



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

REDISEÑO DEL PROCESO DE CÁLCULO CORRESPONDIENTE AL PAGO DE
PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA LA ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL

NATALIA CAROLINA TENDERINI REYES

PROFESORA GUÍA:
ROCÍO RUÍZ MORENO

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
MARÍA JOSÉ CONTRERAS AGUILA
GUSTAVO SALINAS NARANJO

SANTIAGO DE CHILE
2021

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TÍTULO DE: Ingeniera Civil Industrial
POR: Natalia Tenderini Reyes
FECHA: 11/01/2021
PROFESORA GUÍA: Rocío Ruíz Moreno

REDISEÑO DEL PROCESO DE CÁLCULO CORRESPONDIENTE AL PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS PARA LA ASOCIACIÓN CHILENA DE SEGURIDAD

La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) es una empresa privada, sin fines de lucro y corresponde a uno de los organismos administradores del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744. Uno de sus principales servicios es el otorgamiento de prestaciones económicas. Dentro de estas se encuentra el beneficio de subsidio, que corresponde al monto de dinero que reemplaza la renta del trabajador mientras se encuentre incapacitado para realizar su trabajo, originado por un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

Actualmente la ACHS paga alrededor de 18.200 subsidios al mes, de los cuales alrededor de un 15% de los pacientes no recibe el pago del beneficio en el plazo normado. Junto a lo anterior, el proceso para determinar el monto a pagar tiene etapas de digitación manual, ocasionando ineficiencias que generan una estimación de pérdidas anuales de 170 MM\$.

En este contexto se desarrolló el presente trabajo de título, el cual presenta una solución innovadora en el rediseño del proceso que permite desafiar el sistema existente de pago de licencias médicas de los pacientes, considerando el alto impacto que este puede tener en los hogares de los trabajadores y familias de Chile.

Para realizar el trabajo se utilizó principalmente la metodología de rediseño de Oscar Barros, para entregar la solución óptima al problema identificado, junto con la metodología de gestión del cambio, de tal manera de garantizar el éxito del rediseño propuesto. El documento incluye las etapas de definición del problema, hipótesis de porqué se presenta este, diagnóstico del proceso actual de la organización, propuestas de soluciones, rediseño del proceso, plan de implementación y evaluación económica del rediseño, incluyendo conclusiones y recomendaciones futuras.

El rediseño propone que el cálculo de subsidios se realice a partir de un algoritmo que determine el beneficio económico de los pacientes, el cual se construyó a partir de la base de datos de los cotizantes de Chile, obtenida de la empresa PreviRed. Este cambio evita digitaciones manuales, evidenciando un ahorro anual de 1.584 MM\$ en promedio.

El rediseño reduce los tiempos de otorgamiento del beneficio, ya que el 93% se calcularía de manera automática, generando optimización de recursos económicos y humanos para la organización y disminuye. Es importante destacar la importancia de la gestión del cambio, ya que si este no se gestiona correctamente, existen probabilidades significativas de que la implementación del rediseño falle.

TABLA DE CONTENIDO

I.	ANTECEDENTES GENERALES	1
	i. Historia y rubro de la organización	1
	ii. Objetivos, misión y visión	1
	iii. Organigrama	2
	iv. Productos y/o Servicios.....	4
	v. Clientes	5
	vi. Dimensionamiento de la actividad realizada por la organización.....	5
	vii. Ventaja competitiva	6
	viii. Marco institucional	6
	ix. Desempeño organizacional.....	7
II.	DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN.....	9
	i. Área de la organización.....	9
	ii. Identificación y justificación de la oportunidad	12
	iii. Hipótesis del problema.....	19
	iv. Propuesta de valor de la solución o impacto del cambio propuesto	21
III.	OBJETIVOS.....	22
	i. Objetivo general	22
	ii. Objetivos específicos	22
IV.	RESULTADOS ESPERADOS	23
V.	ALCANCES.....	24
VI.	MARCO CONCEPTUAL	25
	i. Gestión de procesos	25
	ii. Rediseño de Procesos	26
	iii. Business Process Model and Notation (BPMN)	28
	iv. Gestión del cambio	29
VII.	DISCUSIÓN DE METODOLOGÍAS	32
VIII.	METODOLOGÍA	33
	i. Definición del proyecto y diagnóstico de la situación actual.....	33
	ii. Evaluar alternativas de solución.....	34
	iii. Rediseño y modelamiento del proceso de pago de subsidios.....	34
	iv. Plan de implementación	35
	v. Evaluación del rediseño propuesto	35
IX.	DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL REDISEÑO.....	36
	vi. Definición	36
	vii. Objetivos	36
X.	DIAGNÓSTICO Y MODELAMIENTO	37
	i. Caso Directo y Convenio.....	37
	ii. Caso Público	42
	iii. Cálculo del beneficio	44
	iv. Cuantificación del Proceso actual	47
	v. Benchmark	52
	vi. Directrices de cambio.....	53
	viii. Posibles alternativas de solución para resolver el problema.....	53
	vii. Contrato con PreviRed y autorizaciones SUSESO	56
XI.	PROPUESTA DE REDISEÑO	59
	i. Rediseño del pago de subsidios directos, convenio y público.....	59

	ii.	Análisis del rediseño	64
XII.		PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	70
	i.	Plan de preparación	70
	ii.	Plan de implementación	72
	iii.	Plan de mejora continua.....	76
XIII.		EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	77
	i.	Inversión inicial rediseño.....	77
	ii.	Beneficios del rediseño propuesto	78
	iii.	Costos del rediseño propuesto.....	79
XIV.		RECOMENDACIONES FUTURAS	82
	i.	Automatizar información de rentas de contratos	82
	i.	Aumentar frecuencias de pagos mensuales	83
	ii.	Evaluar rediseño para Pensiones e Indemnizaciones.....	83
XV.		CONCLUSIONES	85
XVI.		BIBLIOGRAFÍA.....	88
XVII.		TRABAJOS CITADOS	89
XVIII.		ANEXOS.....	90

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración N°1: Organigrama administrativo Asociación Chilena de Seguridad	
Ilustración N°2: Organigrama Subgerencia Gestión del Seguro.....	
Ilustración N°3: Organigrama Prestaciones Económicas	
Ilustración N°4: Árbol de problema: El proceso de pago de subsidios es deficiente en plazos y en su manera de ejecución	
Ilustración N°5: Flujo de gestión de procesos	25
Ilustración N°6: Metodología de rediseño de procesos	
Ilustración N°7: Versión resumida de Flujo proceso de pago de subsidios, casos directos y Convenio	37
Ilustración N°8: Versión resumida de Flujo proceso de pago de subsidios, casos Públicos	42
Ilustración N°9: Flujo del rediseño de pago de subsidios para casos directo y convenio	59
Ilustración N°10: Flujo del rediseño de pago de subsidios para público.....	60
Ilustración N°11: Detalle del subproceso del rediseño de analista de cuenta y PreviRed	61

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Participación de Mercado de las mutualidades.....	7
Gráfico N°2: Requerimientos totales de la ACHS. Periodos enero 2018 a mayo 2019.....	
Gráfico N°3: Distribución de los reclamos realizados en el 2019 por tipo de prestación	16
Gráfico N°4: Distribución de los reclamos correspondientes a Prestaciones económicas. Datos enero a noviembre 2019	17
Gráfico N°5: Origen de los reclamos de subsidios, durante el año 2019 (enero a noviembre)	18
Gráfico N°6: Motivos de reclamos del periodo enero a mayo 2019, agrupados por razón	18

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Tipos y descripción de los estados que pueden tener los casos a pagar subsidios	38
Tabla N°2: Excepción de estados que no aplican para caso Público.....	43
Tabla N°3: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020	47
Tabla N°4: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados, según método de pago. Periodo febrero 2019 a enero 2020.....	48
Tabla N°5: Casos Totales de subsidios tipos Convenio (S1) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020	49
Tabla N°6: Casos totales de subsidios tipos Público (S2) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020	49
Tabla N°7: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados, según tipo de Salud. Periodo febrero 2019 a enero 2020.....	50
Tabla N°8: Casos totales de subsidios tipos Convenio (S1) pagados, según tipo de Salud. Periodo febrero 2019 a enero 2020.....	50
Tabla N°9: Casos totales con error. Revisión casos ingresados por Analistas de cuenta	51
Tabla N°10: Casos totales. Revisión casos ingresados por Analistas de cuenta.....	51
Tabla N°11: Campos del registro de respuesta de afiliación por parte de PREVIRED ..	57

Tabla N°12: Precios en función del número de consultas mensuales procesadas	57
Tabla N° 13: Encabezado consulta base cotizante	61
Tabla N° 14: Registro consulta base cotizante.....	62
Tabla N° 15: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de noviembre .	64
Tabla N° 16: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de octubre:	64
Tabla N° 17: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de agosto:	64
Tabla N° 18: Variaciones de rentas entre periodos	65
Tabla N° 19: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad menor al 5%	66
Tabla N° 20: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad entre 5% a 10%.....	66
Tabla N° 21: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad entre 10% a 15%.....	66
Tabla N°22: Total de casos mensuales promedio que debe calcular un analista de cuenta	67
Tabla N°23: Total de casos mensuales promedio a calcular con solución propuesta	69
Tabla N°24: Costo de inversión inicial del desarrollo tecnológico	77
Tabla N°25: Resumen costos de inversión inicial.....	77
Tabla N°26: Resumen beneficios mensuales del rediseño	78
Tabla N°27: Resumen costos mensuales del rediseño	79
Tabla N°28: Síntesis de beneficios y costos de la propuesta de rediseño. Escenario optimista.....	79
Tabla N°29: Síntesis de beneficios y costos de la propuesta de rediseño. Escenario conservador.....	81

INDICE DE ANEXOS

Anexo N°1: Flujo envió de respuesta a oficios o normativas SUSESO.....	90
Anexo N°2: Reclamos año 2018 y 2019 según origen reclamo	91
Anexo N°3: Reclamos 2018 y 2019 con origen empresa, segmentados por tipo.....	92
Anexo N°4: Flujo detallado del pago de subsidio para casos Directos y Convenio.....	93
Anexo N°5: Flujo detallado del pago de subsidio para casos Públicos	94
Anexo N°6: Casos totales con diferencias en lo digitado por los Analistas de Cuenta....	95

I. ANTECEDENTES GENERALES

i. Historia y rubro de la organización

La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) es una empresa privada sin fines de lucro cuyo objetivo principal es administrar el Seguro Social, de acuerdo con la Ley N°16.744, la cual asegura que todos los trabajadores cotizantes estén protegidos por el seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La ACHS fue creada en 1958 por la Sociedad de Fomento Fabril (Sofofa) y la Asociación de Industrias Metalúrgicas y Metalmecánicas (Asimet), con el objetivo de impulsar medidas preventivas y otorgar cobertura de salud, dado la alta accidentabilidad existente en ese entonces. Diez años después de la creación de la organización, cuando existían altas tasas de accidentabilidad, el Gobierno decide crear la ley 16.744 con el fin de establecer obligatoriedad en el sistema de seguro contra accidentes laborales.

El rubro de la organización corresponde al de la Mutuality, en el que actualmente existen cuatro organismos administradores, uno estatal y tres privados, donde la ACHS pertenece al grupo de estas últimas. El seguro que administran estas entidades se financia a través de una cotización obligatoria, que paga mensualmente el empleador por cada uno de sus trabajadores.

La prima actual corresponde a 1,53% en promedio del sueldo imponible del trabajador, la cual se descompone en tres partes: el aporte básico, que corresponde a un 0,9% del imponible, la cotización adicional, la cual se fija a partir del rubro y la tasa de siniestralidad de las empresas y la contribución extraordinaria, que corresponde al 0,01% de las remuneraciones.

El ente encargado de generar cumplimiento de las políticas institucionales y preservar en todo momento el rol social de la organización es el Directorio, involucrado en la toma de decisiones de la gestión y en el resguardo de la salud y seguridad de los trabajadores afiliados. Este se compone por cuatro representantes de las empresas afiliadas y cuatro representantes de los trabajadores afiliados.

ii. Objetivos, misión y visión

La misión de la Asociación Chilena de Seguridad es: “prevenir que los trabajadores sufran accidentes laborales y enfermedades profesionales, poniendo en el centro de las decisiones a las personas, creando relaciones de confianza y entregando un servicio de excelencia” [1]. La principal aspiración de la organización es: “hacer de Chile el país que mejor cuida a sus trabajadores y familias” [2], donde la gestión diaria considera tres ejes estratégicos: excelencia en lo que se hace, valor social y gestión de talento y cultura distintiva.

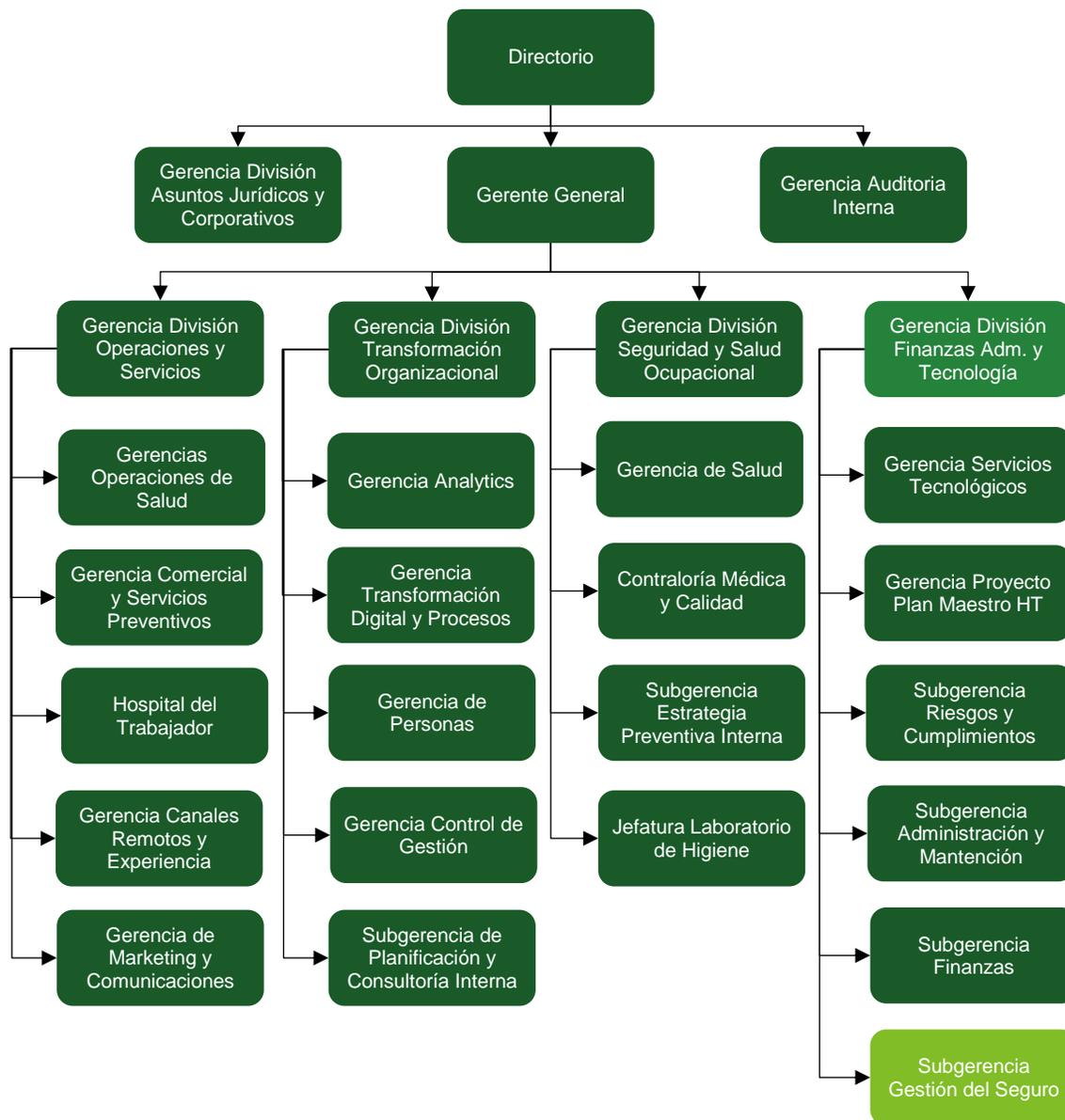
iii. Organigrama

En la Ilustración N°1 se muestra el organigrama administrativo, encabezado por un directorio, el cual se constituye como se mencionó anteriormente por cuatro representantes de empresas afiliadas a la ACHS, los cuales son elegidos en la Junta Ordinaria de Asociados y cuatro representantes de trabajadores afiliados, elegidos en votación directa por los representantes titulares de los trabajadores en los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad de las empresas adheridas [3]. La última elección se realizó en julio del 2017, donde se constituyó el directorio actual, presidido por Paul Schiodtz.

