

Tiene como fin establecer las reglamentaciones generales que regirán la correcta manera en que esta dependencia y los funcionarios de la misma deban mantener el orden y el buen desarrollo de las tareas, dentro de un ambiente de trabajo eficiente y oportuno.

Tiene por finalidad reglamentar el comportamiento interno del Centro de Atención al Usuario, en relación a la atención telefónica realizada por operatividad y estableciendo acciones de control necesarias para la óptima gestión de los servicios brindados en el IPS Jefatura, Asistente Técnico, Supervisores de turno, Operadores.

3.1.4 Organigrama estructural actual del centro de atención al usuario

Durante el levantamiento de la datos de la situación actual del Centro de Atención al Usuario, se pudo verificar que la misma no cuenta con un organigrama estructural que sirva como referencia.

3.1.5 Estructura de funciones

Actualmente el Centro de Atención al Usuario lleva sus actividades sin un Manual de Funciones formal, sin embargo las responsabilidades de cada empleado están claramente identificadas.



3.1.5.1 Atribuciones y responsabilidades del centro de atención al usuario.

La Oficina del Centro de Atención al Usuario, está subordinado a la Gerencia de Desarrollo y Gestión según Resolución del Consejo de Administración N° 062-014/15, de fecha 17 de marzo del 2015.

1. Será responsable de la atención telefónica de consultas de los asegurados del Instituto de Previsión Social.
2. Será responsable directo de la elaboración de planes y proyectos con el objeto de lograr que el Centro de Atención al Usuario ofrezca un servicio eficiente y eficaz a los asegurados de la Institución así como ejecutar, controlar y evaluar el cumplimiento de los mismos.
3. Deberá hacer cumplir el objetivo básico del Centro de Atención al Usuario informando a cualquier asegurado interesado los días y lugares de atención, así como los horarios por médico y/o especialidad clínica, además informara sobre aportes patronales y jubilaciones; sirviendo así a las tres grandes áreas del IPS: Aporte Obrero Patronal, Salud y Jubilaciones.
4. Será responsable de la eficiente capacitación del personal dependiente del Centro de Atención al Usuario, a objeto de garantizar un servicio calificado.
5. Tendrá a su cargo la selección del personal a cumplir funciones en el Centro de Atención al Usuario, previendo la equitativa distribución de los mismos, en los horarios habilitados del servicio para la atención al asegurado.
6. Será el receptor oficial de cualquier reclamo efectuado por el asegurado, y el mismo será elevado y puesto a consideración del Gabinete de Presidencia, quién remitirá los reclamos.
7. Realizará un control periódico de la dependencia a su cargo en lo que respecta a la excelencia en la prestación de servicio, atención al asegurado, disciplina laboral.



8. Elaborará mensualmente el cuadro estadístico de registro de llamadas, sean estos de agendamientos, de informes y/o reclamos y remitirlos al Jefe de Gabinete de Presidencia.
9. Elaborará informes gerenciales, solicitados por el Gabinete de Presidencia y/o cualquier reporte significativo de la dependencia a su cargo.
10. Dirigirá, coordinará y controlará las actividades que realiza el sector a su cargo.
11. Conocerá y dará a conocer, a objeto de cumplir y hacer cumplir las normas, políticas, métodos, procedimientos y reglamentos vigentes en el Instituto, y en particular los que se refieren al área de su responsabilidad.
12. Elaborará el presupuesto anual de su dependencia y lo remitirá a consideración y aprobación del Gabinete de Presidencia.
13. Elaborará anualmente las necesidades de la dependencia a su cargo, a objeto que la misma sea incluida dentro del Presupuesto General de Gastos de la Institución.
14. Mantendrá un control permanente sobre el inventario del área a su cargo.
15. Mantendrá un control permanente de la existencia de insumos de su dependencia, a objeto de evitar el paro por la falta de los mismos trabajando en coordinación con los encargados de su área.
16. Elaborará mensualmente una estadística de los insumos utilizados en la dependencia a su cargo.
17. Conformará y aprobará equipos de trabajo para la ejecución de las tareas en materia de su competencia de modo de obtener la realización efectiva de las tareas encomendadas y permanente optimización y realimentación del rendimiento laboral.



18. Organizará y promoverá cursos para el constante adiestramiento del personal a su cargo.
19. Organizará el horario del personal a su cargo para que la cobertura sea continua, durante los horarios establecidos por el Instituto de Previsión Social.

3.1.5.2 Asistente técnico

El Asistente Técnico, está subordinado al Jefe del Centro de Atención al Usuario, dependiente del Gabinete de Presidencia.

Atribuciones y responsabilidades

1. Será responsable del monitoreo del sistema informático y tecnológico del Centro de Atención al Usuario, debiendo coordinar los ajustes necesarios para el óptimo desempeño de los mismos.
2. Tendrá a su cargo la implementación de nuevas versiones del software utilizado como herramienta informática del Centro de Atención al Usuario.
3. Será el nexo entre el Centro de Atención al Usuario y las áreas involucradas. (Dirección de Informática).
4. Deberá brindar Asistencia Técnica al Jefe del Centro de Atención al Usuario, referente a innovaciones tecnológicas.
5. Supervisará todos los procesos o actividades de los diferentes turnos del Centro de Atención al Usuario, proponiendo o sugiriendo medidas correctivas administrativas para el mejoramiento del servicio.
6. Deberá cerciorarse que el Centro de Atención al Usuario cuente con los recursos necesarios, tanto de personal como de equipamiento adecuado para su mejor cometido.



3.1.5.3 Supervisor de turno

El Supervisor de Turno, está subordinado al Jefe del Centro de Atención al Usuario, dependiente del Gabinete de Presidencia.

Atribuciones y responsabilidades

1. Será responsable de la admisión telefónica para consulta externa de los asegurados en el Hospital Central y las Clínicas Periféricas del Instituto, en el turno asignado de su responsabilidad.
2. Tendrá la obligación de informar a cualquier asegurado interesado los días y lugares de atención, así como los horarios por médico y/o especialidad clínica, como también jubilaciones y aportes patronales.
3. Será responsable de la excelencia en la atención al asegurado, a través del personal dependiente del Centro de Atención al Usuario, en el turno a su cargo.
4. Será el receptor oficial de cualquier reclamo efectuado por el asegurado, y el mismo será elevado y puesto a consideración del Jefe del Centro de Atención al Usuario. Realizará un control periódico en lo que respecta a la excelencia en la prestación de servicio, atención al asegurado, disciplina laboral, del turno a su cargo.
5. Controlará el buen funcionamiento del sistema informático, y telefónico por usuario, comunicando inmediatamente las anomalías detectadas, a objeto de evitar demoras y/o contratiempos en la atención al asegurado.
6. Supervisará y controlará las actividades que realiza el turno a su cargo.
7. Mantendrá un control permanente sobre el inventario del turno a su cargo.
8. Supervisará equipos de trabajo aprobados por la Jefatura, para la ejecución de las tareas en materia de su competencia de modo de obtener la realización



efectiva de las tareas encomendadas y permanente optimización y realimentación del rendimiento laboral.

10. Deberá respetar los niveles jerárquicos para la comunicación de informes y/o reportes de cualquier naturaleza y la solución de conflictos laborales.

3.1.5.4 Operadores

Los Operadores, están subordinados al Supervisor de Turno correspondiente y éste a su vez al Jefe del Centro de Atención al Usuario, dependiente del Gabinete de Presidencia.

Atribuciones y responsabilidades

1. Será responsable de la admisión telefónica para consulta externa de los asegurados en el Hospital Central y las Clínicas Periféricas del Instituto, en el turno asignado de su responsabilidad.
2. Tendrá la obligación de informar a cualquier asegurado interesado los días y lugares de atención, así como los horarios por médico y/o especialidad clínica, como también situación de jubilaciones y aportes patronales.
3. Será el receptor oficial de cualquier reclamo efectuado por el asegurado, y el mismo será elevado y puesto a consideración del Jefe del Centro de Atención al Usuario.
4. Deberá cumplir el horario establecido de trabajo, justificando sus ausencias por escrito al Supervisor de Turno a cargo.
5. Deberá respetar los niveles jerárquicos para la comunicación de informes y/o reportes de cualquier naturaleza y la solución de conflictos laborales.



3.2 Análisis FODA

Tabla III. 1.1 Matriz FODA – Centro de Atención al Usuario. Instituto de Previsión Social.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
-Gente con conocimiento y Experiencia.	-Falta de organización y comunicación
-Tecnología para la Comunicación.	-Mala Calidad del Servicio
-Personal Capacitado y comprometido.	-Poco trabajo en Equipo
	-Tiempo prolongado de espera en la Atención.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
-Mejorar la Calidad en la Atención.	-Conformismo de parte del personal
-Perfil Profesional Especializado	-Sistema de Estadística Deficiente
-Disminución de los Tiempos de respuesta	-Mala referencia del servicio.
-Automatización de Procesos	-Imposición de Sanciones Administrativas

Fuente: Elaboración Propia En Base A Datos Recolectados Del Autor.

3.2.1 Servicios prestados a los asegurados del Instituto de Previsión Social a través del centro de atención al usuario

Servicios prestados a los asegurados del Instituto de Previsión Social a través del centro de atención al usuario por intermedio del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social a sus asegurados, se citan los siguientes:

- Agendamiento de citas médicas.
- Cancelaciones de citas médicas.
- Informaciones en general.
- Reclamos – IPS TE ESCUCHA.



3.3 Trámite para la consecución de un turno medico a través del Centro de Atención al Usuario

El grado de conocimiento que tienen los asegurados especialmente de los sectores urbano – marginales y rurales del Instituto de Previsión Social, en cierta medida son limitados; a continuación se describen los pasos a seguir para conseguir un turno de atención médica en los hospitales del IPS:

- El procedimiento es llamar al Centro de Atención al Usuario al número
 - 0800-11-5000 desde una línea baja.
 - 021 219 3000 desde un celular.; Opción 1 desde la comodidad de su casa u oficina a través de la línea telefónica.
- El trámite respectivo no tiene costo alguno para el usuario tanto como para la Institución cuando lo realiza a través de una línea baja, no así cuando lo realiza desde un celular este ya con costo para el usuario.
- El tiempo estimado de entrega es de máximo 6 minutos por llamada.
- Proveer su número de Cédula de Identidad y el turno que desea, especialidad, medico, horario de preferencia.
- Estar al día en el pago del Aporte al Seguro Social.



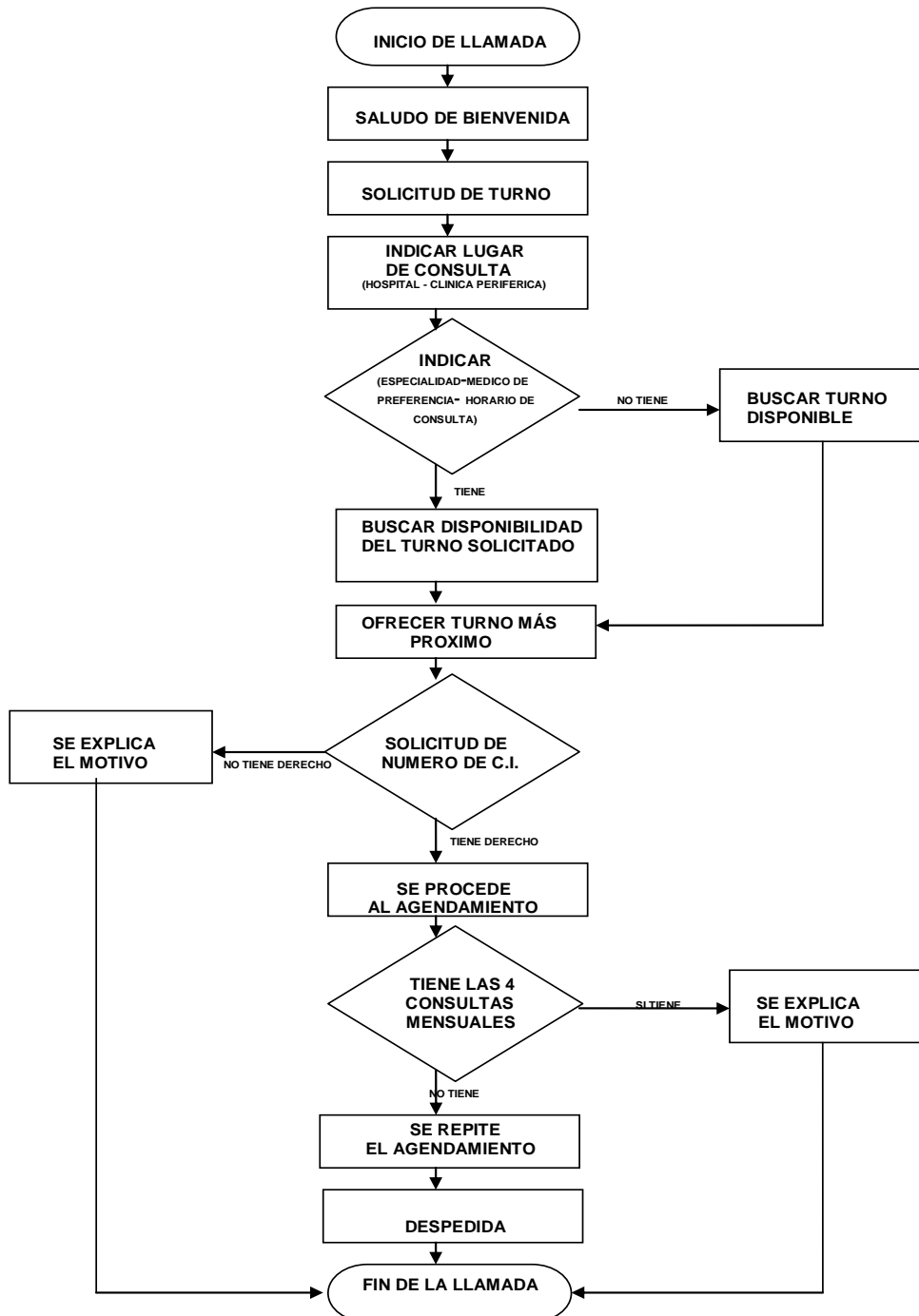
3.4 Flujograma actual de proceso de agendamiento

En base a entrevistas realizadas al personal operativo, se realizó un levantamiento de los procesos de agendamiento de citas para conocer cómo se ejecutan, el procedimiento es realizado en la actualidad por todos los operadores del Centro de Atención al Usuario, así mismo cabe resaltar que dichos procesos no se encuentran documentados de ninguna manera.

Inicia con la llamada entrante al sistema, el operador da su saludo de bienvenida, y pregunta cuál es la necesidad del usuario (turno, consultas de agendamiento) luego indica en qué lugar desea obtener la consulta (hospital central, clínicas periféricas u hospitales regionales), indica la especialidad médica para lo cual solicita el turno y el horario en el que le gustaría consultar; una vez que el operador obtenga los datos sobre la consulta del usuario se dispone a buscar la disponibilidad de los turnos, y si obtiene ofrece al usuario el turno más próximo, una vez obtenido el turno para el usuario, solicita el número de cédula del paciente y comprueba si este posee derecho a la consulta, si así lo fuese se dispone a agendar al usuario y si no posee el derecho a la consulta le explica el motivo al usuario. Si tiene derecho se comprueba mediante el sistema si tiene las 4 consultas por mes al cual puede acceder y no tiene se procede al agendamiento de la cita medica solicitada y si no posee se explica el motivo. Es en estos dos pasos claves en donde el proceso se vuelve lento y se pierde bastante tiempo al realizar todos los pasos para agendamiento de citas sin tener la información más importante que es, si el usuario tiene o no el derecho a la consulta y si ya tiene las cuatro consultas del mes. Si dichos procesos se realizasen al iniciar la llamada operador – usuario se mejoraría el tiempo de respuesta a las demás llamadas y se disminuirá el tiempo de espera. Una vez concluido el proceso de agendamiento el operador repite el agendamiento en el caso de que haya conseguido agendar al usuario y se despide del mismo, fin de la llamada.



Gráfico III. 1.2 Diagrama de Proceso de Agendamiento Médico Actual



Fuente: Centro De Atención al Usuario - Instituto de Previsión Social.



CAPÍTULO IV

4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Presentación de los datos estadísticos. Análisis e interpretación. Cantidad total de llamadas entrantes, atendidas y perdidas por día y por hora, dentro de los distintos horarios de llamadas del Centro de Atención al Usuario.

4.1.1 Estadísticas de llamadas Centro de Atención al Usuario IPS

Tabla IV. 1. 1 Cuadro de llamadas

CUADRO DE LLAMADAS - CENTRO DE ATENCION AL USUARIO - INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL				
Horarios		Entrantes	Atendidas	Perdidas
06:00	06:59	1175	940	235
07:00	07:59	1015	803	212
08:00	08:59	995	861	134
09:00	09:59	930	836	94
10:00	10:59	856	702	154
11:00	11:59	787	514	273
12:00	12:59	696	516	180
13:00	13:59	612	443	169
14:00	14:59	571	516	55
15:00	15:59	497	380	117
16:00	16:59	456	302	154
17:00	17:59	421	351	70
18:00	18:59	316	206	110
19:00	19:59	225	184	41
20:00	20:59	135	129	6
21:00	21:59	113	106	7
22:00	22:59	89	84	5
23:00	23:59	58	55	3
00:00	00:59	30	25	5
01:00	01:59	17	17	0
02:00	02:59	10	10	0
03:00	03:59	9	9	0
04:00	04:59	15	15	0
05:00	05:59	112	98	14
TOTAL		10.140	8.102	2.038

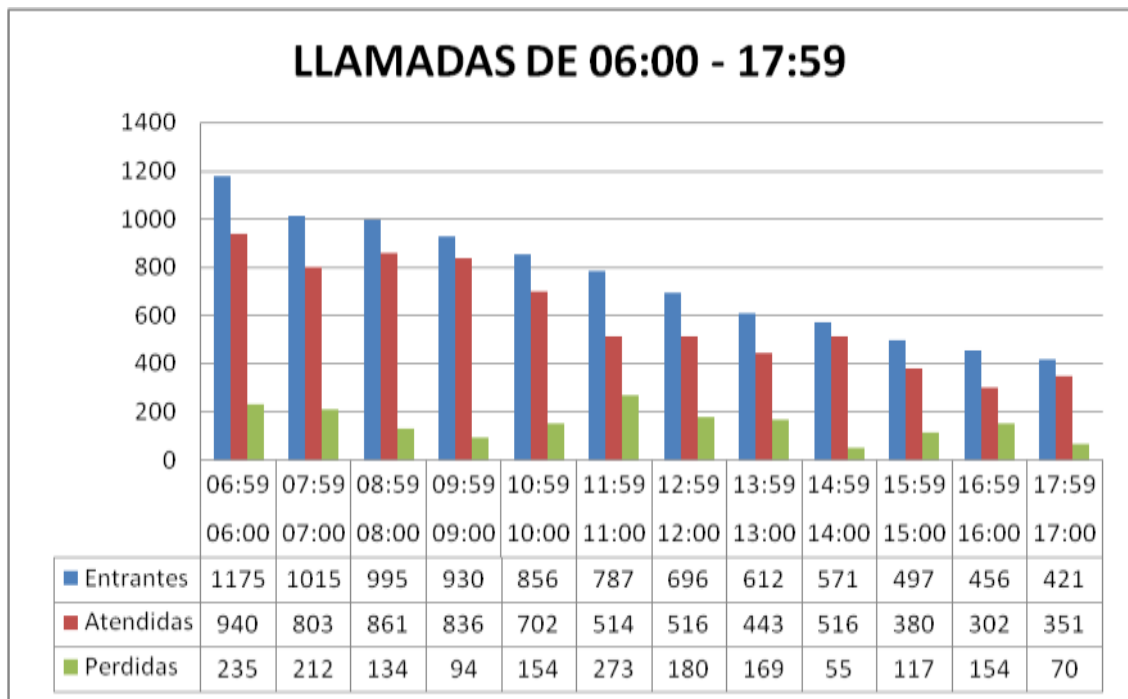
Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.



En la figura 9 se observa la cantidad total de llamadas entrantes, atendidas y perdidas por día y por hora, dentro de los distintos horarios de llamadas del Centro de Atención al Usuario.

En el siguiente gráfico se puede observar la cantidad de llamadas entrantes, atendidas y perdidas de 06:00hs hasta las 17:59hs. Se puede notar que en el horario de 06 a 11 hs se produce la mayor cantidad de llamadas.

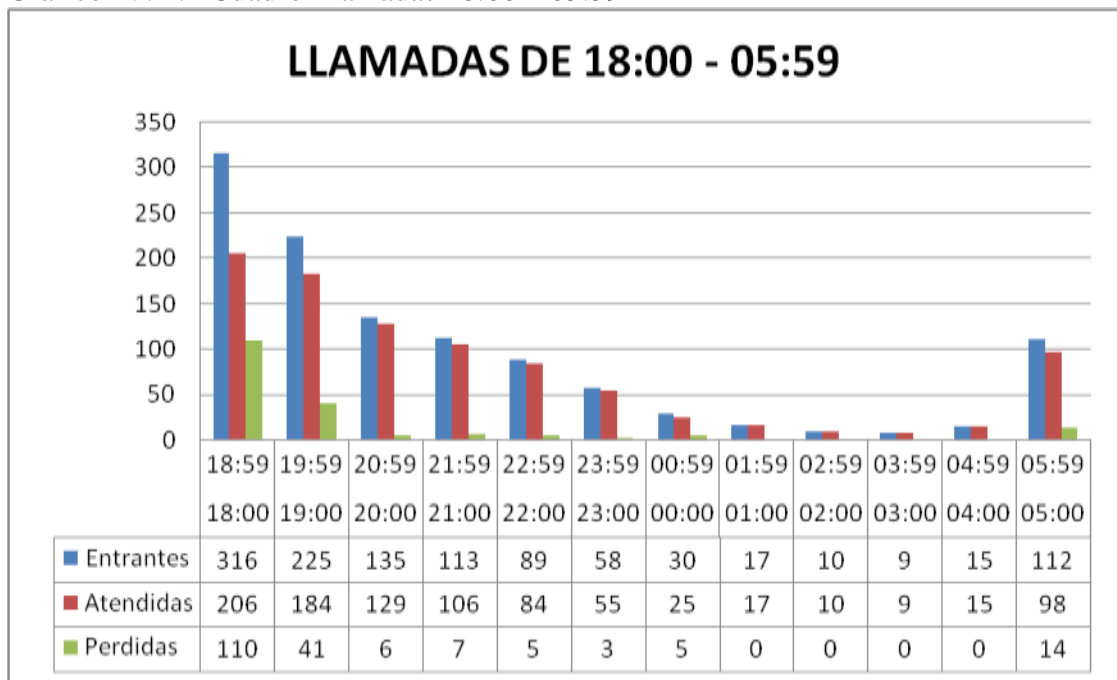
Gráfico IV. 1.1 Cuadro Llamadas 06:00 – 17:59



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

En el siguiente gráfico se puede observar la cantidad de llamadas entrantes, atendidas y perdidas de 18:00hs hasta las 05:59hs. Se puede notar que en el horario nocturno no existen demasiadas llamadas y se produce una menor congestión de llamadas.