Las principales funciones del directorio son velar por el cumplimiento de la misión de la ACHS, aprobar y controlar la implementación del plan estratégico, supervisar el cumplimiento de la ley y regulaciones y, por último, seleccionar y remover al Gerente General, Fiscal y Auditor Interno.

Dependiendo del Directorio se encuentra la administración superior, encargada de ejecutar planes y políticas aprobadas por el directorio, además de dirigir y supervisar las principales actividades de la ACHS.

Ilustración N°1: Organigrama administrativo Asociación Chilena de Seguridad



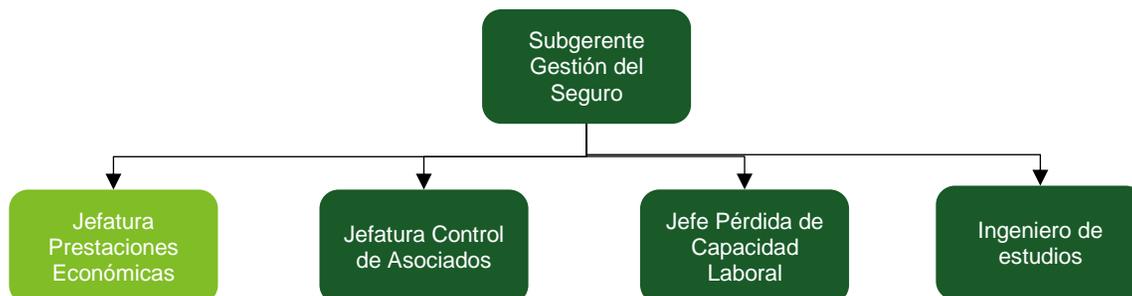
Fuente: Elaboración propia a partir de información recopilada de la organización

Se profundizará en la Subgerencia Gestión del Seguro, que lidera el área de Prestaciones Económicas, debido a que corresponde al área afectada por el problema que se desarrollará en el trabajo de título.

Subgerencia Gestión del Seguro

La subgerencia Gestión del Seguro está a cargo de tres áreas. Ver Ilustración N°2.

Ilustración N°2: Organigrama Subgerencia Gestión del Seguro



Fuente: Elaboración propia a partir de información recopilada del área de Prestaciones Económicas

La subgerencia tiene tres funciones principales. A través del área de Prestaciones Económicas se gestiona y controlan los procesos de pago de los beneficios económicos a los pacientes con incapacidades temporales y permanentes. El área de Control de Asociados se preocupa del ingreso de las cotizaciones de las empresas afiliadas a la organización y del proceso de cálculo de la tasa de cotización adicional de las empresas adheridas. Por último, el área de Pérdida de Capacidad Laboral se preocupa de la correcta gestión en tiempo y forma de los beneficios relacionados a las incapacidades permanentes producto de un accidente laboral o enfermedad profesional.

iv. Productos y/o Servicios

- Prevención de accidentes y de enfermedades laborales: Este servicio consiste en desarrollar un asesoramiento a las empresas afiliadas, con el fin de controlar los riesgos laborales. Se lleva a cabo a través de mesas de trabajo que identifican los riesgos asociados al entorno y capacitaciones con el fin de prevenir accidentes o padecer una enfermedad profesional en contexto de trabajo.
- Prestaciones de salud: Cuando ocurren accidentes o se desarrollan enfermedades profesionales, los afiliados a la ACHS son trasladados al centro de atención más cercano, ya sea a una de las sedes a lo largo del país, clínicas regionales o al Hospital del Trabajador, destacado por el alto grado de especialización en atención de trauma, quemados y rehabilitación. La recuperación del paciente considera el proceso desde el accidente, hasta que se encuentra capacitado para volver a sus funciones laborales.
- Prestaciones económicas: Este servicio consiste en el otorgamiento de subsidios, indemnizaciones y pensiones a los trabajadores, para diferentes grados de incapacidad o muertes en contextos laborales.

Además, se suman otros servicios que entrega la organización, a través de empresas filiales y sociedades relacionadas, como ESACHS S.A. que administra centros de salud en empresas y faenas productivas, ESACHS Transporte S.A. que se preocupa de rescate y traslado de pacientes, BIONET S.A. con exámenes médicos, Red de Clínicas Regionales S.A. a través de servicios clínicos ambulatorios y hospitalarios [4] y OTEC ACHS, la cual realiza capacitaciones a empresas afiliadas en temas de seguridad y prevención.

v. Clientes

El principal cliente de la mutualidad son las empresas adheridas según lo estipulado por la ley del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que pagan mensualmente una cotización por cada trabajador a la Asociación Chilena de Seguridad. Dicha cotización se define según el proceso del DS67, el cual determina las tasas de cotizaciones, a partir de una evaluación de la siniestralidad de las empresas cotizantes.

Los usuarios corresponden a los trabajadores de las empresas cotizantes en la ACHS, quien al momento de sufrir un accidente con origen laboral o padecer una enfermedad profesional, reciben prestaciones médicas en el centro de atención más cercano a su lugar de trabajo o accidente y prestaciones económicas, en caso de que corresponda. Por otro lado, corresponden a usuarios todos los trabajadores que reciben servicios de prevención por parte de la mutualidad.

vi. Dimensionamiento de la actividad realizada por la organización

La ACHS posee una amplia red de salud para atender los diferentes requerimientos producto de accidentes laborales protagonizados por los más de 2 millones 600 mil trabajadores afiliados, pertenecientes a más de 73 mil entidades empleadoras adheridas. Para ello, cuenta con el Hospital del Trabajador y 7 clínicas regionales que permiten prestar atención de mediana y alta complejidad a lo largo del territorio nacional.

Para atención ambulatoria, cuenta con 87 centros de atención abiertos a público, repartidos a lo largo de todo Chile, además de más de 190 policlínicos y salas de primeros auxilios en faenas. En caso de emergencias, se tienen más de 400 vehículos de traslado y rescate. Lo anterior, permite realizar más de 2 millones de atenciones anuales a través de la amplia red de salud.

Actualmente, la ACHS produce ingresos por cotizaciones de alrededor de 363 mil millones anuales, generando un margen anual de 34.400 millones.

vii. Ventaja competitiva

A lo largo de la historia, la Asociación Chilena de Seguridad ha tenido como objetivo posicionarse en el mercado como líder, lo cual ha logrado durante los últimos años, siendo la mutual con mayor participación de mercado. Los esfuerzos actuales de la compañía están enfocados en optimizar procesos y costos actuales, con el fin de generar mejores márgenes operaciones. Al ser una organización sin fines de lucro, el margen se utiliza para consolidar la trayectoria e impulsar inversiones con el fin de mejorar la calidad y niveles en servicios a las entidades afiliadas y garantizar una menor accidentabilidad.

La ventaja de la organización que la destaca por sobre la competencia es el alto nivel de prestaciones de salud que ofrece a través del Hospital del Trabajador, ya que es uno de los hospitales con mejores servicios y nivel de complejidad que existen a nivel nacional. En línea a lo anterior, potenciando la propuesta de valor, actualmente la ACHS se encuentra desarrollando un proyecto de inversión que consiste en la modernización del hospital, proyecto que terminará en el 2022 y que significó una inversión de US\$ 125 millones, cuyo objetivo final es generar sinergia con el plan estratégico de la organización, que es hacer de Chile el país que mejor cuida a los trabajadores y además ofrecer un servicio de salud de excelencia.

viii. Marco institucional

Regulaciones relevantes

El principal regulador de los organismos administradores es la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), que corresponde a una institución autónoma del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, “a cargo de fiscalizar el cumplimiento de la normativa de seguridad social y garantizar el respeto de los derechos de las personas, especialmente de los trabajadores, pensionados y sus familias” [5].

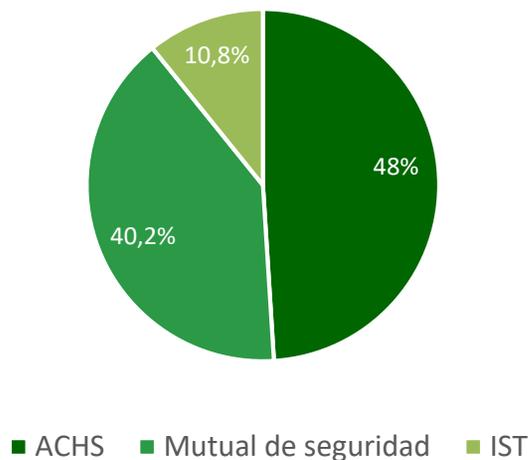
Todos los organismos administradores están regulados por la Ley N°16.744, creada en 1968, la cual establece la norma del Seguro Social Contra Riesgos de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, donde todas las entidades empleadoras de Chile, sin importar el tamaño de sus empresas u organizaciones deben estar afiliadas a uno de los organismos administradores. El propósito de esta ley es prevenir, para evitar que ocurran accidentes o se contraigan enfermedades profesionales, otorgar prestaciones médicas, para que el trabajador pueda volver a sus funciones laborales y en lo posible, con todas sus capacidades y, por último, entregar prestaciones económicas para suplir la pérdida de capacidad laboral del trabajador y sus derecho-habientes. La ley N°16.744 está normada a través del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, compuesto por nueve libros.

Mercado

Como se mencionó anteriormente, existen tres organismos administradores privados: La ACHS, la Mutual de Seguridad, fundada en 1966 por la Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), creado por la Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua en 1957 [6]. Además, existe un organismo administrador estatal, correspondiente al Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

Al tratarse de un mercado en el cual el precio se encuentra regulado, la existencia de competencia es a partir de la calidad de los servicios ofrecidos por las mutualidades. La participación de mercado de la ACHS es de un 48%, creciendo un punto porcentual respecto al año pasado, tras fortalecer relación con empresas previamente adheridas.

Gráfico N°1: Participación de Mercado de las mutualidades



Fuente: Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Memoria ACHS 2019

ix. Desempeño organizacional

En 1958 cuando se creó la Asociación Chilena de Seguridad, se tenía una visión de empresa enfocada en desarrollar la calidad de trabajo de los chilenos, mejorando las condiciones de seguridad y salud que se tenían en ese contexto. En aquel entonces, existía una tasa de accidentabilidad superior al 35%.

Hasta el año 1990 el foco de la organización fue fortalecer las medidas preventivas, logrando una reducción de la tasa de accidentabilidad en un 75%. Para el año 2010 la ACHS terminaba su etapa de crecimiento, posicionándose como líder del mercado con una participación de un 52%. A pesar de ser líder, la ACHS en ese entonces contaba con márgenes operacionales negativos, ya que durante esta etapa los costos de la organización crecían con mayor rapidez que los ingresos.

A partir de lo anterior, el foco de la ACHS desde ese momento hasta la actualidad ha sido generar optimizaciones operacionales. Contando con el apoyo de consultorías externas,

diagnosticaron el desempeño histórico y determinaron los cambios y reestructuraciones necesarias, con el fin de optimizar el capital humano, innovar en tecnologías y robustecer los procesos para disminuir costos de la empresa. Lo anterior se traduce, a que en el 2019 la organización alcanzara un margen operacional de alrededor del 5,0% y un excedente final que permitiera seguir impulsando inversiones orientadas a garantizar una menor accidentabilidad de sus empresas afiliadas.

II. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO Y JUSTIFICACIÓN

i. Área de la organización

La Asociación Chilena de Seguridad tiene como rol otorgar prestaciones económicas, en caso de que el trabajador afiliado a ella sufra un accidente del trabajo o enfermedad profesional. La organización hace entrega de subsidios, indemnizaciones y pensiones. El área encargada de este proceso corresponde a Prestaciones Económicas.

Las indemnizaciones se entregan a los trabajadores que presentan incapacidad de tipo permanente a raíz de un accidente de trabajo o por enfermedad laboral, dependiendo del grado de invalidez del afectado. Esta prestación se otorga a pacientes que presentan una pérdida de capacidad de un 15% a un 37,5%.

Por otro lado, se otorgan pensiones a los trabajadores, ya sea por invalidez temporal o permanente, a causa de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, y a las familias afectadas por la muerte de un trabajador producto del accidente. Este tipo de prestación se otorga a pacientes con una pérdida de capacidad desde un 40% a un 100%.

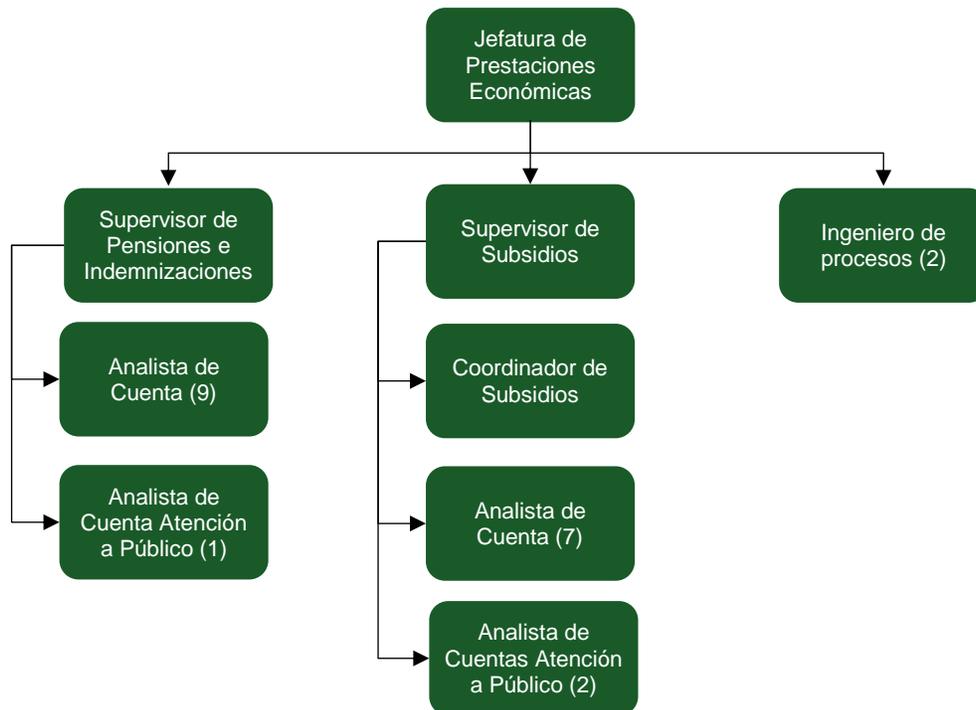
Los subsidios, son prestaciones que se brindan a los trabajadores durante los periodos de incapacidad laboral temporal, producto de un accidente ocurrido durante el desempeño de sus funciones o una enfermedad laboral.

Estas prestaciones, se deberán pagar según los plazos establecidos en el libro VI. Prestaciones Económicas, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales [7], correspondiente a la normativa vigente del Seguro Social de la Ley N°16.744.

Organigrama

Para cumplir con las funciones del área se cuenta con un jefe de Prestaciones Económicas (ver Ilustración N°3) que tiene como función principal relacionar el área con el contexto de la organización y mostrar entendimiento del rol que esta juega en el desempeño de la organización. Además, cuenta con dos supervisores, uno de pensiones e indemnizaciones y otro de subsidios, que tienen como rol gestionar y liderar los equipos, con el fin de dar continuidad operacional a los procesos y otorgar las prestaciones económicas en correcta forma y plazos, cumpliendo con los estándares de la normativa.

Ilustración N°3: Organigrama Prestaciones Económicas



Fuente: Elaboración propia a partir de información recopilada del área Prestaciones Económicas

Se profundizará en el área de subsidios, ya que es el área en el cual se presenta el problema que desarrolla el trabajo de tesis.

La principal función del supervisor de subsidios consiste en velar por el pago en tiempo y forma de todos los reposos laborales. Además, tiene funciones cíclicas como la distribución de casos a calcular mensualmente y distribución de requerimientos de empresas o pacientes al equipo de analistas de cuentas, validación de la nómina de pago y medición de productividades del equipo. Por otro lado, tiene el rol de responder oficios¹ del ente regulador.

El coordinador de subsidios es el encargado de generar sinergias entre el trabajo de los analistas de cuentas y los requerimientos del supervisor de subsidios. Además tiene funciones periódicas como generar la nómina de pago, revisar los errores generados durante el cálculo del equipo de analistas de cuentas, levantamiento y corrección errores en el sistema informático, generar reporte GRIS (Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión), que tiene como objetivo facilitar el cumplimiento de lo normado por la SUSESO, entregando información actualizada, tanto de los afiliados como del organismo administrador del seguro y sus prestaciones². Por último, cumple la función de capacitar a los nuevos integrantes del equipo.

¹ Los oficios son cartas formales enviadas por la autoridad (SUSESO) que imparten instrucciones e informan sobre alguna materia en específico. En la mayoría de los casos, solicitan el envío de una respuesta en un plazo estipulado.

² Libro IX. Sistemas de Información. Informes y Reportes / Título II. Gestión de Reportes e Información para la Supervisión, Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Los analistas de cuentas tienen como principal función la revisión de documentación necesaria para el cálculo de un subsidio y la digitación de la información en sistema SAP³. Por otro lado, responden las consultas de los pacientes y empresas mediante el CRM interno de la empresa, pagan las cotizaciones erróneas⁴, envían notificación a las empresas de los nuevos reposos creados de sus trabajadores y realizan la revisión cruzada de casos calculados por sus compañeros. La diferencia de los analistas de cuentas de atención a público es que además de las funciones anteriormente mencionadas, tienen que realizar respuestas a consultas presenciales de pacientes en módulo de atención a público y realizar pagos por caja de beneficios a pacientes.

El proceso de pago de subsidios se enfoca en realizar y hacer efectivos los pagos de todos los pacientes calificados como “Laboral” en reposo y que cumplan con las indicaciones establecidas en la Ley 16.744. Aquellos pacientes que no cumplen con lo establecido en la Ley y/o corresponden a pacientes VSC no están considerados como pacientes de este Proceso.

Productos y Servicios de Prestaciones económicas

El principal producto que entrega el área corresponde al pago de subsidio. Este pago se desagrega en un monto líquido que se paga directamente al trabajador y un concepto de cotizaciones previsionales. Mensualmente se pagan 18.200 subsidios aproximadamente, correspondientes a un total de 3.750 MM\$ en promedio. Estos subsidios se califican en tres grupos:

1. Subsidio directo (Tipo S0): Corresponde al 92% de los casos totales pagados. En este tipo de prestación, la ACHS realiza 2 pagos, uno correspondiente al pago líquido que se entrega al paciente y un pago de cotizaciones previsionales pagadas mediante PreviRed por conceptos de salud, AFP y AFC, en caso de que corresponda.
2. Subsidio convenio (Tipo S1): Los subsidios de este tipo, corresponde al 3,7% de los casos totales. Para los casos S1, las empresas afiliadas a la organización pueden firmar un convenio de pago en el cual ellas siguen pagando la remuneración al trabajador, con el objetivo de darles continuidad en el pago y enviar luego la documentación necesaria para que la ACHS regularice el pago con la empresa. En este tipo de subsidios, la ACHS paga el monto líquido directamente a la empresa y genera un pago de cotizaciones previsionales mediante PreviRed por conceptos de salud y AFP y AFC, en caso de que corresponda.
3. Subsidio público (Tipo S2): Las empresas públicas, corresponden al 4,3% de los pagos totales. Para este tipo de empresas, el empleador continúa pagando las remuneraciones y cotizaciones al trabajador que se encuentre con reposo por origen laboral, por lo que, en el momento de recibir la documentación necesaria

³ Sistema ERP en el cual se gestionan los procesos de la organización

⁴ Proceso en el cual se paga la diferencia de cotizaciones de un trabajador, debido a que el pago inicial tenía algún tipo de error

para el cálculo del subsidio, la ACHS paga directamente el monto bruto a la entidad pública (cotizaciones más subsidio líquido).

Por último, el área de Prestaciones Económicas también presta servicios de capacitaciones relacionadas con el pago de subsidios a las distintas agencias y clientes, con el fin de que estas puedan entregar información oportuna y correcta a los pacientes ACHS, respecto a la metodología de cálculo del beneficio y plazos de éste.

Regulaciones

El ente regulador como se mencionó anteriormente es la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Para cumplir con el rol regulador, la SUSESO envía requerimientos de información, oficios o normativas impartidas a los Organismos Administradores. Estos son recepcionados por la Gerencia División Asuntos Jurídicos y Corporativos, quienes derivan esta solicitud al dueño del proceso, con el fin de que este remita, dentro del plazo establecido la información requerida.

En el Anexo N°1: *Flujo envío de respuesta a oficios o normativas SUSESO*, se muestra flujo y detalle de cómo se gestionan los requerimientos de la SUSESO, a nivel transversal de la compañía.

ii. Identificación y justificación de la oportunidad

El problema principal que afecta el área de Prestaciones Económicas de la Asociación Chilena de Seguridad es que la totalidad de los pagos de subsidios mensuales no se efectúan en forma correcta y dentro de los plazos que establece la Ley 16.744.

A continuación, se detallan los pasos del proceso de pago y el problema identificado:

1. El proceso del pago de subsidios comienza cuando se crea un nuevo reposo laboral de un trabajador afiliado a la ACHS. A partir de esto, automáticamente se envía un correo al empleador notificando del reposo y solicitando la información necesaria para poder realizar el cálculo del beneficio. El problema de esta etapa es que alrededor del 19% de las empresas no recibe el correo, por lo tanto, el empleador no envía la documentación y como consecuencia no se puede realizar el cálculo del beneficio dentro del plazo de 30 días que establece la ley. La principal razón del problema declarado por el personal de la ACHS es que existe error en la digitación del correo o la base no se encuentra actualizada con la información de correo vigente de las empresas, impidiendo que la empresa sea notificada.
2. Si el empleador recibe el correo, envía la documentación requerida para el cálculo del subsidio a la ACHS. Actualmente, alrededor del 15% [8] de las empresas que envían la documentación lo hacen de forma errada o incompleta.

Algunos de estos errores corresponden al envío de información de meses distintos a los que se deben utilizar para la base de cálculo del beneficio.

3. Posteriormente, los analistas de cuenta se encargan de revisar y validar que la documentación este completa y correcta. Luego, ingresan las rentas dentro del sistema informático SAP, en caso de que la información entregada por el empleador sea la correcta. El problema que presenta esta etapa es que existe una alta probabilidad de error en la digitación de las rentas al ser ingresadas manualmente.

El equipo ha identificado 12 [9] posibles errores que se pueden producir con la digitación, que corresponden a los siguientes:

- a) Mala asignación de la moneda de aporte Isapre (se pone UF cuando es pesos o viceversa)
- b) Cuando en la columna el “tipo de aporte Isapre” en moneda dice “CLP”, corresponde a un error, ya que el aporte sólo puede ser en UF.
- c) Cuando la cuenta RUT tiene guion o punto, ya que el dato debe ir correcto o el banco rechaza caso en nómina.
- d) Si el método de pago elegido es vale vista, el banco sólo puede ser Santander y en algunos casos aparece otro banco
- e) Si la cuenta es tipo RUT, no puede tener seleccionado el pago en efectivo
- f) Si alguna renta imponible es cero y no existen subsidios pagados en ese mes, corresponde a un error
- g) Cuando en la columna renta, el monto es menor al mínimo no remuneracional
- h) Cuando la AFP es distinta en tres meses consecutivos, se levanta una alerta para la revisión manual del caso, ya que puede pasar, como también ser un error.
- i) Si la Isapre es distinta en tres meses consecutivos, se levanta una alerta para la revisión manual del caso, usando el mismo criterio anterior.
- j) Cuando la diferencia entre las tres rentas utilizadas para el cálculo es muy alta
- k) Cuando el aporte AFP no es igual al del registro histórico que se maneja
- l) Cuando el aporte Isapre no es igual al del registro histórico

Actualmente se revisan masivamente sólo siete de estos errores, a través de una Macro⁵ en Excel. Con esta revisión automática, se encuentra en promedio, un 5% de los casos calculados mensualmente con algún tipo de error. Si se asume el mismo porcentaje de error, para los 5 posibles errores restantes, se tendría que el 3,6% de los casos que se pagan, van con errores no identificados, lo que se traduce en 655 casos mensuales con error. Adicionalmente, se identifica que en esta etapa existe ineficiencia en la capacidad del equipo de los analistas de

⁵ Conjuntos de instrucciones que se ejecutan de manera secuencial, creadas a través de VBA (Visual Basic para Aplicaciones)

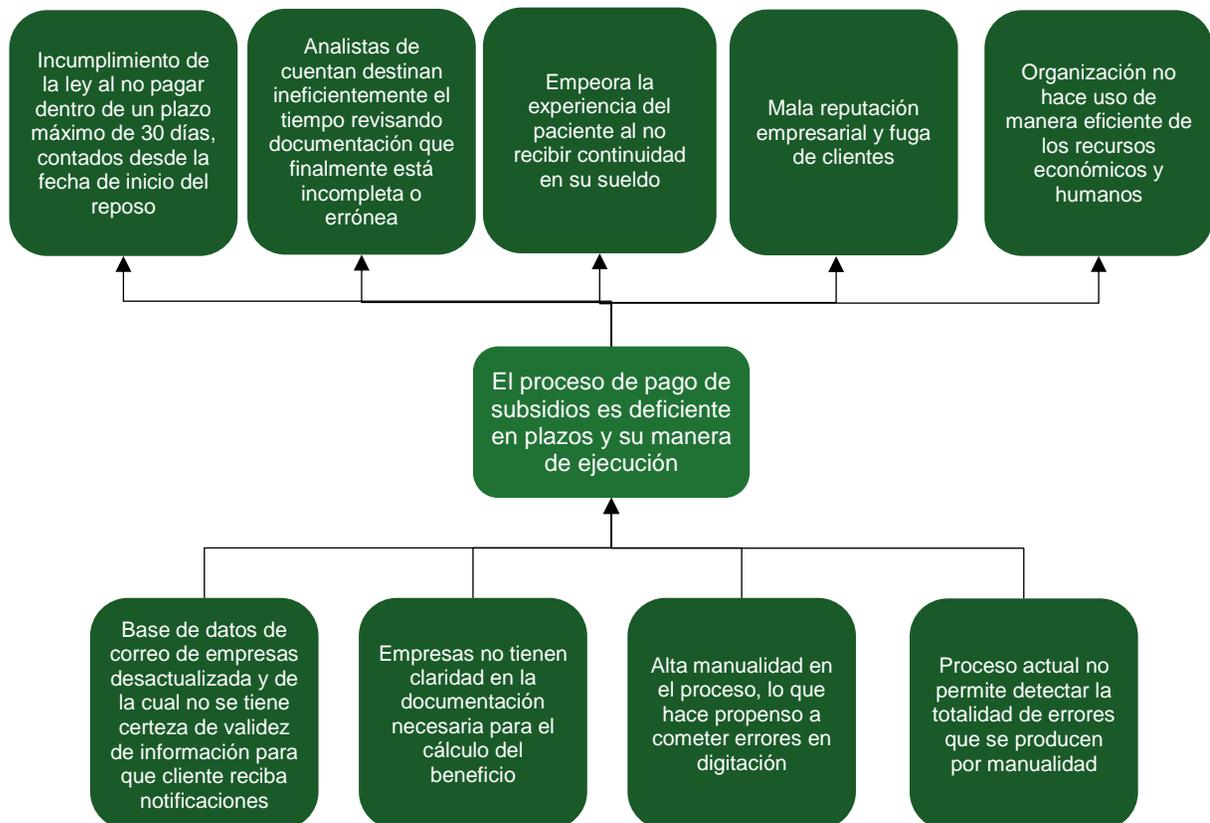
cuentas, ya que, según el KPI establecido por el jefe de Prestaciones Económicas, se deben demorar 6.4 minutos por caso, sólo en el ingreso de las rentas.