Gráfico IV. 1.2 Cuadro Llamadas 18:00 – 05:59



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.



4.1.1.1 Análisis e interpretación del cuadro y gráficos del Centro de Atención al Usuario.

En el cuadro se observa un promedio realizado durante un mes de las llamadas entrantes, llamadas atendidas y las llamadas perdidas por hora.

Distingue como llamadas entrantes todas aquellas llamadas que ingresan al sistema, las llamadas atendidas como aquellas llamadas que fueron respondidas por el operador/a y las llamadas perdidas, como aquellas que no fueron atendidas o fueron abandonadas durante el tiempo de espera para ser atendidos.

Analizando los datos, observamos en el primer gráfico estadístico de llamadas que van de 06:00 a 17:59 que la mayor afluencia de llamadas se da entre los horarios de 06:00 a 10:00 de la mañana alcanzando un pico de 1100 llamadas entrantes, esto se da debido a que en ese horario se realizan las habilitaciones de los agendamientos por especialidades, a 28 días y la demanda de llamadas aumenta en ese horario. También se distingue que en dicho horario las llamadas perdidas o abandonadas aumentan considerablemente, esto se podría dar debido a la gran demanda que existe en ese horario debido a las habilitaciones y el tiempo que demoran los operadores para atender una llamada, es ahí cuando los usuarios llevan largos periodos de tiempo en espera y al no ser atendidos abandonan las llamadas, también pudimos observar que las llamadas perdidas también provienen de los operadores, que muchas veces atienden las llamadas y cortan, generándose así las llamadas perdidas al no atenderlas por el operador.

En el segundo gráfico de llamadas se distingue el horario de guardias nocturnas de 12 horas que va desde las 18:00 a 05:59 horas, observamos que en dichos horarios el flujo de llamadas entrantes disminuye considerablemente, así también como disminuyen las llamadas perdidas.



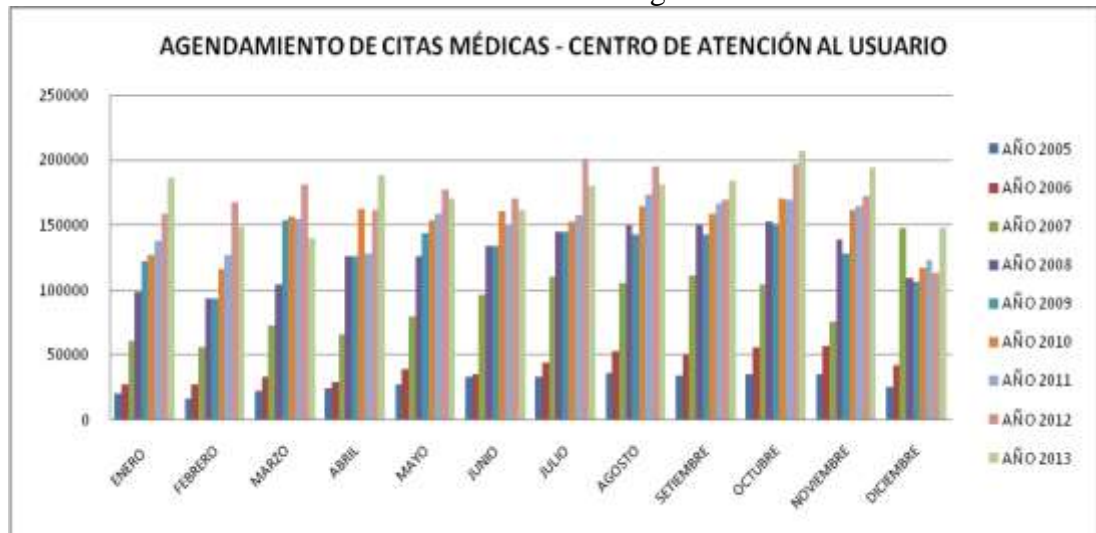
4.1.2 Estadísticas de agentamientos Citas Médicas

Gráfico IV. 1.3 Cuadro de Agendamiento de Citas Médicas.

AGENDAMIENTOS CITAS MÉDICAS - CENTRO DE ATENCIÓN AL USUARIO INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL									
MESES	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2012	AÑO 2013
ENERO	20823	27095	61447	98067	122269	127021	137743	158291	186469
FEBRERO	17106	27492	56558	93368	93368	116101	126642	167514	148500
MARZO	22362	33774	72631	103862	153796	156805	154418	181091	140115
ABRIL	24742	29252	66260	125563	125563	162329	127610	161696	188020
MAYO	27344	38906	79841	126315	144145	153115	158429	177173	170549
JUNIO	33470	35487	96739	133562	133562	160455	150102	169952	161185
JULIO	33836	44530	109764	145061	145131	152564	157516	200794	180060
AGOSTO	36101	52786	104908	149528	143157	164646	172849	194981	181387
SETIEMBRE	34294	50588	111673	150396	142512	158802	166172	169520	183695
OCTUBRE	35419	55864	104240	152074	150527	170252	169071	197299	206395
NOVIEMBRE	35124	56856	75397	138766	127964	161450	164700	172649	194161
DICIEMBRE	25550	42356	147407	109272	106766	117204	123089	112842	147407
TOTAL ANUAL	346171	494986	1086865	1525834	1588760	1800744	1808341	2063802	2087943

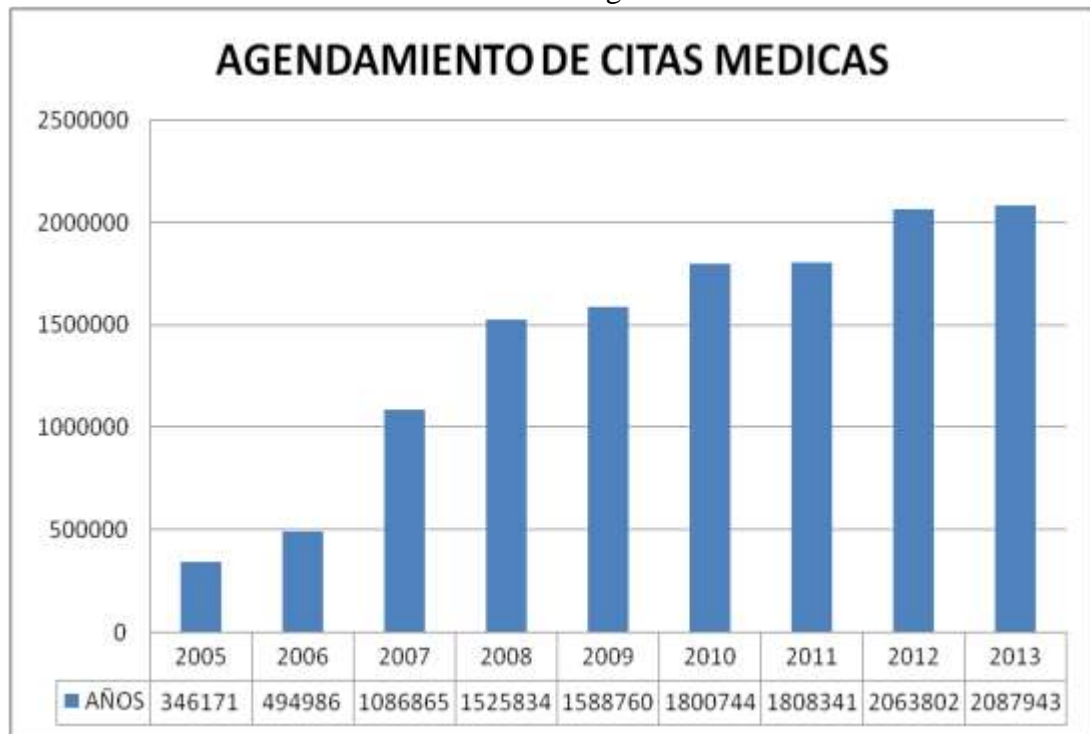
Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

Gráfico IV. 1.4 Cuadro Estadístico Mensual de Agendamiento de Citas Médicas.



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

Gráfico IV. 1.5 Cuadro Estadístico Anual de Agendamiento de Citas Médicas.



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

4.1.2.1 Análisis e interpretación del cuadro y gráficos de agendamientos citas médicas

En el cuadro se observa, los datos estadísticos que se pudieron obtener promediando los agendamientos médicos realizados por mes a través del servicio del Centro de Atención al Usuario desde su creación hasta el año 2013, obteniendo así datos de los agendamientos anuales que desde el inicio alcanzaban unos 346.171 agendamientos por año, los cuales fue aumentando considerablemente con el transcurrir de los años, llegando así a los 2.087.943 agendamientos en el año 2013, dando así un aumento aproximado en 8 años de 1.700.000 agendamientos. Este fenómeno podría darse debido al aumento de los usuarios del servicio, tanto así como al aumento de los asegurados y beneficiarios del seguro social en los últimos 8 años.



Según los datos entregados por los administradores del servicio, los datos de demanda insatisfecha equivalen más o menos al 40% en lo que respecta a agendamientos médicos, es decir de aquellas personas que llaman y simplemente tienen como respuesta que deben seguir intentando porque ya se acabaron los turnos con los especialistas, esto sin tomar en cuenta a quienes si consiguen una cita médica pero para ser atendidos después de varios días, semanas y hasta meses.

Según estas mismas fuentes, la demanda es impresionante en agendamiento de citas, ya que en la actualidad, día a día se agenda un promedio de 5000 a 6000 agendamientos entre asegurados y beneficiarios, lo que da un promedio mensual de unas 170 mil citas agendadas.

4.1.2.2. Diagnóstico, presentación de resultados y análisis e interpretación.

Para el detectar los problemas atenuantes en el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, utilizamos las herramientas de calidad. A continuación, se detallan los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a 600 usuarios del Seguro Social y que utilizan el servicio de agendamiento que brinda el Instituto de Previsión Social a través del Centro de Atención al Usuario.

Seguidamente se hace un análisis e interpretación de estos resultados, en donde se enfatiza las posibles causas que han dado motivo a las respuestas dadas por los investigados.