- Una vez digitadas las rentas, el sistema SAP calcula automáticamente el monto a pagar de subsidio, donde posteriormente el coordinador del área realiza la validación de la nómina. En este proceso, se evidencia una validación incompleta, por no poder revisar de manera masiva todos los posibles errores que ocurren en la digitación.

En resumen, sumando el 15% de las empresas que no envía documentación del trabajador, más el 3,6% de los casos que se paga con error, se estima que mensualmente hay 3.306 personas que no reciben el pago del beneficio dentro de un plazo de 30 días o reciben un pago erróneo. Por otro lado, el equipo de subsidios recibe mensualmente 483 reclamos en promedio en sistemas CRM SAP y 687 personas en promedio mensual reclamando presencialmente en los puntos de atención al cliente, por pago incorrecto de su beneficio.

En la Ilustración N°4 se resume la problemática, identificando sus causas y consecuencias actuales.

Ilustración N°4: Árbol de problema: El proceso de pago de subsidios es deficiente en plazos y en su manera de ejecución



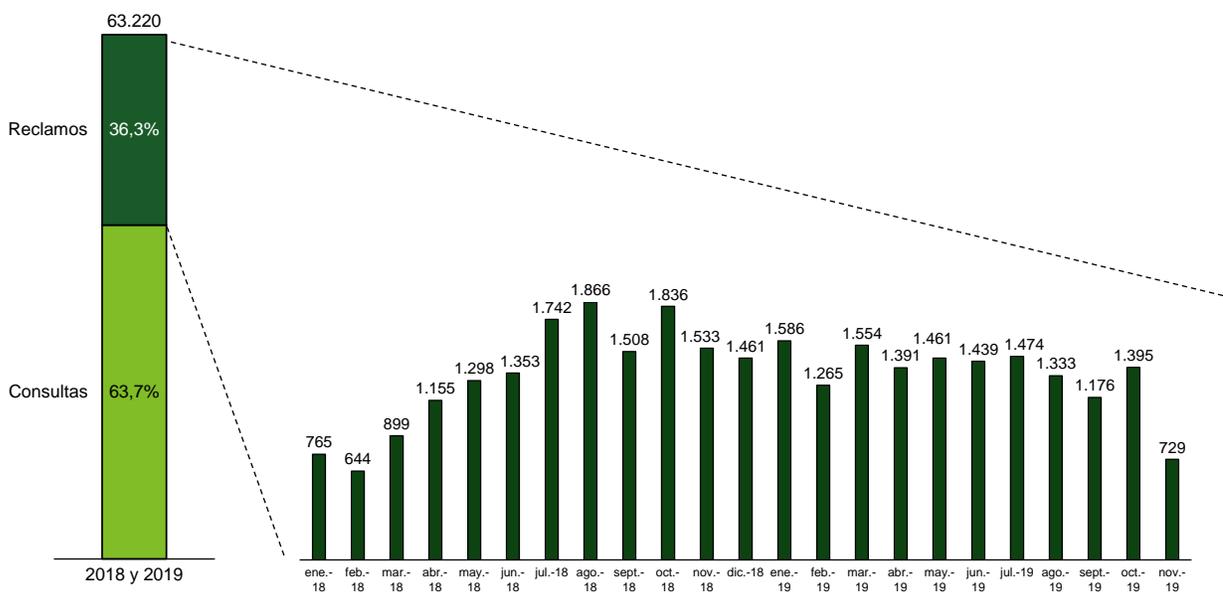
Fuente: Elaboración propia a partir de información levantada con jefe PEC

Reclamos de pacientes

Se genera evidencia cuantitativa a partir de los reclamos recibidos por la Asociación Chilena de Seguridad, respecto a las distintas prestaciones que ésta otorga.

Dentro de la organización, existe una subgerencia en el cual se centralizan los requerimientos⁶ creados a las distintas áreas de la organización, correspondiente al área de Canales Remotos y Calidad. Si se analizan los requerimientos totales del año 2018 hasta noviembre 2019 a nivel de compañía, se observa que el 36,3% de los requerimientos totales, corresponden a reclamos, de cualquier tipo de prestación que ofrece la compañía. Ver Gráfico N°2.

Gráfico N°2: Requerimientos totales de la ACHS. Periodos enero 2018 a mayo 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos entregados por área de Prestaciones económicas y Subgerencia de canales remotos y calidad

En periodos anteriores a Julio 2018, no existía un único canal para recibir reclamos y requerimiento de los clientes internos y externos de la compañía. Estos se podían realizar de manera telefónica, por correo, presencial, entre otros.

En julio 2018 se canalizaron los reclamos a través de un único medio que fue CRM SAP (también se mantienen los reclamos presenciales que se reciben en atención a público). Esto evidenció por primera vez el panorama real de reclamos que existía en el área de Prestaciones Económicas. Es importante destacar, que no se concluye que el aumento de reclamos se explique solo por lo anterior, ya que también existen claros focos de insatisfacción del cliente.

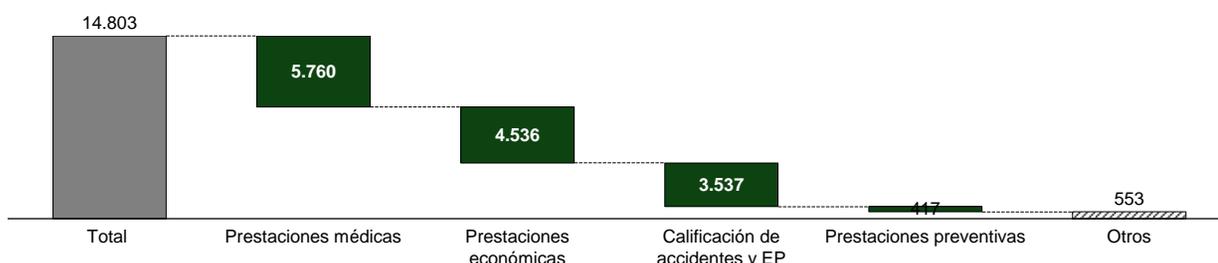
Si se segmenta la data de los reclamos, se tiene que el 71% del total viene a través de trabajadores y el 29% de empresas, esto tanto para el 2018 como el 2019. Además, entre

⁶ Los requerimientos corresponden a consultas y reclamos a la compañía

las empresas que generan reclamos, las PYME son el origen más recurrente (23%), seguido de Preferente (21%) y Gran Cliente (15%). Ver Anexo N°2 y N°3.

Con el objetivo de profundizar en el análisis, se realiza una apertura de los reclamos del año 2019 para los distintos tipos de prestaciones, obteniendo el siguiente resultado. Ver Gráfico N°3 a continuación:

Gráfico N°3: Distribución de los reclamos realizados en el 2019 por tipo de prestación



Fuente: Elaboración a partir de datos entregados por área de Prestaciones económicas y Subgerencia de canales remotos y calidad. Periodo enero a noviembre 2019.

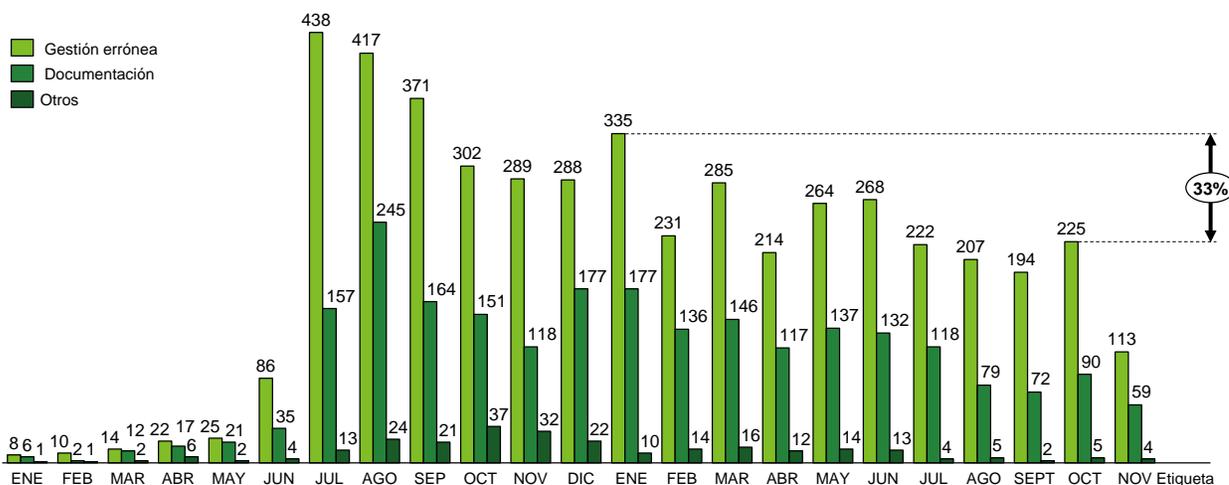
Del gráfico anterior, se evidencia que el mayor motivo de reclamos es por prestaciones médicas (39%), de los cuales el 57% de estos son orientados particularmente a la atención ambulatoria. Los reclamos por calificación de accidentes se deben principalmente a las calificaciones no ley⁷. Los asociados a prestaciones preventivas son principalmente de empresas y dirigidas a interacciones con el experto de prevención o el ejecutivo comercial. Los correspondientes a otros, son dirigidos a tasas o recaudación de cotizaciones y afiliaciones.

Por último, los reclamos de Prestaciones Económicas corresponden a la segunda prestación con mayores reclamos (31%). El origen de estos se debe principalmente al tiempo de otorgamiento y cálculo de subsidios, donde se puede evidenciar una clara insatisfacción del beneficiario de subsidios, ya que, de los reclamos totales correspondientes al área de prestaciones económicas, el 84% corresponde al área de subsidios.

⁷ Reposo calificado de origen No laboral

Si se analizan los reclamos correspondientes a la prestación de Subsidios, se tiene la siguiente evolución. Ver Gráfico N°4:

Gráfico N°4: Distribución de los reclamos correspondientes a Prestaciones económicas. Datos enero 2018 a noviembre 2019



Fuente: Elaboración con datos entregados por área de Prestaciones económicas y Subgerencia de canales remotos y calidad

Se puede observar que existen tres hitos importantes:

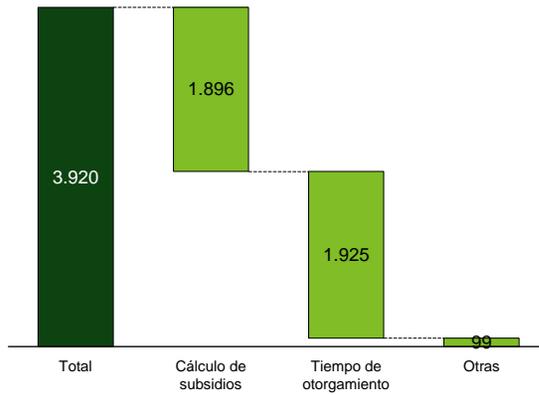
- Enero 2018 – junio 2018: En este periodo no existía una gestión eficiente de los CRM, donde la clasificación de las categorías no era clara, ya que no se canalizaban la totalidad de los reclamos a través de este medio.
- Junio 2018 – octubre 2018: Se canalizó la mayoría de los requerimientos a través CRM SAP, lo cual se refleja en el aumento de registros.
- Octubre 2018 – actualidad: Existe una inclusión total de requerimientos en CRM, además se desarrollaron iniciativas de gestión con el fin de reducir los reclamos por gestión errónea, la cual corresponde principalmente a errores en pagos y tiempos de otorgamiento del beneficio.

Las iniciativas anteriormente mencionadas, se traducen a que en octubre 2019 exista una disminución de un 33% de los reclamos de este tipo, con respecto a enero del mismo año.

Analizando la razón de los reclamos del 2019, en que se tiene un total de 4.536 en Prestaciones Económicas, sólo en el área de subsidios, se tienen 3.920 de los reclamos, ya sea originado por tiempo de otorgamiento de subsidios o cálculo de este. Esto evidencia una clara ineficiencia en el proceso de otorgación del beneficio.

Al analizar el origen de los reclamos de Subsidios del año 2019, se tiene que el subtipo de prestación se califica en tres: Tiempo de otorgamiento de subsidios, cálculo de subsidios y otras. Ver Gráfico N°5.

Gráfico N°5: Origen de los reclamos de subsidios, durante el año 2019 (enero a noviembre)

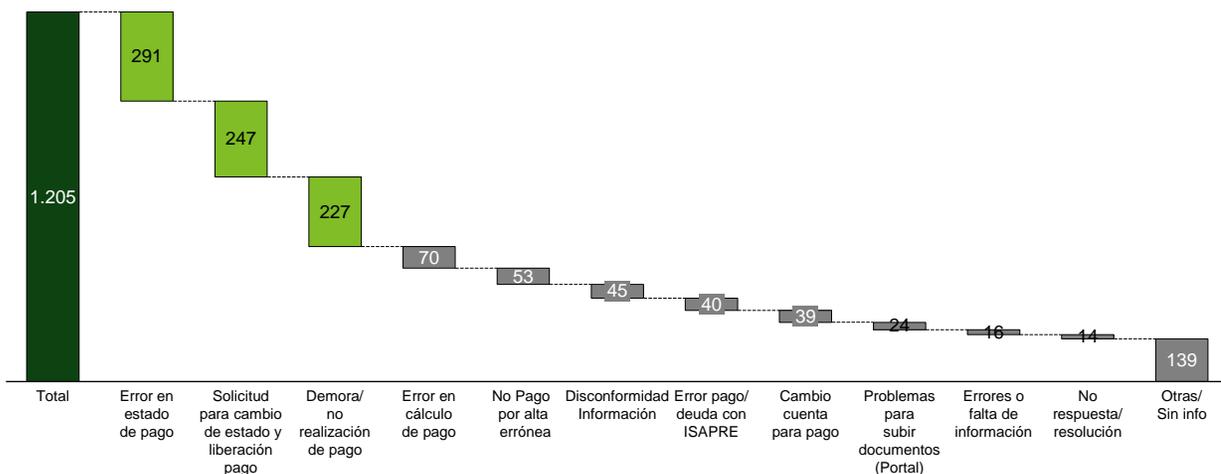


Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos desde el área de Prestaciones económicas y Subgerencia de canales remotos y calidad

A partir de lo anterior, a pesar de que el equipo de prestaciones económicas ha realizado gestiones para la disminución de reclamos por gestión errónea, aún existe un número relevante de reclamos por estos motivos, los cuales son críticos, pues afectan el poder adquisitivo y calidad de vida de los trabajadores, por lo que se considera que aún existen brechas en las cual se debe trabajar.

De la totalidad de los reclamos, en la cual se detalla el motivo del reclamo, se tiene una base de 1.205 casos que, agrupándolos por su razón, se obtiene lo siguiente. Ver Gráfico N°6.

Gráfico N°6: Motivos de reclamos del periodo enero a mayo 2019, agrupados por razón



Fuente: Elaboración a partir de datos entregados por área de Prestaciones económicas y Subgerencia de canales remotos y calidad

Por consiguiente, se evidencia que los principales motivos de reclamos por subsidios se agrupan en torno a errores relacionados a pagos o documentación. A partir de esto, se produce un menoscabo grave en las condiciones de vida de los trabajadores y junto a esto una alta merma reputacional respecto a la responsabilidad y valor social que la ACHS tiene para con ellos.

iii. Hipótesis del problema

Se identifican las siguientes hipótesis de por qué se da el problema planteado anteriormente:

Manualidad en la digitación de información: Como se mencionó anteriormente, el ingreso de las rentas de los pacientes al sistema SAP, es un procedimiento manual, lo cual implica en una alta probabilidad de error en la digitación. Al ser un proceso tan sensible como el pago de las prestaciones económicas, ya que afecta directamente la experiencia del paciente, la continuidad de ingreso del trabajador y los recursos económicos de la ACHS es necesario rediseñar la manera en que se realiza el proceso actualmente. De este procedimiento, se presume que provoca la mayor ineficiencia en el proceso del pago de subsidios, ya que la digitación da lugar al error natural que se traduce en casos mal pagados, de los cuales actualmente no se tiene certeza del número de casos y los montos de pérdida asociados esto, además que implica destinar recursos en realizar revisiones adicionales que aumentan los costos operacionales de la ACHS.

Base de datos de correo de empresa desactualizada: Además, se mencionó que el 15% de las empresas no suben la documentación dentro del plazo normado. En el subproceso de envío de correos a las empresas notificando de los trabajadores que sufrieron un accidente laboral, se puede evidenciar la sensibilidad de la información de la base de datos de los correos, ya que es la fuente con la que se envían notificaciones y se les informa a las empresas sobre la documentación que necesita la ACHS para calcular el beneficio de los pacientes. El equipo de prestaciones económicas informa que esta base se encuentra desactualizada y que pueden existir errores de ingreso de los datos, dado el nivel de rebote que tienen cada vez que se envía la notificación. Esto presume un problema importante, ya que, si la base de datos se encuentra incorrecta o incompleta, la probabilidad de que no se le pague el beneficio al trabajador dentro del plazo es muy alta. Además, la cuantificación de este problema no es exacta, si no a base a suposiciones del personal, ya que no se tiene certeza real de que la información este correcta o no.

Junto a lo anterior, el personal declara que el 15% de las empresas envía la documentación con algún error o incompleta. A partir de esto es que se tiene la hipótesis de que las empresas no conocen con certeza la documentación que se necesita para realizar el cálculo del subsidio. A pesar de que en el correo de notificación se detalla la documentación que se necesita, esta se realiza de forma genérica y no personalizada para cada caso. Por ejemplo, para la información de las rentas, en el correo se pide enviar “las rentas que se hayan recibidos en los tres meses calendario previos a la fecha en que se inicia el reposo “. Se presume que esto puede generar confusiones, ya que un error común es adjuntar la renta del mes en que ocurrió el accidente.

En el presente trabajo de título se abordará la problemática sobre de la base de datos de los correos y el desconocimiento que tienen las empresas de la información que deben enviar, además del problema en la manualidad del proceso.

Para lo anterior, se rediseñará la manera en que se obtiene la información de las rentas, ya que, si se deja de canalizar a través de las empresas y se busca un canal robusto e integrado que cumpla esa función, se subsanaría el 19% de los casos que no envían la documentación dentro del plazo, junto con el 15% que envía los documentos con algún tipo de error o incompletos. Se escogen estas problemáticas, ya que corresponden a las principales razones de porqué la ACHS actualmente incumple la ley al no poder pagar la totalidad de los casos dentro del plazo normado.

Por otro lado, se abordará el problema de la manualidad del proceso de digitación de rentas, ya que se presume que los errores que existen en el ingreso generan las mayores ineficiencias de los recursos económicos de la organización y en la experiencia del paciente al pagarle incorrectamente, afectando directamente la reputación de la ACHS como institución, lo que podría provocar fugas de las empresas adheridas a la organización debido a las malas gestiones y en segundo lugar, las bajas productividades de los analistas de cuenta debido a la tarea monótona y tediosa que implica estar revisando rentas y digitándolas en sistema.

Actualmente la normativa no deja explícito el cobro de multas en caso de no pagar el beneficio dentro del plazo establecido o pagar incorrectamente, pero sí existen oficios enviados periódicamente por la SUSESO, además de realizar fiscalizaciones, donde solicitan explicaciones de los casos que no se han pagado y los que se han pagado con algún tipo de error. Esto es un problema para la ACHS, ya que tiene que destinar recursos en investigar las razones de los puntos que levanta la SUSESO y redactar respuestas, en vez de destinar las HH en generar un proceso robusto disminuyendo la probabilidad de error que existe actualmente. Por último, en las fiscalizaciones que realiza la Superintendencia, si esta encuentra problemas graves dentro de los procesos, que generen errores sustanciales en los pagos, exige a la organización que se comprometa con planes de trabajo que permitan subsanar los problemas, lo que implica destinar recursos de la organización para solucionar superficialmente los puntos levantados por la SUSESO. Cabe destacar que esta entidad tampoco tiene certeza de la totalidad de los casos que se pagan con algún tipo de error, ya que sólo tienen visibilidad de aquellos que llegan a través de reclamos realizados por los pacientes directamente con ellos.

Por último, existen hipótesis del porqué se presenta el problema y que no se abordarán en el trabajo de título. Estas son:

1. Responsabilidad de efectuar el pago correctamente: Actualmente la SUSESO exige en la norma que los organismos administradores sean responsables del pago en manera correcta y en plazo del beneficio. Para lo anterior, la ACHS puede realizar los esfuerzos necesarios para contactar las empresas y conseguir la información, pero si esta no cumple enviándola, la organización de igual manera asumirá la responsabilidad. Se podría abarcar esta hipótesis, con el fin que las empresas tengan responsabilidad compartida del incumplimiento, pero esto

abarcaría la reestructuración de la ley, lo cual puede tomar plazos que escapan del alcance del trabajo, además de estar condicionado por la aprobación de la autoridad, por lo que se deja fuera del trabajo de título.

2. Manera reactiva de conseguir información: El cálculo del subsidio se realiza una vez ocurrido el accidente del trabajador, para lo cual la ACHS solicita la información y cuenta con un plazo máximo de 30 días. Al analizar la información que necesita la empresa, se puede observar que parte de esta no está condicionada por la fecha de accidente, como la información bancaria de los pacientes, sistema de salud y pensiones al que se encuentra afiliado. Se podría abordar una mirada integral de ir actualizando la información de todos los trabajadores afiliados a la ACHS, pero se dejará esta hipótesis fuera, ya que no subsana directamente el principal problema de tareas manuales de la digitación de rentas.
3. Base de datos de cotizaciones de la organización: La ACHS mensualmente recibe el pago de cotizaciones de los trabajadores afiliados a la empresa. Esta información no se encuentra desglosada por trabajador, sino que se tiene consolidada por empresa. Si se trabajara una manera de robustecer y generar apertura de los datos, se podría mejorar la manera en que se obtienen las rentas de los trabajadores. Dado que no existen mayores regulaciones para las empresas respecto a su pago en las cotizaciones a la ACHS, se dejará fuera del trabajo de título esta hipótesis.

iv. Propuesta de valor de la solución o impacto del cambio propuesto

A partir de la solución que se quiere implementar, se busca corregir las siguientes problemáticas planteadas:

1. Alta manualidad en el proceso, lo que ocasiona la posibilidad de cometer errores en digitación y el proceso actual no permite detectar la totalidad de los errores que se producen por manualidad. Con la solución, se busca que el ingreso de los datos de renta sea a partir de una carga masiva, que la información provenga de bases de datos y no de digitación de documentos, con esto se pretende abordar la problemática de la manualidad que existe en el proceso en un 95%, dejando un 5% de margen de error.
2. En concordancia con lo anteriormente mencionado, dado que los datos de las rentas se obtendrán a partir de un sistema único y no canalizado a través de cada empresa, en el caso que la base de datos con información del correo de las empresas afiliadas esté incompleta ya no será mayor problema.

III. OBJETIVOS

i. Objetivo general

Elaborar el rediseño del proceso de pago de subsidios, desde la manera en que se recibe la información del paciente hasta que se produce en pago del beneficio, para estar alineados con lo que norma la ley 16.744.

ii. Objetivos específicos

1. Realizar levantamiento del proceso actual y crear un diagnóstico de la organización, encontrando oportunidades de mejora
2. Entregar una propuesta de rediseño del proceso del área de subsidios perteneciente a Prestaciones Económicas
3. Elaborar un plan de implementación del rediseño
4. Evaluar el impacto económico del cambio propuesto en el rediseño

IV. RESULTADOS ESPERADOS

El principal resultado esperado es mejorar la calidad del proceso de pago de subsidios que entrega el área de Prestaciones Económicas de la Asociación Chilena de Seguridad, de cara a la experiencia del trabajador afiliado.

Junto a lo anterior, se espera tener una optimización del costo operacional, relacionado al pago, en alrededor de 1.500 MM\$ anuales, como resultado de eliminar los errores en la digitación. Además de la reducción de 67 MM\$ de costos operacionales de la ACHS asociado al capital humano.

Por otro lado, se espera realizar el levantamiento del proceso actual del pago de subsidios y modelarlo en un flujo en formato BPMN, definiendo indicadores para medir la situación actual y establecer otros nuevos para la medición de la eficiencia de la propuesta.

Para finalizar, se espera proponer un rediseño del proceso optimizado, incluyendo el plan de implementación de este que asegure la efectividad de la propuesta y continuidad de esta, junto con el análisis económico del rediseño.

V. ALCANCES

El rediseño del proceso de pago de subsidios en el área de Prestaciones Económicas de la ACHS considera su totalidad, es decir, desde la creación de un nuevo reposo de los pacientes hasta que se efectúa el pago final.

El trabajo abarca el rediseño para los tres tipos de pagos de subsidios que se realizan en la organización. El tipo directo (S0), en el cual se le paga el líquido al trabajador y por PreviRed las cotizaciones; el tipo convenio (S1), donde se le paga el líquido a las empresas y el concepto de cotizaciones del trabajador a través de PreviRed y el tipo público (S2) en el cual se les paga el bruto a las empresas.

Por otro lado, es importante mencionar que dentro de los datos que PreviRed dispone incluye:

- Monto imponible del trabajador
- Monto cotizado al sistema de pensiones
- Sistema de pensiones al cual el trabajador se encuentra afiliado
- AFC, en caso de que aplique

Por temas de confidencialidad con los sistemas de Salud, PreviRed no entregará la institución de salud a la cual se encuentra afiliada el trabajador. Como alternativa a esto, se usará la información ingresada en admisión cuando un trabajador es atendido en algún centro ACHS, donde al ingresar se le solicita su previsión de salud.

La solución propuesta no subsana el 100% de los casos que se deben calcular mensualmente, ya que no se tendrá información de trabajadores que entran al sistema de cotizaciones por primera vez en el mes que se accidentan. Para el cálculo de estos casos, lo que norma la ley es utilizar como base de cálculo lo estipulado en el contrato de trabajo, por lo que se necesita que el empleador envíe el contrato vigente del trabajador.

Finalmente, no se incluirá dentro del trabajo el proceso de implementación del rediseño, en la parte de tecnología, pero se realizará una propuesta y un plan para la puesta en funcionamiento del rediseño final.

VI. MARCO CONCEPTUAL

Dentro del siguiente marco conceptual, se detallan los modelos y herramientas necesarias para el desarrollo de la metodología, que tiene como fin lograr los objetivos definidos en el trabajo de título

i. Gestión de procesos

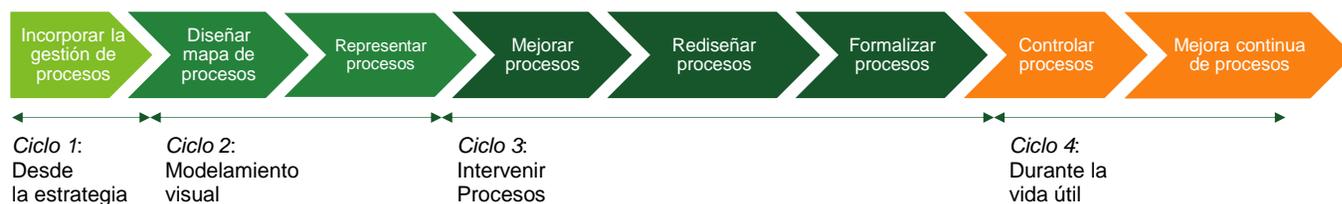
Esta metodología presenta una visión integral del cambio en la organización, donde describe la gestión de procesos como una innovación que debe estar bien alineada con la estrategia de la organización y que tiene como foco principal al destinatario de la misión.

Juan Bravo, plantea en su libro “Gestión de procesos” [10], que esta disciplina ayuda a la dirección de la empresa, identificando, representando, diseñando, formalizando, controlando y mejorando los procesos de la organización para lograr la confianza del cliente.

El objetivo principal de la gestión de procesos es aumentar la productividad en las organizaciones, considerando dentro de productividad, eficiencia y agregar valor para el cliente final.

La gestión de procesos profundiza en nueve fases divididas en 4 ciclos. Ver Ilustración N°5.

Ilustración N°5: Flujo de gestión de procesos



- Ciclo 1 - Incorporar la gestión de procesos: Esta etapa hace referencia a que la gestión de proceso debe estar expresada en el plan estratégico de las organizaciones.
- Ciclo 2 – Modelamiento Visual de los Procesos: Este proceso consta de dos fases:
 - Diseñar mapa de procesos: El cual debería incluir la totalidad de los procesos.

- Representar los procesos mediante modelos visuales: Creación de flujogramas de información y listas de tareas.
- Ciclo 3 - Intervenir procesos modelados: Este ciclo tiene como foco mejorar y rediseñar procesos.
 - Gestión estratégica de los procesos: Consiste en priorizar procesos, definir indicadores y a los dueños del proceso.
 - Mejorar procesos: Se define y aplica las mejoras para cumplir los objetivos de rendimientos definidos en la fase anterior.
 - Rediseñar procesos: Se define y aplica la solución con la cual se cumplirán los objetivos de rendimiento.
 - Formalizar procesos: Se elabora el procedimiento detallado completo del proceso optimizado. Es importante que la nueva práctica se incorpore a la operación y se dé continuidad a esta.
- Ciclo 4 – Durante la vida útil del diseño del proceso formalizado: Este ciclo se enfoca en formalizar el proceso.
 - Controlar el proceso: Se realiza el seguimiento del cumplimiento de la optimización implementada.
 - Mejora continua: Perfeccionamiento constante para adaptar las situaciones reales.

ii. Rediseño de Procesos

Lean Thinking

La metodología de Womack y Jones [10] investiga maneras de mejorar en el trabajo constantemente, buscando la eliminación de desperdicios, tales como esperar, defectos, movimientos excesivos o pérdida de productividades.