4.2.1 Hoja de Verificación

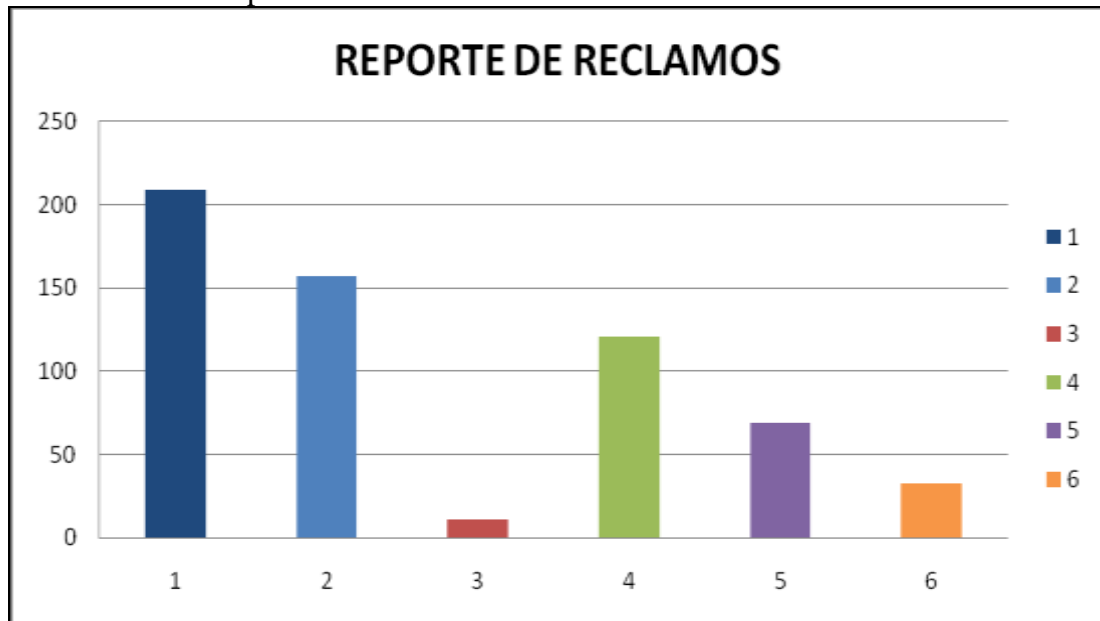
A través de esta herramienta de calidad se puede reunir datos basados en encuestas realizadas a los usuarios del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, con el fin de detectar tendencias en el reporte de los reclamos. Este formato facilita a tomar los datos en una forma ordenada y de acuerdo al estándar requerido en el análisis que se está realizando, organizando los datos de manera a poder utilizarlos con facilidad más adelante.

Gráfico IV. 1.6 Hoja De Verificación.

HOJA DE VERIFICACION																									
REPORTE DE RECLAMOS - DEPARTAMENTO CALL CENTER										INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL															
SEMANAS DE VERIFICACION DEL 1/09 AL 26/09																									
RECLAMOS	SEMANA 1						SEMANA 2						SEMANA 3						SEMANA 4						TOTAL
	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	L	M	M	J	V	S	
1. Congestionamiento de llamadas en horarios de habilitación.																									209
2. Tiempo Prolongado de espera para ser atendidos por el operador/a.																									157
3. Información precisa y coordinación.																									11
4. Mala Calidad en la Atención.																									121
5. No le dan turno medico																									69
6. No le contestan la llamada																									33
TOTAL	29	29	25	24	21	19	33	29	30	26	22	19	36	33	21	26	23	15	25	27	33	26	16	13	600

Fuente: Elaboración propia del Autor con datos obtenidos a través de Encuesta a los Asegurados - Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

Gráfico IV.1.7 Reporte de Reclamos.



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos obtenidos a través de Encuesta a los Asegurados - Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

4.2.1.1 Análisis e interpretación de los resultados de la Encuesta realizada a los asegurados del Instituto de Previsión Social que utilizan el servicio del Centro de Atención al Usuario.

Se detalla a continuación el resultado de la encuesta realizada y de hecho las respuestas demuestran que con la implementación del Centro de Atención al Usuario se han originado algunos inconvenientes de hecho toda acción que se implementa y aun estando en ejecución presenta problemas, por ser algo innovador u otros factores como se da en el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social.

Algunos de los 600 asegurados encuestados han encontrado algún tipo de inconvenientes en este sentido, por ello la respuesta de 209 de los encuestados del total general tabulado señalaron que uno de los problemas que ellos han encontrado con la puesta en marcha de este Centro de Atención al Usuario es que no pueden ingresar debido al congestionamiento de llamadas en los horarios de habilitación de turnos, lo que en un momento dado impacienta de los mismos.



Además se puede referenciar que 157 de los asegurados encuestados manifestaron que uno de los problemas más marcado es el tiempo prolongado de espera para ser atendido por el operador/a.

Mientras que para 69 de los asegurados encuestados, indicaron que uno de los inconvenientes con los que ellos se han encontrado, es que no le dan turnos por cuanto según el operador, el médico en cuestión tiene su agendamiento totalmente copado de pacientes. Y, otro caso es el que manifestaron 33 de los asegurados en cuestión, al referirse que uno de los problemas en este sentido es que a ellos no le han contestado sus llamadas, o al ser atendidos por el operador/a este le corta la llamada.

Para 11 de los asegurados en estudio, en cambio uno de los problemas que ellos han podido detectar al utilizar el servicio del Centro de Atención al Usuario es que no obtienen la información precisa por parte de los operadores/as, 121 de los asegurados encuestados indicaron que uno de los inconvenientes con los que ellos se han encontrado es que no existe amabilidad ni calidad en la atención del recepcionista al contestar las llamadas que ellos realizan para pedir una cita médica, ya que en muchos casos sus preguntas o consultas son ignoradas por el operador o este pierde la paciencia rápidamente olvidándose de poner énfasis en la calidad en la atención a los asegurados que utilizan el servicio.

Cabe resaltar que la congestión o colapso por conseguir un turno médico, es en el caso de los médicos especialistas en alguna enfermedad, como es el caso de los diabetólogos, cardiólogos, urólogos, oftalmólogos, entre otros. En definitiva de una u otra manera, se han presentado algunos inconvenientes que no dejan de ser importantes, más aún con un plan que a la larga debe ser la solución a tantos problemas que se han venido arrastrando desde hace mucho tiempo y particularmente en este sentido como es el de conseguir un turno médico para ser tratado por algún médico de esta Institución encargada de velar por la seguridad social de sus asegurados y beneficiarios.



5.2.2 Diagrama de Pareto

Luego de haber identificado los reclamos, es necesario priorizarlos, para lo cual se empleó una de las siete herramientas de control y mejoramiento de calidad, que permite identificar y separar de forma crítica los pocos procesos que provocan la mayor parte de los problemas de calidad, esta herramienta está representada por el Diagrama de Pareto.

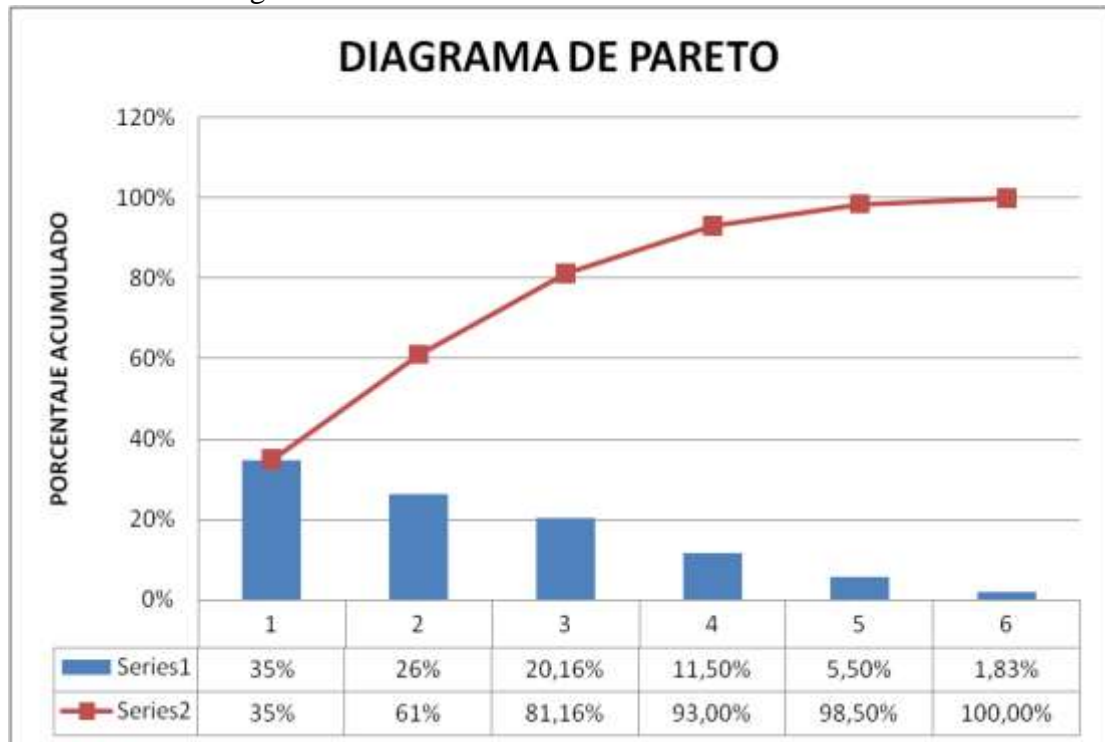
A través de esta herramienta podemos representar en forma decreciente el grado de importancia o peso que tienen los diferentes problemas que afronta el Centro de Atención al Usuario. Para esto hemos tomado datos de los problemas comunes, teniendo como resultado la siguiente información:

Tabla IV. 1.2 Problemas Comunes Centro de Atención al Usuario.

Nro.	CAUSA	INCIDENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA ACUMULADA %
1.	Congestionamiento de llamadas en horarios de habilitación.	209	35%	35%
2.	Tiempo Prolongado de espera para ser atendidos por el operador/a.	157	26%	61%
3.	Mala Calidad en la Atención.	121	20,16%	81,16%
4.	No le dan turno medico	69	11,50%	93,00%
5.	No le contestan la llamada	33	5,50%	98,50%
6.	Información precisa y coordinación	11	1,83%	100,00%
	TOTAL	600	100%	

Fuente: Elaboración propia del Autor con datos obtenidos a través de Encuesta a los Asegurados - Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

Gráfico IV.1.8 Diagrama de Pareto.



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos obtenidos a través de Encuesta a los Asegurados - Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.

4.2.2.1 Análisis e interpretación de los resultados obtenidos en la Gráfica de Pareto.

En la gráfica de Pareto, se puede observar con mejor claridad el porcentaje que ocupan las causas más comunes de la problemática detectadas en el servicio del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social. Se identifican tres problemas con un porcentaje acumulado del 81,16%.

Los problemas prioritarios que generan insatisfacción en los clientes, y sobre los cuales se trabajó en identificación de causas y planteamiento de las soluciones pertinentes son:



- **Congestionamiento de llamadas en horarios de habilitación:** es el punto analizado con más frecuencia y, es decir que el principal problema del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social radica en este punto crítico debido a que los horarios de habilitación de turnos para agendamientos en las distintas especialidades tanto para capital, área central e interior del país se da en simultaneo, debido a ello se da el congestionamiento de llamadas en horarios de habilitación que son de lunes a sábados a partir de las 06:00 am., donde el flujo de llamadas entrantes en ese turno es mayor.
- **Tiempo Prolongado de espera para ser atendidos por el operador/a:** debido al factor anteriormente analizado congestionamiento de llamadas, deriva la espera en demasía en la atención de las llamadas, lo que ocasiona muchas veces el enojo por parte de los usuarios que muchas veces llevan hasta veinte minutos en espera para ser atendidos por el operador/a, situación que lleva a los mismo a no optar por el servicio y muchas veces quedan sin conseguir el turno médico.
- **Mala Calidad en la Atención:** a partir de los resultados observamos que la Calidad en la atención es un atenuante en los reclamos de los usuarios del Centro de Atención al Usuario ya que indican que no existe amabilidad por parte de los operadores a la hora de atender las llamadas, generando esto un rechazo total a la utilización del servicio.