Esta herramienta busca definir el flujo de valor con el que se trabajará, evaluando las tareas que la componen, categorizándolas como:

- Tareas que agregan valor
- Tareas que no agregan valor, pero son indispensables en el proceso
- Tareas que no agregan valor y podrían modificarse o eliminarse

Para lograr lo anterior, se detallan los pasos que aseguran la correcta implementación de rediseño en la organización:

1. Calidad perfecta a la primera: Búsqueda de reducción a cero defectos, detección y solución de los problemas en su origen.
2. Minimización del despilfarro: Eliminar todas las actividades que no generan valor y optimización del uso de los recursos escasos (capital, gente y espacio).
3. Mejora continua: Reducción de costos, mejora de la calidad, aumento de la productividad y compartir la información.

4. Procesos *pull*: Los productos son solicitados por el cliente final, no empujados por el final de la producción.
5. Flexibilidad: Capacidad de producir rápidamente diferentes mezclas de gran variedad de productos, sin sacrificar la eficiencia debido a volúmenes menores de producción.
6. Construcción y mantenimiento de una relación a largo plazo con los proveedores tomando acuerdos para compartir el riesgo, los costes y la información.

Patrones de procesos de negocio

El autor Oscar Barros [11] propone que un proceso es una secuencia de actividades conectadas por distintos flujos definidos. Separa las actividades en dos tipos, las que están relacionadas directamente con la transformación de insumos en un producto final y las que regulan esta transformación, pero no participan directamente.

Esta herramienta consta de cuatro etapas:

1. Definir el proyecto: El objetivo de esta etapa es establecer cuáles serán los procesos que serán rediseñados, definiendo objetivos específicos que se deben enfrentar al cambio. En esta etapa es importante elegir y priorizar los procesos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la empresa.
2. Entender la situación actual: Esta etapa busca representar el actual escenario de los procesos seleccionados en la etapa anterior, la cual se divide en dos fases:
 - a. Modelar la situación actual: El objetivo es determinar todas las actividades y actores involucrados en el actual proceso. La idea es representarlo a través de herramientas de modelamiento, utilizando un esquema eficiente para modelar sistemas con muchas actividades y flujos, el cual también se utilizará para modelar el proceso optimizado.
 - b. Validar y medir: La idea de este ciclo es verificar que los modelos realizados en la etapa anterior representen significativamente lo que ocurre actualmente. Una vez validado el modelo, se buscará medir los valores actuales de las variables y actividades involucradas en el actual flujo. El objetivo es que se mida cuantitativamente, creando indicadores de rendimiento.
3. Rediseñar: Esta etapa busca definir los cambios que deben realizarse en el flujo del proceso anteriormente creado y definir cómo ejecutar los cambios realizados. Este macroproceso se divide en cuatro fases:
 - a. Establecer direcciones de cambio: Las direcciones de cambio corresponden a las ideas que determinan la diferencia entre lo actual y la propuesta de rediseño

- b. Seleccionar tecnologías habilitantes: Esta fase consiste en seleccionar y evaluar las tecnologías que habiliten la factibilidad de implementar el cambio propuesto. El motivo de esto es facilitar el flujo de documentos y decisiones asociadas a estos.
 - c. Modelar y evaluar rediseño: Consiste en representar las nuevas propuestas que se implementarán en el rediseño. Por otro lado, se realiza la evaluación económica, identificando los costos de inversión, los costos recurrentes y beneficios que generará la optimización. Luego, utilizando indicadores como el VAN y la TIR se traen los flujos a valor presente.
 - d. Detallar, probar y rediseñar: Esta etapa consiste en profundizar y detallar tanto los procedimientos, como los apoyos computacionales que se utilizarán, con el fin de permitir su implementación. Por el lado de los procedimientos, el nivel de detalles radica en las prácticas de trabajo que realizarán los operadores de los procesos. Por el lado de los apoyos computacionales, se deben especificar los elementos de hardware y software necesarios. El objetivo de esta etapa es crear un prototipo que evidencia la factibilidad del rediseño del proceso.
4. Implementar: En esta etapa se concretan todas las fases mencionadas anteriormente. Consta de 3 fases.
- a. Construir software: Se definen las características y atributos específicos del software que apoyará el rediseño.
 - b. Implementar software: Principalmente consiste en la marcha definitiva de la solución computacional diseñada. Se deben instalar definitivamente todos los elementos computacionales necesarios para implementar el rediseño.
 - c. Implementar procesos: Implica la capacitación de los actores que participan en el proceso. Es la marcha blanca de la optimización. Se busca solucionar problemas pequeños que puedan surgir en la implementación y es la verificación de que el rediseño en conjunto funciona de acuerdo con lo diseñado.

iii. Business Process Model and Notation (BPMN)

El modelo y notación de procesos de negocio es la notación gráfica que permite el modelado de los flujos de procesos del negocio. Tiene como objetivo la modelación, automatización, ejecución, control y medición de las actividades del negocio que buscan conseguir los objetivos de la organización. Los principales objetivos de esta herramienta son:

1. Lograr la agilidad del negocio, logrando mayor capacidad de las empresas para adaptarse al cambio a través de modificaciones en los procesos integrados.
2. Conseguir eficiencias, mejorando la capacidad de la empresa para lograr los objetivos estratégicos y aumentando la productividad, costos y tiempos.

La función principal es crear un mecanismo simple para realizar modelos de los procesos, con los elementos gráficos. Las tres categorías básicas de elementos son:

1. Eventos: Es parte de un suceso que ocurre durante el proceso de negocio y que afecta el flujo del proceso.
2. Actividad: Es un término para un trabajo que se realiza en la organización.
3. Gateway: Se utiliza para controlar divergencia o convergencia de la secuencia de flujo.

iv. Gestión del cambio

Debido a que el rediseño en el proceso de pago de subsidios involucra una gran cantidad de actores, será necesario gestionar correctamente el cambio que pueda generar, con el fin de minimizar la resistencia a la transformación, ya que actualmente se atribuyen altos porcentaje de fracaso de proyectos que impliquen rediseños con tecnología, debido a que la gestión de cambio no ha sido abordada con suficiente detalle.

Modelo de Jeston y Neslis

Jeston y Neslis [12] proponen los aspectos que hay que tener en cuenta para hacer una correcta gestión del cambio en problemas de tipo BPM, los cuales se detallan a continuación:

- Paso 1: Resistencia al cambio: Se debe entender porque los involucrados se oponen al cambio. Las principales razones son:
 - Miedo: Siendo esta la principal, ya que los cambios generan incertidumbre e inseguridad en las personas. Para enfrentar esto, lo más efectivo es la comunicación y honestidad
 - Impotencia: Razón recurrente cuando los líderes del proyecto no involucran a las personas lo suficiente. Se debe proyectar el sentimiento de que las personas tienen el poder de influir e involucrarse con los cambios
 - Involucra mucho esfuerzo y dolor: Los cambios implican grandes esfuerzos y en algunos casos dolor para lograrlo y las personas en general, tienden a permanecer en su zona de confort
 - Falta de interés: Los involucrados deben entender lo que depara el cambio para ellos y asegurarles que no estén en una situación peor a la actual.
- Paso 2: Por qué el cambio y qué papel juegan los líderes: La función del líder debe estar enfocada en darle participación a los involucrados en los eventos de la gestión del cambio. En general, las personas son reacias al cambio y no participarán de este a menos que lo crean necesario. El método seleccionado para convencer a las personas de cambiar dependerá del líder y el contexto, pero el líder debe proporcionar respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el cambio que se pretende lograr? ¿Por qué los cambios son necesarios? y ¿Cuáles serán

las consecuencias de estos cambios tanto para la organización como para los individuos?

- Paso 3: Componentes del programa de cambio. Se sugiere que incluya:
 - Planeación de un proyecto detallado: Incluir pasos diseñados para mostrar cómo la organización propone crear conciencia y necesidad del cambio y crear un ambiente receptivo hacia ese cambio; cómo la organización se enfocará en las fuerzas y el comportamiento del cambio desde lo viejo hacia lo nuevo y, por último, la organización debe reforzar, de manera que lidere la institucionalización del cambio haciéndolo sostenible.
 - Selección del personal clave para ser involucrados en el proyecto: Estas personas deben llegar a todos los niveles de la organización.
 - Entendimiento claro de los enlaces del programa: Estrategia, cultura, estructura, los nuevos roles de los involucrados, nuevos procesos y el proyecto BPM.
 - Una comunicación detallada del plan: Definir la forma en cómo se entregará a los *stakeholders*, estructurando muy bien los mensajes que se quieren transmitir.

- Paso 4: Alistarse para el cambio:
 - Crear un ambiente que fomente el cambio de las personas, incluyendo confianza, cuidado y propiedad. Los involucrados deben sentir que pueden confiar en los líderes, deben cuidar el respeto hacia los demás. La propiedad se trata de proporcionar en lo posible a la gente el control sobre su destino.
 - Asegurar retroalimentación del rendimiento y programa de cambio: Lo normal es que la gente no cambie hasta que se les proporcione *feedback* de su desempeño y reconocer el logro con recompensas.

- Paso 5: Comportamiento requerido: Paso donde hay que preguntarse qué cambios de comportamiento de las personas demanda y espera la organización.

- Paso 6: Cómo llegar: Los pilares fundamentales para lograr un cambio cultural en una empresa son la consistencia, persistencia y comunicación.

Modelos de Kurt Lewin

El autor [12] define el cambio como una modificación de las fuerzas que mantienen el comportamiento de un sistema estable.

Esta modificación es producto de dos tipos de fuerzas, las fuerzas impulsadoras que ayudan a que se realice el cambio y las fuerzas restrictivas, que impiden que el cambio se realice y desean mantener el mismo estado en las empresas.

Según Lewin, cuando existe un equilibrio de estas fuerzas, se logra un nivel de comportamientos mantenidos y un equilibrio cuasi estacionario. Para modificar este equilibrio, se pueden incrementar una de las dos fuerzas. A partir de esto, el autor propone un plan de tres etapas para llevar a cabo un cambio.

1. Descongelamiento: Esto implica reducir las fuerzas que mantienen a la organización en su actual nivel de comportamiento
2. Cambio o movimiento: Consiste en desplazarse hacia un nuevo estado o nuevo nivel dentro de la organización con respecto a patrones de comportamientos, conductas y actitudes
3. Recongelamiento: Se estabiliza a la organización en un nuevo estado de equilibrio, donde se acude a la cultura, normas y estructura organizacional

VII. DISCUSIÓN DE METODOLOGÍAS

Rediseño de procesos

Al comparar la metodología de ambos autores, se puede apreciar que Oscar Barros plantea que el rediseño habitualmente implica un uso intensivo de las tecnologías de la información para garantizar un alto desempeño. Esto se relaciona y alinea completamente con lo buscado en el trabajo de título, donde se descarta el desarrollo de soluciones sin tecnologías en el rediseño, ya que no subsanan el problema de raíz.

En cambio, al analizar el proceso con la visión de la metodología Lean, si bien existen desperdicios en el proceso actual, se busca un rediseño integral y no sólo una optimización del proceso. Esta metodología sería más adecuada aplicándola en una etapa de mejora continua, una vez que el rediseño del proceso esté implementado.

Por otro lado, Barros también menciona que las “organizaciones pueden mejorar sus procesos, sin tener que empezar desde cero, que los procesos se repiten en las organizaciones y que existen empresas con mejores prácticas que otras” [11], además que no necesariamente se deban atacar todos los macro procesos, si no que detectar las fallas en cada subproceso y rediseñarlo. Estas amplias gamas de cambios y creencias del autor se alinean con lo buscado en el desarrollo, donde hace sentido observar y comparar el proceso de pago de subsidios en otras instituciones con el fin de replicar las “mejores prácticas” que existen en el mercado, donde no necesariamente se abordara el flujo completo del proceso y sus interacciones, si no sólo las etapas que cuenten con alguna ineficiencia.

Gestión del cambio

Si bien ambas metodologías proponen reconocer los actores o fuerzas resistentes al cambio y hacerse cargo de ellos para poder garantizar el éxito del rediseño, en la metodología de Jeston y Nieslis se propone un paso adicional que se considera de fundamental importancia, que es definir un líder encargado de dar directrices para el cambio y respuestas de por qué el rediseño del proceso de pago de subsidios es necesario para la organización y los pacientes. El rol del líder es relevante, dado que el rediseño impactará directamente en el trabajo del equipo de subsidios, sin dejar de mencionar que una variable importante en el fracaso de proyectos tecnológicos es cuando existe una oposición a la nueva propuesta y no se gestiona de manera integral el cambio.

VIII. METODOLOGÍA

En este apartado se detallarán las etapas para lograr los objetivos planteados anteriormente, según el marco conceptual expuesto, que se muestran en la siguiente Ilustración N°6:

Ilustración N°6: Metodología de rediseño de procesos



Fuente: Elaboración con información extraída de O. Barros, Rediseño de Procesos de Negocios mediante el uso de patrones

i. Definición del proyecto y diagnóstico de la situación actual

La primera etapa del trabajo es definir cuáles son los objetivos del proyecto, de tal forma que cuando se realice el rediseño, esté alineado con el objetivo principal de generar el pago de subsidios de manera óptima y oportuna. Los procesos a ser rediseñados serán los que generen mayor impacto en reducción de costos y robustez del proceso, junto con los que disminuyan la probabilidad de error en el proceso por manualidades existentes.

Luego, se realizará el levantamiento de la situación actual, con el fin de cuantificar los costos incurridos en el proceso e identificar las principales ineficiencias. Se realizarán entrevistas a los involucrados en el proceso, con el fin de reconocer las mayores problemáticas y considerar esto para que no se repitan en el rediseño propuesto. Se identificarán los procesos, las decisiones que se deben tomar, actores, componentes del proceso, las entradas, salidas y la conectividad de estos.

Posteriormente, se realizará una representación de la situación actual, con el fin de mapear visualmente los macroprocesos y los involucrados en este, profundizando en la identificación de las problemáticas. Se procederá con observaciones del proceso y entrevistas a los involucrados en las mayores ineficiencias, para finalmente realizar el modelo BPMN con la herramienta Bizagi.

El objetivo de esta etapa es cuantificar los procesos, midiendo los tiempos que se demoran los involucrados en realizar las tareas, cantidad de casos calculados diarios, tiempo de respuesta de CRM, entre otros.

Por último, se observarán procesos en entidades que realicen el proceso de pago de licencias médicas con el objetivo de comparar el proceso de pago de subsidios en diferentes organizaciones. El objetivo es identificar las buenas prácticas que se utilizan en otras instituciones y evaluar que sean replicables en la ACHS. Las instituciones consideradas son las Isapres y FONASA.

ii. Evaluar alternativas de solución

Para comenzar esta etapa se identificarán las directrices de cambio analizando las siguientes variables:

- Proceso actual del pago de subsidios.
- Diagnóstico cuantitativo de la situación actual.
- Resultados del *benchmark* realizado en otras instituciones

A continuación, se generará una lluvia de ideas de las posibles alternativas que puedan solucionar las problemáticas abordadas. Una vez realizado el análisis de estas, se elegirá la que genere mayores beneficios para la ACHS y sus trabajadores. Una vez definidas las directrices de cambios y la solución *ad hoc*, se realizará una validación con el jefe de Prestaciones Económicas y la subgerente de Gestión del Seguro, con el fin de validar la factibilidad de seguir realizando el trabajo con estos objetivos.

iii. Rediseño y modelamiento del proceso de pago de subsidios.

El objetivo de esta etapa es plantear el rediseño del proceso, junto con el modelamiento que incluya los cambios que se levantaron en la etapa anterior. Este rediseño debe mitigar las problemáticas levantadas y que se alinee con las metas de la organización.

El modelamiento será con la herramienta Bizagi utilizando BPMN en formato de flujo del proyecto. El objetivo de este es especificar claramente cómo operan y se relacionan los procesos del rediseño, iterar y establecer otros cambios con el fin de eliminar actividades que no agreguen valor al proceso total. Se definirán los métodos de evaluación que tendrá el rediseño para medir si la solución cumple con las mejoras que se buscaban alcanzar en la definición del proyecto.

iv. Plan de implementación

Utilizando el marco conceptual de gestión de cambio por Jeston y Neslis se buscará realizar los pasos propuestos con el objetivo de garantizar la implementación del rediseño.

Los pasos que se consideran abarcan definir el líder que represente una figura de poder dentro de la empresa, que sea el que transmita las importancias del cambio y prepare a los involucrados y el contexto para que esta se pueda implementar con éxito.

Además, se identificarán los actores del proceso y las principales motivaciones de los oponentes al cambio. Se utilizarán las formas de abordar las 4 razones primordiales que hacen que las personas sean resistentes al cambio. Luego se generarán planes para incluir a los involucrados en el rediseño y hacerlos partícipes de este, transmitiendo la importancia y beneficio del cambio.

Por último, se generará un plan detallado que abarque los pasos del rediseño y el rol que cumplirán los analistas de cuenta en este.

v. Evaluación del rediseño propuesto

Finalmente se realizará una evaluación económica, dónde se analizan los costos y beneficios involucrados en la implementación del proyecto, midiéndolos y valorizándolos con el objetivo de evaluar la rentabilidad del rediseño.

IX. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEL REDISEÑO

vi. Definición

El objetivo de este apartado es identificar las etapas del proceso que serán rediseñadas. Las etapas elegidas son las que contribuyen en mayor medida valor al proceso, generando eficiencia de recursos y mejorando la calidad del servicio ofrecido.

El proceso abarca desde la manera de obtener la información de los pacientes hasta que se genera el pago del beneficio.

1. Fuente información paciente: Este proceso corresponde a la obtención de la información de renta del paciente.
2. Revisión información: Proceso en el cual los analistas de cuentas revisan la información enviada por la empresa y en caso de estar correcta, digitan las rentas. En caso de que la información esté incorrecta, se le solicita al empleador que envíe nuevamente la información.
3. Digitación información: Subproceso en el cual los analistas de cuentas ingresan la información de las rentas de los pacientes de manera manual al sistema informático SAP.
4. Validación casos ingresados: Etapa donde a los analistas de cuentas se les envían casos que digitaron sus compañeros, como punto de control, para identificar casos digitados erróneamente. Además, con una Macro se revisa masivamente ciertos errores.
5. Pago de subsidios: Se genera pago de subsidios a los pacientes. En caso de que el caso no se pudo calcular debido a la falta de información, sólo se le genera el pago por concepto de las cotizaciones para no generar lagunas previsionales a los trabajadores. Lo anterior, a partir de la información de cotizaciones que maneja la ACHS por concepto de pago de la tasa del seguro contra accidentes.

vii. Objetivos

Tras conocer el proceso actual, se plantean los siguientes objetivos del rediseño:

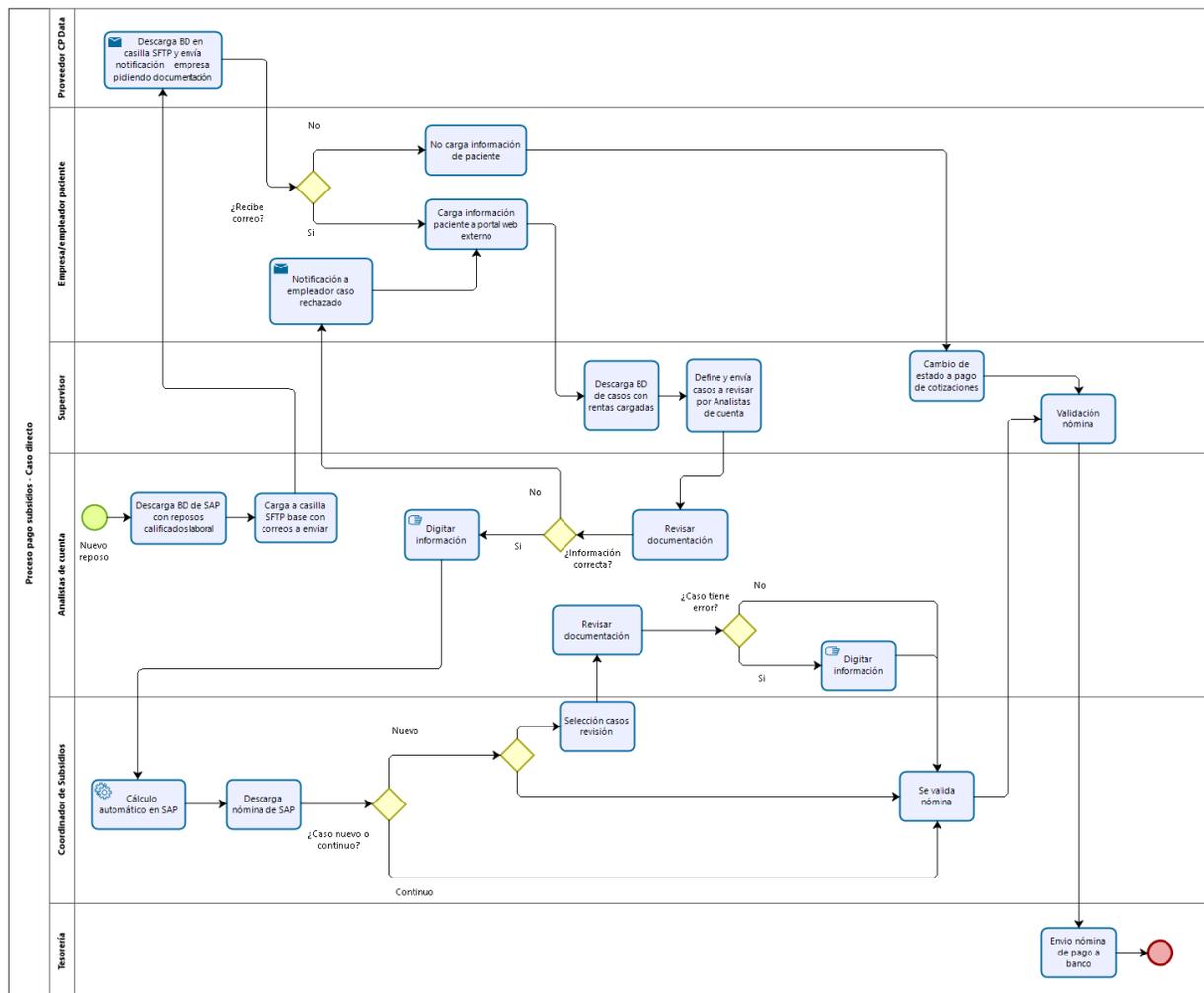
1. Aumentar la eficiencia de los recursos económicos de la ACHS.
2. Generar cálculos del beneficio con información fidedigna.
3. Disminuir manualidades del proceso, para reducir probabilidad de error humano.
4. Generar pago a un mayor porcentaje de pacientes ACHS.
5. Disminuir tiempos de entrega de beneficio a pacientes ACHS.
6. Optimizar horas hombre destinadas al proceso.

X. DIAGNÓSTICO Y MODELAMIENTO

i. Caso Directo y Convenio

En la Ilustración N°7 se evidencia el resumen del proceso de pago de subsidios para los casos Directo y Convenio, desde que se ingresa el reposo calificado laboral, hasta que se envía la nómina al banco. Para ver la versión en detalle del proceso, ver Anexo N°3.

Ilustración N°7: Versión resumida de Flujo proceso de pago de subsidios, casos Directo y Convenio



Para comprender en detalle las actividades de los involucrados en el proceso, se especifican en la Tabla N°1, los distintos estados que pueden tener los datos en sistema SAP.

Tabla N°1: Tipos y descripción de los estados que pueden tener los casos a pagar subsidios

Estado de SAP	Nombre estado	Descripción
0420	Certificado electrónico recibido	Estado al que cambia el caso una vez que el empleador ingresó la documentación para poder realizar el ingreso de rentas
0410	Certificado electrónico rechazado	Estado al que cambia el caso cuando los analistas revisan la documentación y ésta se encuentra incompleta o errónea
0001	Liberado para pago	Una vez que se realiza el cálculo y las validaciones correspondientes por coordinador y supervisor
0104	Libre para pago con modificación	Una vez que el analista ingresa las rentas para que se realice el cálculo pasa a este estado (antes de validaciones)
0002	Pagado	Luego que se realiza pago y no quedan días pendientes, pasa a este estado
0436	Pago cotizaciones empresa directas	Cuando el empleador no sube documentación y no se puede realizar el cálculo, sólo se pagan cotizaciones para casos directos
0435	Pago provisorio cotizaciones convenio	Cuando el empleador no sube documentación y no se puede realizar el cálculo, sólo se pagan cotizaciones para casos convenio
0004	Pagar por caja	Cuando trabajador elige método de pago efectivo, se cambia a estado 004. Sólo aplica para casos directos

Fuente: Elaboración con información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Las actividades que desarrolla cada uno de los actores que participan en el proceso son las siguientes:

Analista de cuentas

El proceso comienza cuando el analista de cuenta descarga desde el sistema ERP SAP, todos los reposos que están calificados de origen laboral según el equipo de calificación⁸. Una vez realizada la descarga, se genera la base de datos con la información del empleador para enviarle una notificación, vía correo electrónico, del nuevo reposo y solicitando la documentación necesaria para realizar el cálculo. Este proceso se realiza cargando la base de datos a una casilla SFTP⁹. Esta etapa se realiza diariamente

Una vez que se tiene la documentación necesaria para realizar el cálculo del beneficio de los pacientes, los analistas de cuenta revisan la información de la totalidad de estos casos y en caso de estar completa y correcta, digitan manualmente las rentas en el sistema SAP cambiando automáticamente el estado a Libre para pago con modificación

⁸ Cuando ocurre un posible accidente laboral, se sigue el procedimiento de atención e investigación del caso para saber si se otorgan o no las distintas prestaciones de la organización que determina la Ley 16.744, esto lo realiza el equipo de calificación.

⁹ Protocolo que permite transferir datos cifrados entre un ordenador local y el espacio web del hosting.

(0104). En caso de estar incorrecta la información del paciente, cambian el estado en SAP a Certificado electrónico rechazado (0410), donde el sistema automáticamente envía una notificación al empleador, diciendo que documentación falta o cual está incorrecta.

Luego se revisan dos tipos de casos:

Revisión cruzada: El coordinador de subsidios, una vez que los casos tienen las rentas ingresadas por los analistas de cuenta a SAP, selecciona una muestra aleatoria, donde semanalmente, le envía 10 de estos casos a cada analista (casos que fueron ingresados por alguno de sus compañeros, nunca le corresponderán casos que haya ingresado el mismo) y el analista debe realizar una revisión de la documentación, para confirmar que las rentas digitadas fueron ingresadas correctamente. Si el caso no contiene error, no se realiza corrección en los datos ingresados y en caso de que tenga algún error, este debe ser corregido.

Revisión masiva nómina: El coordinador de subsidios realiza revisiones de manera masiva en la nómina, en caso de encontrar casos con errores, estos son enviados al analista de cuenta que ingresó la renta de ese caso, para que realice las correcciones correspondientes en los datos ingresados a SAP. El ingreso de los datos se realiza de igual forma que en el proceso anterior, revisando la documentación que entregó el empleador, se revisa lo ingresado a SAP para identificar dónde se cometió el error y se ingresa el dato correcto manualmente.

Proveedor CP DATA

El trabajo de CP Data comienza una vez que el analista de cuentas dispone de la base de datos con los casos de pacientes y correo de empleador en la casilla SFTP. En esta etapa el proveedor con los datos dispuestos envía un mail automático a los empleadores, notificándoles que tiene un trabajador con reposo y solicitando la documentación necesaria para que a este se le pueda calcular y pagar su beneficio de subsidio. La información solicitada es la siguiente:

1. Copia del contrato actualizado.
2. Liquidación de sueldo de los tres meses calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo laboral, anteriores al accidente o al diagnóstico médico de la enfermedad profesional.
3. Si el trabajador está afiliado a una Isapre, se debe presentar una copia del FUN (Formulario Único de Notificación).
4. Certificado de cotizaciones de IPS o de la AFP respectiva, de los tres meses calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo laboral.
5. El caso que exista subsidio por accidente o enfermedad de origen no laboral, el trabajador deberá presentar el comprobante de pago de dicho subsidio.
6. En caso de existir un finiquito con otro empleador, dentro de los tres meses inmediatamente anteriores al inicio del reposo se debe presentar este documento.

El motivo de por qué se necesita esta documentación se detalla a continuación:

1. Se necesita que el trabajador tenga contrato vigente en su empresa al minuto del accidente, ya que, en caso contrario, éste no puede ser calificado como accidente o enfermedad profesional de origen laboral.
2. Documentación necesaria para definir la base de cálculo del subsidio.
3. Se debe conocer la Isapre o FONASA a la que se encuentra afiliada el trabajador, para realizar el pago a la entidad correcta.
4. Se debe conocer la AFP o IPS a la que se encuentra afiliada el trabajador, para realizar el pago a la entidad correcta.
5. En caso de que el trabajador haya estado con reposo por accidente o enfermedad profesional de origen no común, los días no trabajados se verán reflejados en las liquidaciones del trabajador, por lo que se necesita el comprobante de pago de la Isapre o FONASA, para incluir este monto como parte de la renta del trabajador de ese mes correspondiente.
6. En caso de existir un finiquito con otro empleador, dentro de los tres meses inmediatamente anteriores al inicio del reposo, el empleador actual no contará con las rentas de esos meses, por lo que se necesita tener el finiquito para incluir esta renta en los meses correspondiente y así no se vea afectada la base de cálculo del trabajador.