4.3 Identificación de las causas que originan los problemas a solucionar.

En el análisis anterior se priorizaron los problemas más frecuentes que generan reclamos, pero su análisis debe permitir identificar cuáles son las causas que conllevan a su desencadenamiento para poder atacar el origen del mismo.

De esta manera, una vez definidos, analizados y clasificados los problemas que más afectan la calidad del Servicio del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social desde la perspectiva de las reclamaciones, se pretende priorizar las causas que los originan.



4.3.1 Congestionamiento de las llamadas en horarios de habilitación.

El congestionamiento de las llamadas es un problema latente y constante del día a día en el servicio del Centro de Atención al Usuario, dicho problema es frecuente en el horario de habilitación de los turnos médicos, que se lleva a cabo a partir de la 06:00 de la mañana, motivo por el cual las llamadas en ese horario aumentan considerablemente y producen su congestionamiento, entre las causas que podríamos identificar de acuerdo al análisis realizado serian, que las habilitaciones de los turnos médicos por especialidad para el hospital central, clínicas periféricas y área interior, se habilitan en el mismo horario, lo que ocasiona que el sistema colapse por la cantidad de demanda que existe en el todo el país por ingresar en ese horario al Servicio del Centro de Atención al Usuario para obtener el turno médico.

4.3.2 Tiempo prolongado en espera para ser atendidos por el operador.

El tiempo prolongado en espera para ser atendido por el operador es otro de los problemas que fue un atenuante entre los usuarios del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, la causa principal de este problema analizado es debido al factor anteriormente analizado del congestionamiento de llamadas, lo que genera la espera en demasía deriva en la atención de las llamadas, lo que ocasiona muchas veces el enojo por parte de los usuarios que muchas veces llevan hasta veinte minutos en espera para ser atendidos por el operador/a, situación que lleva a los mismo a no optar por el servicio y muchas veces quedan sin conseguir el turno medico

4.3.3 Mala calidad en la atención.

Identificamos las causas acerca del problema de la mala Calidad en la atención, ya que fue uno de los mayores reclamos de los usuarios del servicio del Centro de Atención al Usuario, durante la investigación pudimos verificar las posibles causas y serian;



4.3.3.1 Formación deficiente.

Puede darse debido a la capacitación deficiente de los operadores/as, ya que el personal mal entrenado afecta negativamente el servicio en general. Para el asegurado es bastante obvio cuando el operador/a no tiene idea de cómo ayudarlo. Se verifico que en muchos casos, no es culpa de ellos, sino del servicio que no toma la iniciativa de entrenarlos correctamente por falta de tiempo.

4.3.3.2 Falta de interés.

Se observó que los operadores/as que trabajan en el servicio del Centro de Atención al Usuario pierden el interés en ayudar a los asegurados que llaman y ser mejores en lo que hacen, ya que el servicio no motiva a los mismos, con recompensas, apoyo y otros beneficios que les fomenten que tienen objetivos alcanzables y que pueden progresar.

4.3.3.3 Trato deficiente.

Los tiempos de espera extra largos, la gran cantidad de llamadas en cola y la disminución del tiempo que se emplea en la llamada, son todas las distracciones negativas que hacen que el trato sea deficiente y la calidad en la atención por parte del operador/a sea escasa.



CAPÍTULO V

5. PROPUESTA DE REINGENIERÍA.

5.1 Aspectos Generales.

El modelo de reingeniería de proceso se basa en los datos obtenidos sobre las principales falencias que afectan actualmente al Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social.

5.1.1 Ubicación sectorial y física.

La propuesta se desarrollará en el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, donde se ha encontrado falencias con el trabajo de investigación realizado.

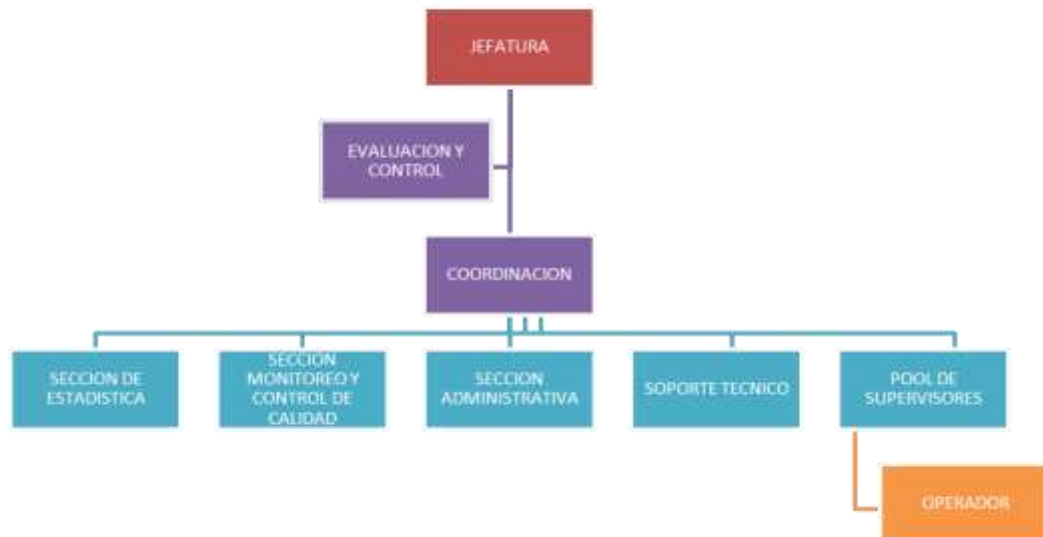
5.1.2 Factibilidad.

La propuesta establecida es una pieza clave para el mejoramiento continuo de los procesos del Centro de Atención al Usuario implementado en esta Institución, en la que muchas veces se cometen errores por negligencia administrativa y por las circunstancias de los operadores; lo que les permitirá corregir los errores que en cierta medida se están cometiendo en unos casos conocidos, es decir mejorar la administración, los procesos de trabajo, la calidad en la atención y por ende el servicio en sí que presta el Centro de Atención al Usuario del Instituto; más aún en la aplicación óptima del call center o centro de llamadas.

El estudio es factible de ser aplicado en los términos planteados, porque se determinan mecanismos de mejoramiento, lo que conlleva a dar una mejor imagen y servicio a quienes lo utilizan, ya que lo que se quiere es que los asegurados tengan en este Centro de Atención al Usuario un medio de hacerse atender de una mejor manera y que la cobertura llegue a todos, es decir a los asegurados que se ubican en tanto en la capital, zona metropolitana y el área interior del país.

5.2 Estructura administrativa propuesta.

Gráfico V. 1.1 Organigrama Estructural Propuesto.



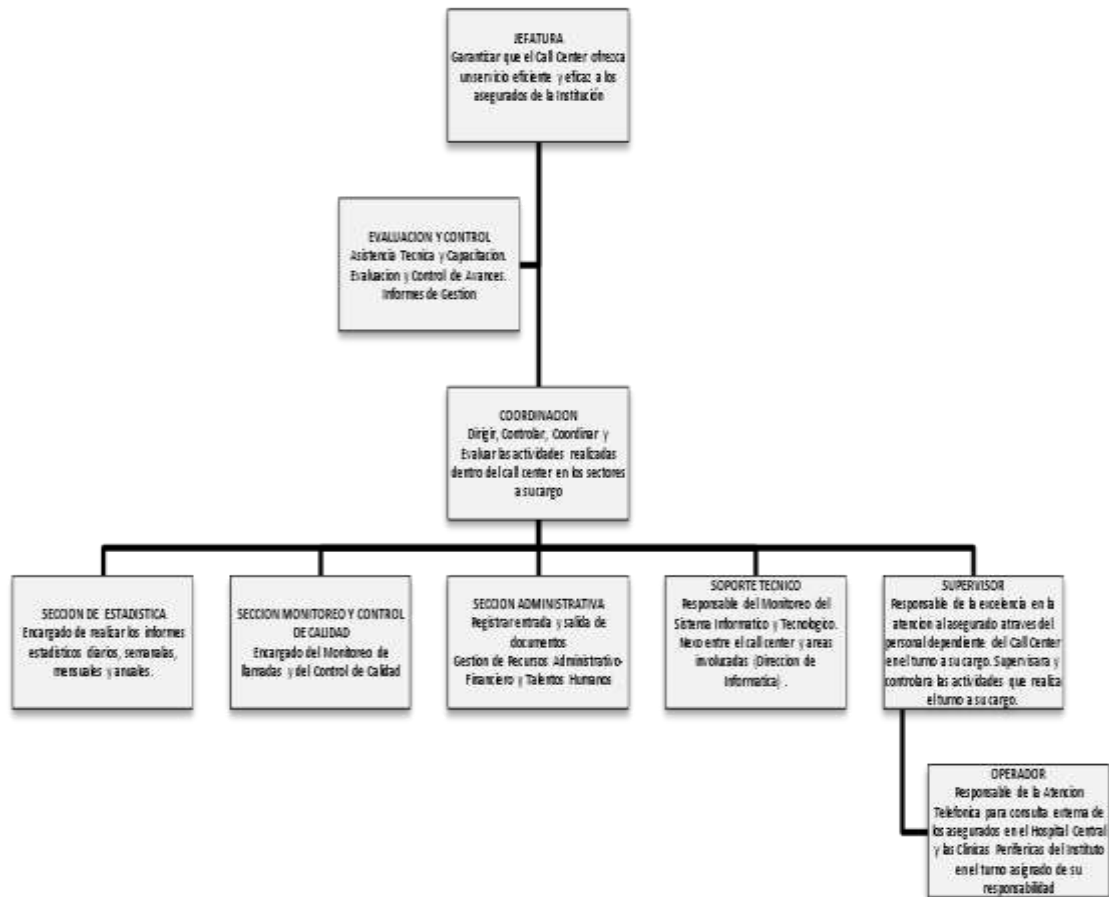
Fuente: Elaboración propia del Autor.

Como resultado de la investigación, se propone un organigrama estructural que cuente con:

- Jefatura
- Oficina de Evaluación y Control
- Coordinación
 - Sección de Estadística
 - Sección de Monitoreo y Control de Calidad
 - Sección Administrativa
 - Soporte Técnico
 - Pool de Supervisores
 - Operadores

5.3 Estructura funcional propuesta.

Gráfico V.1.2 Organigrama Estructural Funcional Propuesto.



Fuente: Elaboración propia del Autor.

Como propuesta a la aplicación de la reingeniería se propone un organigrama estructural funcional como muestra en la figura (18), donde las funciones seria;

- **Jefatura:** Está subordinado al Gabinete de Presidencia, su función es garantizar que el Centro de Atención al Usuario ofrezca un servicio eficiente y eficaz a los asegurados de la Institución.

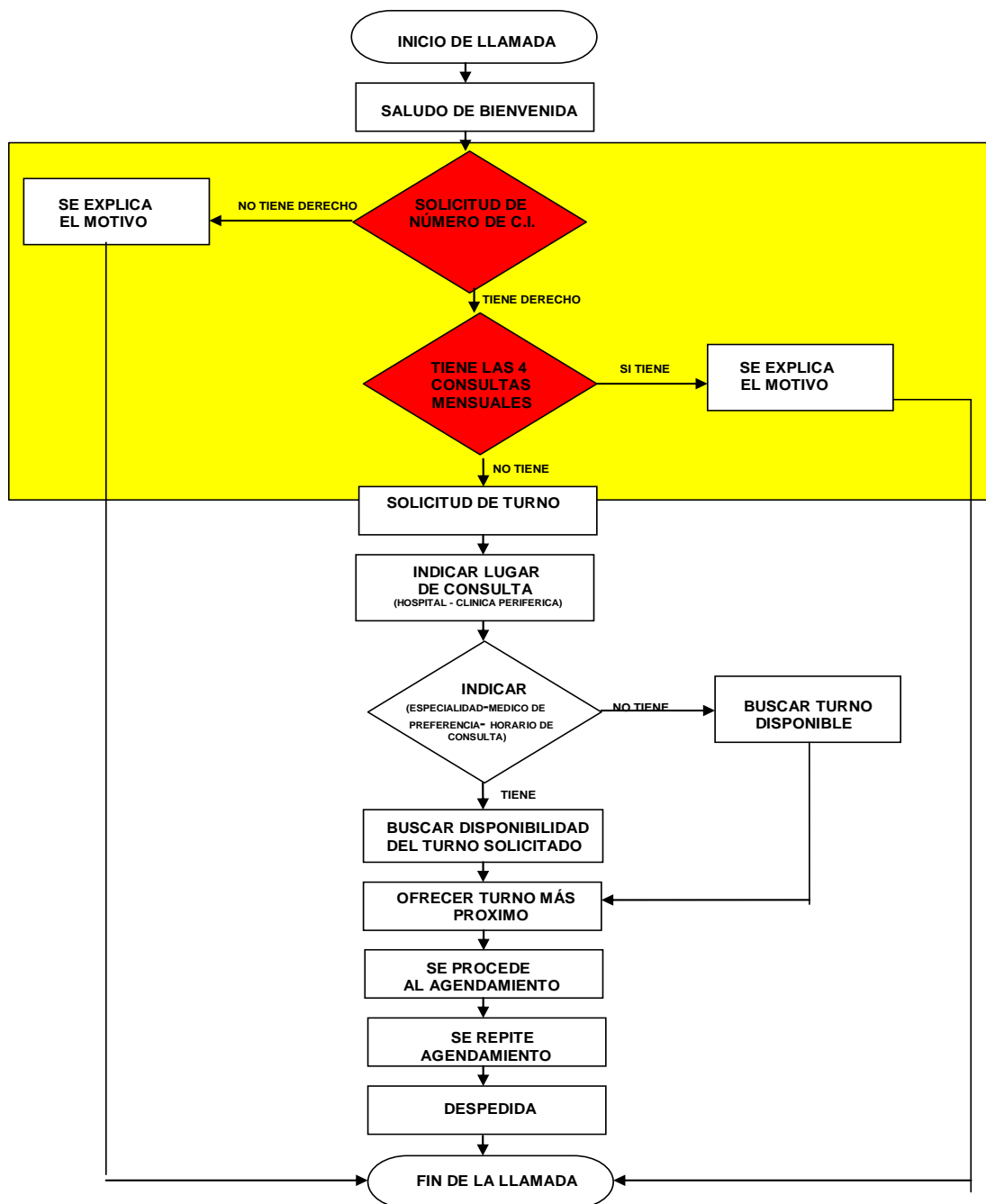


- **Oficina de Evaluación y Control:** Encargado de brindar asistencia técnica y capacitación, evaluación y control de Avances, Informes de Gestión.
- **Departamento de Coordinación:** Subordinado a la jefatura del Centro de Atención al Usuario es responsable de dirigir, controlar, coordinar y evaluar las actividades realizadas dentro Centro de Atención al Usuario en los sectores a su cargo. Ser el nexo entre el Centro de Atención al Usuario y los centros asistenciales.
- **Sección de Estadísticas:** Subordinada al Departamento de coordinación es responsable del análisis de tiempo Real los informes estadísticos diarios, semanales, mensuales y anuales.
- **Sección Monitoreo y Control de Calidad:** Subordinado al departamento de coordinación, es encargado del Monitoreo de llamadas y del Control de Calidad.
- **Sección Administrativa:** Registrar entrada y salida de documentos Gestión de Recursos Administrativo-Financiero y Talentos Humanos
- **Soporte Técnico:** Subordinado a la coordinación dependiente de la jefatura del Centro de Atención al Usuario center, es responsable del Monitoreo del Sistema Informático y Tecnológico. Nexo entre el Centro de Atención al Usuario y áreas involucradas (Dirección de Informática).
- **Supervisor:** Subordinado al departamento de coordinación, dependiente de la jefatura, será responsable de la excelencia en la atención al asegurado a través del personal dependiente del Centro de Atención al Usuario en el turno a su cargo. Supervisará y controlará las actividades que realiza el turno a su cargo.
- **Operador:** Subordinado al supervisor de turno y este a su vez depende de la coordinación, es responsable de la atención telefónica para consulta externa de los asegurados en el Hospital Central y las Clínicas Periféricas del Instituto en el turno asignado de su responsabilidad

5.4 Propuesta de proceso de agendamiento

5.4.1 Diagrama de proceso propuesto.

Gráfico V. 1.3 Diagrama de Proceso de Agendamiento Medico Propuesto.



Fuente: Elaboración propia del Autor con datos proveídos por la Jefatura del Centro De Atención Al Usuario - Instituto De Previsión Social.



Como propuesta para mejorar el proceso de agendamiento de citas se propone como muestra en el diagrama determinar dos procesos altamente excluyentes a la hora de agendar una cita médica;

- **Solicitud de número de cédula:** actualmente este proceso se lleva a cabo al final de la solicitud del turno, perdiendo el operador tiempo valioso al no filtrar los procesos de importancia, por ello se propone que al iniciar la llamada operador/asegurado, el mismo inicie con el saludo de bienvenida y seguidamente solicitar el numero de cedula de identidad para verificar si tiene o no derecho a la utilización del seguro.
- **Tiene las 4 consultas mensuales:** seguidamente otro canal de filtro seria verificar si el asegurado tiene o no las cuatro consultas mensuales a las que tiene derecho, ya que en el actual procedimiento de agendamiento no se realiza y ocurre que al llegar a la etapa final para agendar la cita el sistema lo anula debido a que muchos asegurados ya poseen las 4 consultas y el operador/a pierde tiempo en buscar los turnos cuando en realidad no podrá agendar al usuario debido a dicho inconveniente.

5.5 Propuesta de horarios de habilitación para evitar el congestionamiento de llamadas

Como vía de solución al problema del congestionamiento de las llamadas en horarios de habilitación y la espera en demasía para ser atendidos que deriva del mismo, se propone distribuir los horarios de habilitación de turnos como muestra en la siguiente tabla:

Tabla V.1.1 Horario de Habilitación – Propuesta

HORARIO DE HABILITACION DE TURNO	ZONA
06:00 A 11:59	HOSPITAL CENTRAL
12:00 A 17:59	AREA CENTRAL
18:00 A 05:59	AREA INTERIOR

Fuente: Elaboración propia del Autor.



Actualmente el horario de habilitación de turnos, tanto para capital, área central e interior del país se da desde las 06:00 de la mañana, situación que hace que las llamadas que ingresan en ese horario, muchas de ellas no sean atendidas debido al tiempo de espera y al congestionamiento de las llamadas, lo que hace que muchos de los asegurados no accedan al turno medico deseado.

Como se muestra en la tabla, al distribuir los horarios de habilitación en 6 horas diarias, se pretende disminuir el congestionamiento dando prioridad de 06:00 a 11:59 a los agendamientos para especialidades en el Hospital Central, incluyendo centro odontológico y hospital geriátrico; de 12:00 a 17:79 a los agendamientos para especialidades de las clínicas periféricas del área central, y de 18:00 a 05:59 habilitando los turnos médicos por especialistas para todos los centros asistenciales del área interior del país. Con ello también se pretende aumentar la productividad de los operados en los diferentes turnos de trabajo, desechando así el tiempo ocioso que encontramos en el turno madrugada preferentemente, donde actualmente se registran poco ingreso de llamadas.

5.6 Propuesta de mejoramiento en la calidad en la atención.

Después de hacer las investigaciones correspondientes, de obtener los resultados a través de las encuestas hechas a los asegurados, de ver las estadísticas que presenta el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, acerca del servicio y los procesos, se puede tener una visión general de lo que sucede a nivel interno de la organización, corroborando de esta manera entonces, el problema planteado al inicio del proceso. Por esa razón se propone un Plan de Mejoramiento en la calidad en la atención, que sería el siguiente:

5.6.1 Capacitaciones:

Realizar capacitaciones con mucho más frecuencia y en el momento oportuno; es decir que en cuanto cambie algún requerimiento acerca de los agendamientos, o



que algún proceso se actualice, inmediatamente el servicio haga llegar esta información y que la haga extensiva a todo el personal del Centro de Atención al Usuario y de esta manera cuando el asegurado se comunice con ellos y pida información se le dé la correcta. Si el asegurado recibe una mala información puede tomar una decisión equivocada ocasionándole graves problemas, reflejados probablemente en pérdidas de tiempo y dinero, esto repercute en que el mismo se disguste y genere un rechazo hacia la utilización del servicio.

5.6.2 Direccionamiento hacia el Asegurado:

La mejor herramienta que posee el personal del Centro de Atención al Usuario es la información, de allí depende su resultado como asesor de servicio frente al asegurado. Por esta razón, es fundamental proponer que este bien capacitado para que así mismo pueda gestionar las necesidades de cada asegurado, Cada uno del personal del Centro de Atención al Usuario debe conocer los hospitales y clínicas habilitadas para las consultas de los distintos especialistas, sus horarios de atención y los días de habilitación y en caso de informar sobre algún requisito para algún tipo de estudio clínico que deba realizarse el asegurado, lo haga correctamente.

5.6.3 Fomentar el interés por parte del servicio y de los operadores:

El interés es de suma importancia para que el personal rinda, específicamente los operadores, que en el caso del Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social tienen que lidiar todos los días con los asegurados que acceden al servicio para adquirir una consulta médica, que muchas veces no lo consiguen y esto crea en ellos un rechazo total hacia el servicio, generando muchas de las veces quejas y reclamos hacia los operadores que mucho no pueden resolver con respecto al tema, el servicio debería fomentar el interés y motivarlos con recompensas, apoyo y otros beneficios que les fomenten que tienen objetivos alcanzables y que pueden progresar, para que pongan interés en ayudar a los asegurados que se comunican y ser mejores en lo que hacen.



5.6.4 Humanización en la Atención:

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y operadores, la práctica de valores y principios humanísticos y desde el departamento del talento humano promover el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento.

5.7 Relación de las soluciones propuestas con la mejora en la calidad del servicio al cliente/asegurado.

El estudio de los anteriores problemas y causas, así como el diseño de las soluciones propuestas, se relaciona con el servicio al cliente/ asegurado en los siguientes aspectos:

5.7.1 Satisfacción del cliente/ asegurado con la información.

Es una dimensión subjetiva del servicio al cliente donde el conjunto de sentimientos de satisfacción e insatisfacción depende tanto de la satisfacción de la información que se recibe del servicio, como de la satisfacción del servicio en sí mismo, por tanto, el usuario evalúa la información poseída, el resultado del servicio y determinar sus niveles de satisfacción total.

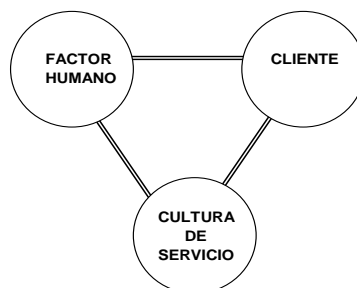
5.7.2 Calidad del producto o servicio.

Según Kaoru Ishikawa, la calidad es todo lo que alguien hace a lo largo de un proceso para garantizar que un Cliente, fuera o dentro de la organización obtenga exactamente aquello que desea en términos de características intrínsecas, costos y atención que arrojarán indefectiblemente satisfacción para el consumidor. La calidad es fundamental para toda organización, ya que es el sello de garantía que la organización ofrece a sus clientes, es el medio para obtener los resultados planeados, proporcionando satisfacción al consumidor como a los miembros de la organización en términos de rentabilidad e imagen frente a sus competidores.

El Instituto de Previsión Social, tiene dentro de sus políticas internas, la prestación y colocación de servicios y productos de calidad, sin embargo, estos objetivos han sido superados por otras organizaciones de la competencia. El análisis de los problemas y causas de los reclamos, en busca de una disminución en la cantidad de las mismas, contribuye al incremento de la calidad de los procesos en los que incurre el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social para brindar sus servicios y buscar la satisfacción en sus asegurados.

Triangulo del servicio. La calidad en el servicio al cliente/usuario incluye tres factores claves para obtener resultados: Factor humano, cliente y cultura de servicio.

Gráfico V.1.4 Triangulo del Servicio.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos investigados.



5.7.3 Cultura de servicio:

La cultura de servicio es aquella filosofía que induce a las personas a comportarse y relacionarse con orientación al Cliente. Sólo al existir una cultura de servicio, la Organización logra el compromiso de su personal en el largo plazo, de esta manera se entregará un servicio de calidad. El Instituto de Previsión Social no es ajeno a este compromiso, por tanto esta cultura intrínsecamente tiene que mejorar los procesos para cumplir con las metas de satisfacción del asegurado.

La cuantificación y estratificación de las reclamaciones es una manera de detectar las fallas en los procesos.

5.7.4 Factor humano:

Al interior de la Organización existen empleados que le prestan servicio y son los que tienen contacto con los clientes. Las personas hacen la diferencia, el factor humano es el más importante recurso. Estos empleados son los que hacen el negocio o producen el fracaso.

El Instituto de Previsión Social tiene claro el anterior concepto, por tanto no deberá escatimar en el fomento del sentido de pertenencia de sus empleados, en afán a que esto se transmita en calidad del servicio a sus asegurados. Las soluciones sugeridas para los problemas de reclamos más comunes, involucran en gran parte capacitación al personal. De esta forma se contribuye a continuar con la tarea de generar compromiso por parte de los empleados.

5.7.5 Cliente.

Aunque los servicios constituyen beneficios para los clientes, las organizaciones los ofrecen o deben ofrecerlos siempre y cuando ellas también se beneficien con ellos. Se es consciente de que para lograrlo se debe mejorar constantemente en el servicio que se presta al cliente.



Los datos de los reclamos obtenidos en el trabajo de investigación realizado pueden ser tomados como indicadores de servicio al cliente/asegurado que afectan al servicio del Centro de Atención al Usuario del Instituto. En vista de esto, cualquier mejora en los porcentajes de reclamación según el motivo, es síntoma de una mejora en los procesos, lo que se traduce en satisfacción del cliente/asegurado.

5.8 Estados Financieros.

5.8.1 Presupuesto de la Operación.

Con la aplicación de esta propuesta de Reingeniería recomendamos la contratación de personal capacitado, profesionales especializados en el área de capacitación y para asumir cargos y llevar a cabo el proyecto. Dichos costos se agregará en el Presupuesto Anual de la Institución para el Centro de Atención al Usuario.

Tabla V: Presupuesto de la Operación – Estados Financieros.

DETALLE	TOTAL
Capacitación del Personal	10.000.000
Contratación de Profesional Especializados	14.000.000
Materiales	5.000.000
Otros	5.000.000
TOTAL	34.000.000

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Autor.



5.8.2 Presupuesto de inversiones y su financiamiento.

5.8.2.1 Costo de investigaciones, experiencias y estudio del proyecto.

Tabla V. 1.3 Presupuesto de Inversiones y Financiamiento – Estados Financieros

DETALLE	TOTAL
Impresiones	200.000
Fotocopias	50.000
Movilizacion	300.000
Internet	80.000
TOTAL	630.000

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Autor.

5.8.3 Evaluación financiera

El Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, desde su creación hasta la actualidad se rige por un convenio entre Instituciones Públicas, en este caso sería COPACO-IPS desarrollado en año 2004 para la creación del servicio, el convenio se rige en un costo cero para el Instituto de Previsión Social en la implementación de dicho Centro de Atención al Usuario, lo que resulta hasta la actualidad no generando costos de llamadas a la Institución.

Por ello el proyecto de Reingeniería del Centro de Atención al Usuario no influirá en los costos del llamadas entrantes, atendidas ni perdidas, sino en la productividad del personal encargado de la atención de llamadas y la satisfacción de los asegurados que son la parte más interesada en que este mecanismo sea eficiente al 100%, de acuerdo a las propuestas y necesidades establecidas, fiscalizando la labor a realizarse, los recursos implementados, y que se den las respectivas capacitaciones



particularmente en lo que se está fallando y que el financiamiento respectivo de su aplicación no se lo vea como un gasto sino más bien como una inversión.

Con la aplicación de esta propuesta de Reingeniería se espera que los inmersos en la temática y particularmente los directivos del Instituto de Previsión Social, responsable, personal administrativo y operadores del Centro de Atención al Usuario de esta entidad, mediante el conocimiento de nuevas estrategias de servicios, y de la aplicación de mecanismos idóneos sobre dichas actividades, conlleven a mejorar el funcionamiento óptimo de este sistema de llamadas para beneficio de los asegurados y de la entidad como tal que dichos procesos satisfagan y redunde en buenos resultados de calidad y excelencia.

Los resultados de su aplicación se medirán en la compostura en que se vayan poniendo en marcha las propuestas, ya que de no hacerlo el impacto sería tal y cual como sigue, peor aún, las consecuencias se ahondarían más y más; por ende los resultados de ésta y el impacto es muy positivo para los asegurados del seguro social, con el fin de mejorar las condiciones de atención de los mismos dentro del área de cobertura médica del Instituto de Previsión Social.



CONCLUSIONES

Siguiendo las metodologías y utilizando las herramientas básicas de la calidad para el análisis y particularmente de los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los asegurados del Instituto de Previsión Social que utilizan el servicio del Centro de Atención al Usuario, se puede afirmar lo expuesto en nuestra hipótesis;

- Dentro de la propuesta de posibles soluciones de reingeniería de procesos para el Centro de Atención al Usuario es bueno tener en cuenta las ventajas competitivas que estos cambios ofrecerán así como los beneficios esperados dentro del sector salud.
- La reingeniería de procesos se constituye dentro de su marco conceptual una herramienta fundamental que promueve la mejora continua de las organizaciones. Ella dirige el proceso de la misma. En su estado actual, ayuda a ajustar a la organización a partir de antiguos paradigmas hacia uno nuevo de servicio e información dirigido hacia la calidad institucional en todas sus áreas.
- La estrategia de este proyecto es realizar mejoras continuas en la atención y la calidad del servicio entregado por el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social. Se desarrolló el esquema del organigrama propuesto y la estructura funcional del Centro de Atención al Usuario. Esto da más realce a la imagen del servicio y a su compromiso con la calidad y la mejora continua.
- Se ha desarrollado el Flujograma de procesos de agendamientos para el Centro de Atención al Usuario, el cual incluyó una reingeniería del mismo, ya que no contaba con una estructura claramente definida.



- Con la ayuda de herramientas estadísticas de la calidad como Hoja de Verificación y Diagrama de Pareto se pudieron identificar cuáles son los problemas comunes que afronta el Centro de Atención al Usuario y se analizaron las causas que los originan.
- Se analizaron los datos estadísticos obtenidos que arrojaron como resultados los problemas más importante con los que afronta el Centro de Atención al Usuario del Instituto de Previsión Social, como ser el congestionamiento de llamadas en horarios de habilitación de turnos médicos, el tiempo prolongado de espera para ser atendidos por el operador/a y la mala calidad en la atención, en base a dichos resultados se llevaron a cabo las propuestas de mejora.
- Para lograr el cometido del descongestionamiento de llamadas en horarios de habilitación se diseñó una propuesta de horario de habilitación de turnos por áreas, delimitando 6 horas en el turno mañana para los agendamientos del Hospital Central, incluyendo Geriátrico y Centro Odontológico, 6 horas en el turno tarde para agendamientos en Clínicas Periféricas del área central, y 12 horas para agendamientos de centros asistenciales del área interior.
- Se desarrollaron las propuestas para el mejoramiento continuo de la calidad, a través de la implementación de las capacitaciones constantes y continuas del personal del Centro de Atención al Usuario, el direccionamiento hacia el Asegurado, Fomentar el interés por parte del servicio y operadores y la Humanización en la Atención.

Se puede concluir que con la implementación de la Reingeniería de procesos del Centro de Atención al Usuario, se mejorarían la calidad de atención y de servicios brindados a los asegurados del Instituto de Previsión Social.



RECOMENDACIONES

- La contratación de médicos especialistas, ya que existe un déficit de los mismos, por tal razón las autoridades pertinentes deben de buscar las soluciones más óptimas de tal manera que se puedan habilitar más turnos por especialidades para satisfacer las necesidades de los asegurados.
- Agregar los costos de Puesta en Marcha de la Reingeniería al Presupuesto Anual de la Institución, para el Centro de Atención al Usuario, si así lo estimasen conveniente.
- Fortalecer las clínicas periféricas, descongestionando el Hospital Central, para una mejor atención de los asegurados, habilitando más turnos por especialistas.
- Seguir haciendo las diligencias respectivas para que este sistema del Centro de Atención al Usuario no perezca, antes por el contrario se fortalezca y con ello brindar un servicio de calidad.
- Capacitar al personal de manera constante, el personal capacitado es un agente de cambio y de productividad, son la esencia de la organización. Involucrar a todo el personal en el proceso de mejora continua.
- Planificar y realizar auditorías internas que permitan identificar elementos que puedan aportar a la mejora.
- Utilizar herramientas estadísticas que le permitan a la organización conocer el comportamiento de sus procesos, interpretar sus resultados y emprender acciones de mejora; y al mismo tiempo aumentar la satisfacción del



asegurado al garantizar la Calidad en forma continua de los servicios que brinda.

- Elaborar un Manual de Calidad el cual contenga las políticas de calidad del Centro de Atención al Usuario, una descripción del Sistema de Calidad, que tenga como función servir como guía del sistema, e indicar mediante referencias cuáles son los documentos que desarrollan cada requisito de la norma ISO 9001:2008. Además servirá para la elaboración de procedimientos, instrucciones de trabajo, etc. a fin de asegurar que las operaciones se realicen de manera ordenada y coordinada



BIBLIOGRAFÍA

- Directory, M. (2009). Centros externos de llamadas. Mexico: CECSA.
- Engineers, I. O. (2008). Mas allá de la Reingenieria. Mexico: CECSA.
- Figueroa,S.(2009). Call Cenrter-Integración Informatica. Colombia.
- Fonseca, G., (1997). Tesis. Proposición de una Metodología Basada en el sistema ABC para determinación de Gerencia de Costos. Universidad de Santa María. Brasil.
- Harrington, H. James. (1993). Mejoramiento de los procesos de la empresa. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, S.A. México.
- Institute of Industrial Engineers. (2009), “Más allá de la Reingenieria”. Ed. CECSA. México. .
- ISO 9000:2005,(2005) Sistemas de Gestión de la Calidad-Fundamentos y Vocabulario, Publicado por la Secretaría Central de ISO, Ginebra-Suiza.
- ISO 9001:2008, (2008) Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos, Publicado por la Secretaría Central de ISO, Cuarta Edición, Ginebra-Suiza.
- Ley N° 375 del 27 de Agosto de 1956 Aprueba el Decreto-Ley N° 1860.
- Ley N° 1.860 del 1° de Diciembre de 1.950, Modifica el Decreto-Ley que le dio origen al IPS, siendo ampliado sus servicios a los Asegurados.
- Ley N° 98/92 establece el régimen unificado de jubilaciones y pensiones y modifica las disposiciones del Decreto Ley N° 1.860, aprobado por la Ley N° 375/56 y las leyes complementarias N° 537 de fecha 20 de setiembre de 1958 y 1286 de fecha 4 de diciembre de 1987.IPS Asunción Paraguay
- Maldonado, J. (2015). Fundamentos de la Calidad Total. Recuperado el 10 de 10 de 15, de www.academia.edu/10342102.Fundamentos de calidad total



Medina J, C., & Sotomayor , J. (2013). Reingeniería en procesos administrativos y operativos en clínica Medina. Guayaquil.

Mora F.Schupnik, W. (2008). La Reingeniería. PDF, México: Mejores Prácticas.

Schuldt J. y E. Navarro. (2009). Los epígrafes. “Principios de la Reingeniería”, “Características de la BPR” e “Instrumentos y técnicas”. Sevilla. Ed. Mateos.

Senlle, A., & Martínez, E. (2001). ISO 9000. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.

Tamarit, C. (2002) - Variables que influyen en el Diseño, Implantación y Control de Sistemas de Costes y Gestión basados en las Actividades. Estudio de un caso, Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

Villaroel, M. (2009). Manual de Procesos y Procedimientos. España: Guía Básica.



ANEXOS



ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL

Instituto de Previsión Social

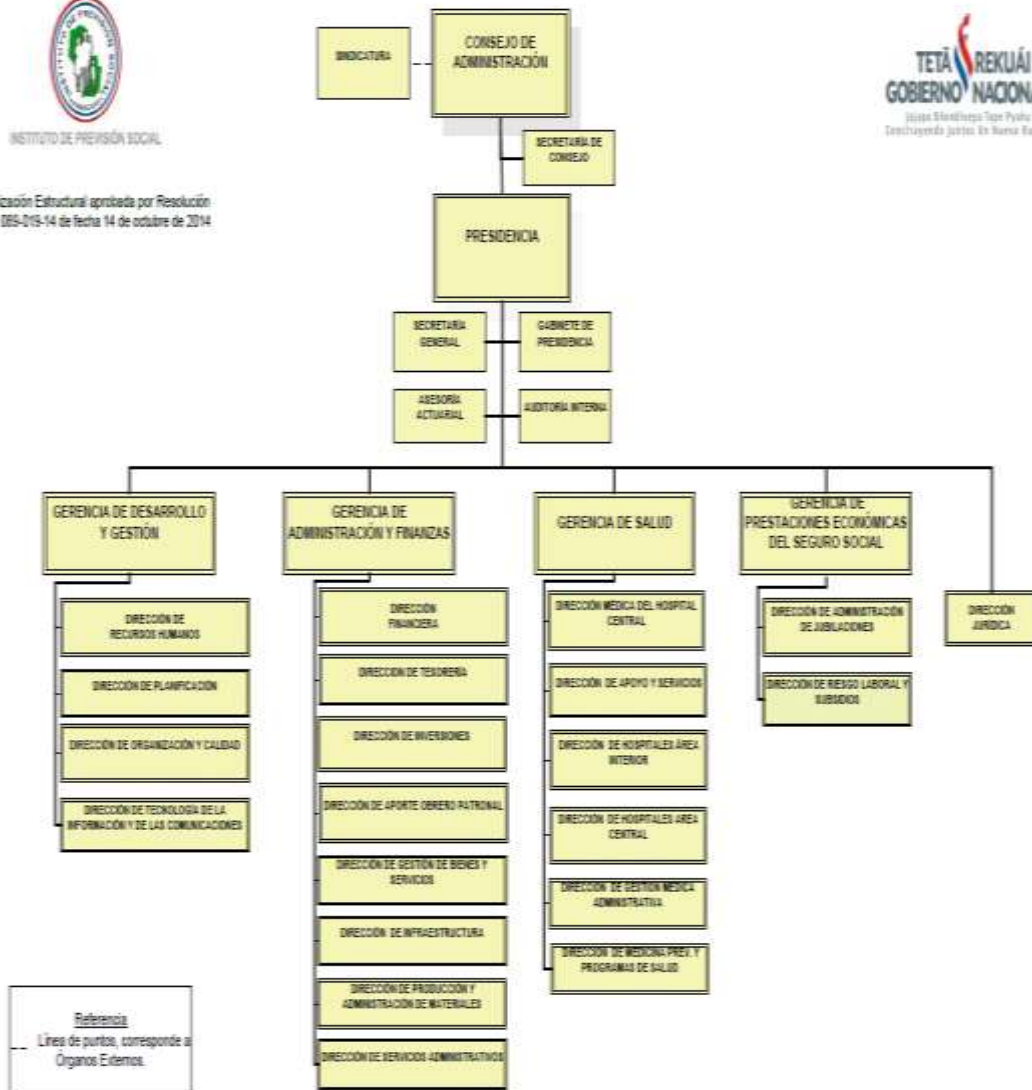
Aprobado por Resolución CA N°089-019/14

Actualizado a Setiembre 2015



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

Organización Estructural aprobada por Resolución CA N° 085-015-14 de fecha 14 de octubre de 2014



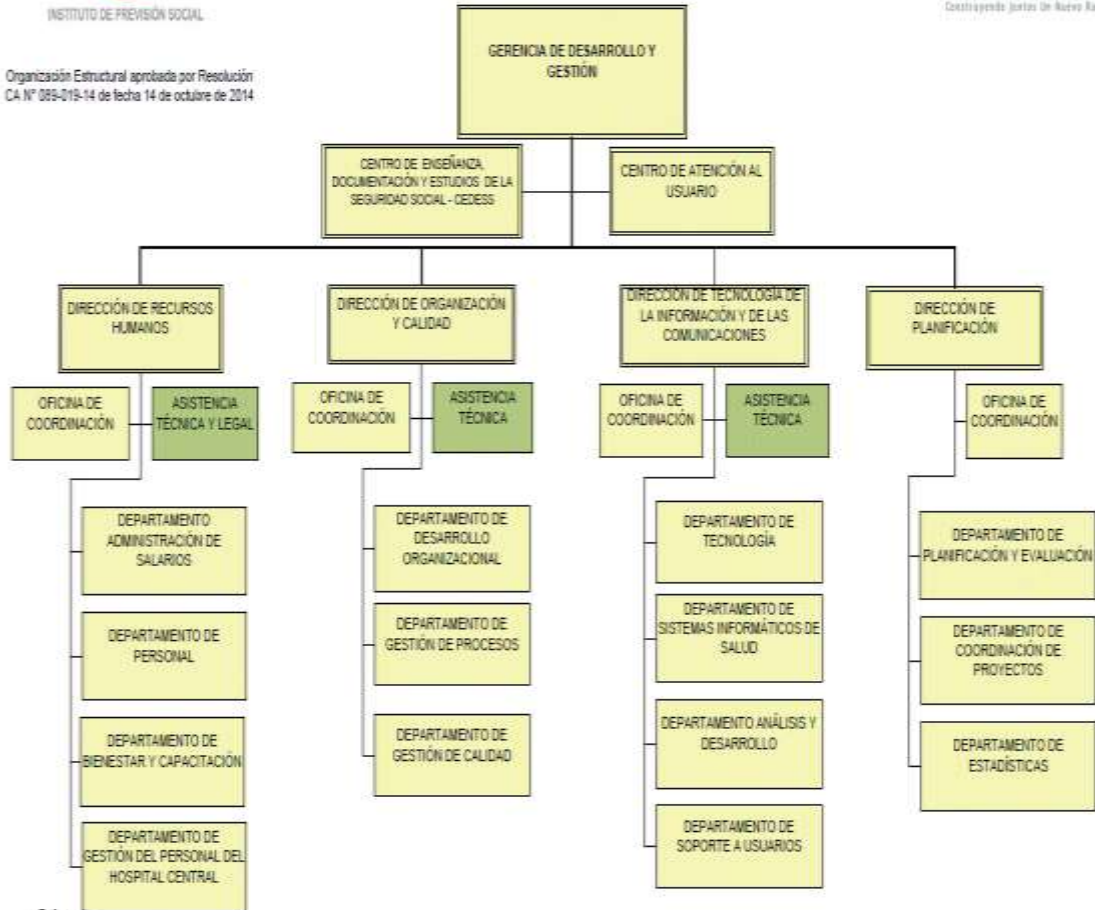


INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

PRESIDENCIA DEL INSTITUTO



Organización Estructural aprobada por Resolución CA N° 089-019-14 de fecha 14 de octubre de 2014



Referencia

Área Unidad funcional – Sin nivel jerárquico



 INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL Dirección de Desarrollo y Gestión	CENTRO DE ATENCION AL USUARIO EVALUACION DE OPERADORES	MONITOREO Y CONTROL DE LLAMADAS	
		Versión	
		Página	1 de 1

Nombre y Apellido:			
Horario Laboral:			
Nro. de IP:		Fecha:	
		¿Cumple?	
		SI	NO
1. Se Identifica correctamente e Identifica a la Institución al atender la llamada.			
2. Utiliza lenguaje de fácil comprensión.			
3. Escucha atentamente e interpreta las consultas del Asegurado.			
4. Mantiene en todo momento serenidad y paciencia ante los requerimientos solicitados por el Asegurado.			
5. Brinda agilidad y calidad en la atención al momento de prestar el servicio.			
6. Presta atención al requerimiento del Asegurado en cuestión (Turno solicitado, Informe de Reposos, Cancelaciones e Informes Varios)			
7. Solicita la identificación correspondiente por número de cédula al recurrente.			
8. Verifica correctamente los derechos del recurrente, ante el sistema informático habilitado para el efecto.			
9. Informa con moderación y respeto a los requerimientos del Asegurado.			
10. Solicita siempre las disculpas en caso de no poder brindar la atención requerida por el asegurado.			
11. Agradece la preferencia por el servicio y se despide correctamente del recurrente.			
12. Mantiene un mismo timbre de voz, sin exaltaciones ante el asegurado			
13. Modera y pronuncia las palabras correctamente, a objeto de evitar malos entendidos o de interpretación.			
14. Se dirige siempre al recurrente en tercera persona			