Empleador del paciente

El rol del empleador comienza cuando la ACHS intenta notificar el nuevo reposo de su trabajador. Debido a que la base de datos con los correos de empresa no siempre está actualizada, dado los cambios constantes de personal en las organizaciones y que además pueden existir errores de digitación cuando se ingresa el correo a la base, este correo puede no llegarle al empleador del paciente al cual se le debe pagar subsidios.

En caso de que el empleador no reciba el correo, no subirá la documentación y, por ende, no se podrá realizar el pago de subsidios, sino que sólo de las cotizaciones del trabajador. Por otro lado, si el empleador no recibe el correo, puede ingresar proactivamente al portal web externo ACHS¹⁰, donde aparece actualizada la información de sus trabajadores que se encuentren con reposo. Por último, si el empleador recibió correctamente el correo enviado por CP data, este estará al tanto de la documentación requerida para realizar el pago de subsidios.

Cuando el empleador se entere del reposo de su trabajador, ya sea por el correo de CP data o porque ingresó al portal web externo, este tiene dos opciones para enviar la documentación. Por un lado, puede ingresar al portal web externo, donde se carga la información online o también puede contactar a un ejecutivo de agencia, enviarle la documentación necesaria y el ejecutivo ingresa a la página de portal externo donde carga la documentación que le enviaron.

¹⁰ <https://externo.achs.cl/irj/portal/2016?opcion=1>

Supervisor de subsidios

El supervisor de subsidios diariamente descarga de SAP la base de datos con casos que tienen estado Certificado electrónico recibido (0420), que significa que las rentas ya están disponibles para realizar la revisión de la documentación y posteriormente el ingreso de estas. Luego, define y asigna los casos, equitativamente según la carga laboral que tengan los analistas de cuentas, para que estos comiencen con su proceso de revisión de la documentación.

Al final del proceso, luego que se realizó la carga de las rentas y las distintas validaciones por el coordinador de subsidios, el supervisor realiza las validaciones finales de la nómina que consisten en:

1. Cruce con los fallecidos que manda mensualmente registro civil, para verificar que efectivamente no salgan estos casos en la nómina.
2. Verificar que el poder legal del cobrante, que corresponde a la persona que cobrará el beneficio del paciente en caso de que este no esté capacitado para hacerlo, esté vigente
3. Cruce información SAP con lo entregado en nómina, se realiza cruce con los montos totales, para que en el detalle del caso a caso no haya diferencia con lo contabilizado.

Luego de que las revisiones no tengan problemas, la totalidad de los casos cambian de estado Libre para pago con modificación (0104) a Liberado para pago (0001), si es que el trabajador define como forma de pago a su cuenta corriente o a través de vale vista y si define pago en efectivo se cambia al estado Pagar por caja (0004). Por último, el supervisor envía la nómina al área de Tesorería, para que ellos finalmente, la envíen al banco.

Cabe destacar que, en esta última parte del proceso, existen diferencias entre casos convenios y directos:

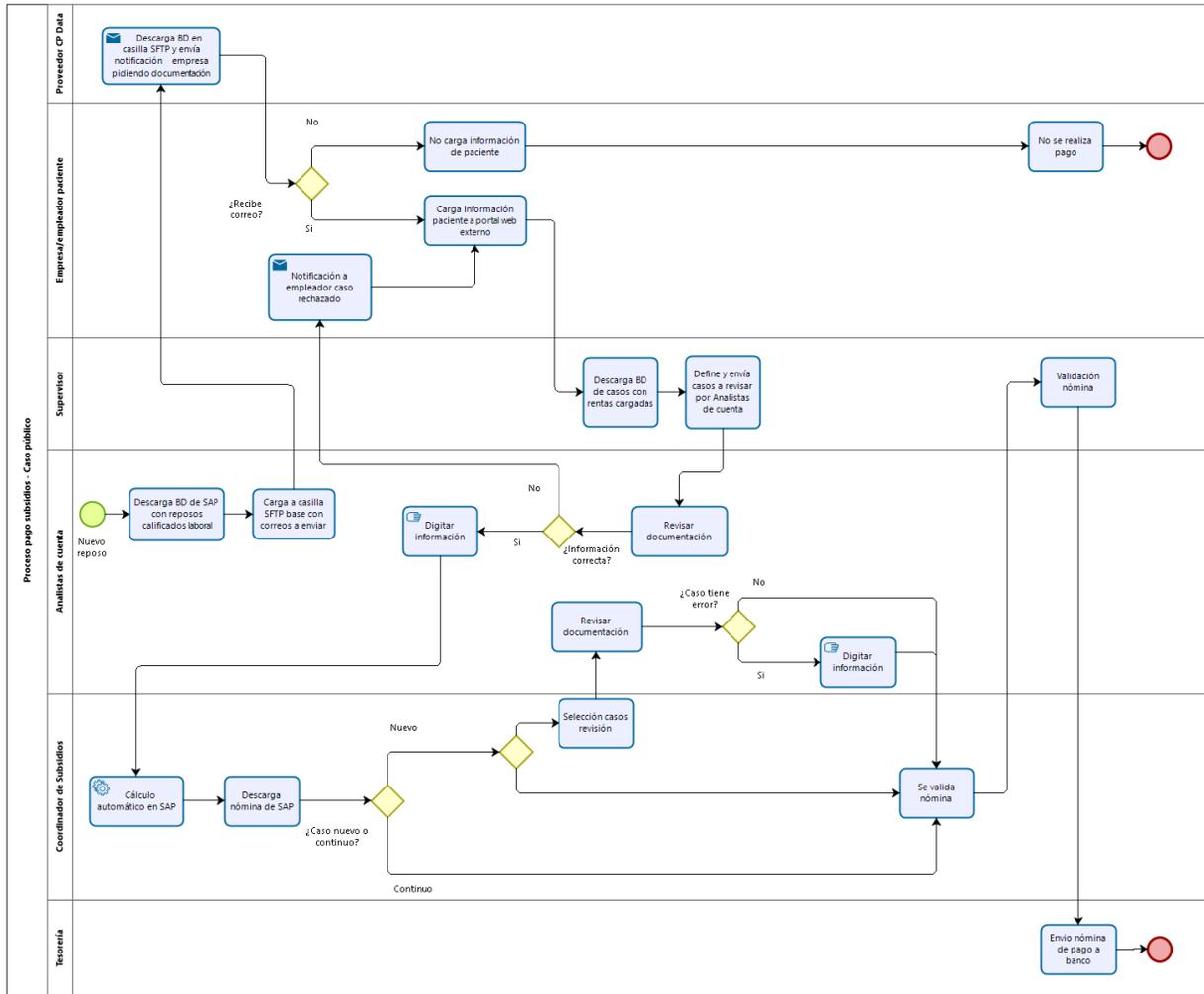
Convenio: Para estos casos, el empleador continúa pagando el sueldo a sus trabajadores con subsidios por origen laboral, con el objetivo de dar continuidad en el pago y una vez que la ACHS calcula el beneficio, el pago líquido se realiza a la empresa y las cotizaciones a las AFP o IPS e Isapres o FONASA, respectivamente.

Directos: Para estos casos, el empleador no realiza la continuidad de pago de sus trabajadores, por lo que la ACHS al realizar el cálculo del beneficio le genera el pago directamente al trabajador y las cotizaciones a las AFP o IPS e Isapres o FONASA, respectivamente.

ii. Caso Público

En la Ilustración N°8, se evidencia el resumen del proceso de pago de subsidios para los casos Públicos. Para el proceso detallado, ver Anexo N°4.

Ilustración N°8: Versión resumida de Flujo proceso de pago de subsidios, casos Públicos



Fuente: Elaboración a partir de información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

En el apartado anterior (caso convenio y directo), se detallaron los estados que pueden tener los datos en sistema SAP. Para el caso público, aplican los mismos a excepción de los siguientes. Ver Tabla N°2.

Tabla N°2: Excepción de estados que no aplican para caso Público

Estado de SAP	Nombre estado	Descripción
0436	Pago cotizaciones empresa directas	Cuando el empleador no sube documentación y no se puede realizar el cálculo, sólo se pagan cotizaciones para casos directos
0435	Pago provisorio cotizaciones convenio	Cuando el empleador no sube documentación y no se puede realizar el cálculo, sólo se pagan cotizaciones para casos convenio
0004	Pagar por caja	Cuando trabajador elige como método de pago efectivo, se cambia a estado 004.

Fuente: Elaboración con información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Para los casos tipo públicos, el empleador continúa pagando el sueldo a sus trabajadores Para los casos tipo públicos, el empleador continúa pagando el sueldo a sus trabajadores con subsidios por origen laboral, con el objetivo de dar continuidad en el pago. Esto se realiza tanto para el subsidio líquido que recibe el trabajador, como para sus cotizaciones y una vez que la ACHS calcula el beneficio, se realiza el pago del monto bruto a la empresa.

Por lo anterior, el estado en SAP que cambia los casos a Pago de cotizaciones ya sea convenio o directo, no aplica para el caso público. Por otro lado, el pago de monto siempre se realiza a la cuenta bancaria de la empresa pública, por lo que tampoco aplica el estado Pagar por caja.

A continuación, se detallan las actividades de cada uno de los actores que participan en el proceso de pago de subsidios para casos Públicos.

Analista de cuentas

El proceso del Analista corresponde exactamente al mismo definido para el caso Convenio y Directo.

Proveedor CP DATA

La diferencia del proveedor CP DATA del Caso Convenio y Directo con el Público, es que en este último se solicita además la siguiente información:

- Certificado que informe el monto de la remuneración imponible que percibe el funcionario, ya sea a contrata o planta.

El resto del proceso funciona exactamente igual al caso de Convenio y Directo.

Empleador del paciente

Esta etapa, se diferencia en sólo un proceso del Convenio y Directo. Como se mencionó anteriormente, el empleador público paga las rentas del trabajador, por concepto de cotizaciones y líquido a sus trabajadores con reposo de origen laboral, por lo que, si el empleador no recibe el correo de notificación de reposo, no sube la documentación y por ende, no se podrá realizar el pago de subsidios, hasta que éste lo haga, a diferencia del caso Convenio y Directo que se le genera el pago de cotizaciones.

Supervisor y Coordinador de subsidios

Las funciones del coordinador son exactamente las mismas que en el caso anterior.

iii. Cálculo del beneficio

Para poder entender a cabalidad el proceso completo del pago de subsidios, es importante definir cómo se realiza el cálculo. En primer lugar, se definirán los conceptos que se consideran para determinar la base de cálculo.

Remuneración y/o Renta imponible

Para efectos del cálculo se considera como remuneración “las contraprestaciones en dinero y adicionales en especie avaluables en dinero que debe percibir el trabajador del empleador por causa del contrato del trabajo” [12]. La remuneración mínima imponible para jornada completa no puede ser inferior a un ingreso mínimo mensual, ni superior al tope imponible.

Remuneraciones Variables y Ocasionales

Para el cálculo no se consideran las remuneraciones que se pagan solo en ocasiones o fechas previstas en el contrato de trabajo, tales como bono fiestas patrias, navidad, escolaridad, ni las que se paguen en periodos mayores a un mes.

Por otro lado, sí se consideran las remuneraciones que no se pagan en una fecha específica, sino que se pagan cada vez que se cumplen condiciones establecidas en el contrato, tales como bonos por productividad, rendimiento y metas.

Para el caso de los Públicos tiene un método distinto de cálculo debido a la naturaleza de las remuneraciones. Normalmente se entregan bonos a los trabajadores en meses posteriores al inicio de reposo que se deben incluir a la base de cálculo, caso que no aplica para el resto de los pagos. Estos son informados por el empleador y se incluyen en las remuneraciones utilizadas para el cálculo

Amplificación de Remuneraciones

Dado que el objetivo es que las remuneraciones representen lo que efectivamente hubiese recibido el trabajador si hubiese trabajado los días que estuvo con reposo, se

deberán amplificar las remuneraciones consideradas para el cálculo, si en alguna de estas corresponde a un menor número de días de los pactados, salvo que el trabajador haya recibido subsidios.

Cotizaciones Previsionales

Para calcular la remuneración neta, se debe descontar del imponible los siguientes conceptos:

1. Cotizaciones para pensiones y salud, a excepción de los trabajadores que perciben pensión de vejez y los mayores de 65 o 60 años, para hombres y mujeres, respectivamente. Para estos casos de excepción no se le descuentan cotizaciones para pensiones, pero sí por concepto de salud.

Cálculo del Impuesto

La remuneración afecta a impuesto es el imponible con deducción de las cotizaciones antes mencionadas más el Seguro a cargo de la administradora de fondo de cesantía (AFC).

Subsidios Percibidos durante el periodo considerado en la base cálculo

Cuando en los meses considerados para el cálculo, el trabajador percibió subsidios, además de la remuneración, corresponde sumar a la remuneración neta el monto del subsidio que recibió.

Base de cálculo

Dado los conceptos expuestos anteriormente, la base de cálculo será el promedio de las remuneraciones mensuales neta, del subsidio o de ambos, que se hayan percibidos en los tres meses más próximos al mes en que se inicia el reposo.

En caso de no existir las tres remuneraciones necesarias, se considerará la remuneración pactada en el contrato de trabajo vigente, las veces que sea necesario.

Lo anterior, se traduce en la siguiente ecuación:

$$RN = RI - Cot_{pens} - Cot_{salud} - Impuesto + S$$

Donde:

RN = Remuneración Neta

RI = Remuneración imponible, descontando las remuneraciones ocasionales y afecta al tope imponible

Cot_{pens} = Cotización de Pensiones, incluyendo la comisión de la AFP

Cot_{salud} = Cotización de salud, ya sea el 7% o el monto pactado si es mayor a 7%

Impuesto = Impuesto sobre la renta

S = Subsidios del mes, en caso de que corresponda

Donde el monto diario de subsidios se calcula:

$$\text{Monto diario subsidio} = \frac{\sum_{t=1}^3 RN_t}{90 \text{ días}}$$

El monto diario de los subsidios no puede ser inferior a la trigésima parte del 50% del ingreso mínimo no remuneracional, que rija para el sector privado, lo que se debe reajustar a este monto cada vez que el monto sea inferior.

Pago de Cotizaciones

Cuando el trabajador se encuentra con reposo por incapacidad laboral, los organismos administradores deben efectuar las retenciones correspondientes a pensiones, salud y seguro de cesantía (este último, solo en caso de que corresponda) y se deben rendir a las instituciones que correspondan.

- Cotizaciones para pensiones y salud: estas se efectúan sobre la última remuneración que corresponde al mes anterior en el que inicio reposo o en su defecto, el estipulado en su contrato de trabajo.
- Cotizaciones para el seguro de cesantía: Sólo en el caso de los trabajadores cubiertos por este seguro, la cotización de cargo del trabajador, correspondiente al 0,6%, se descontará del subsidio y será pagada a la Sociedad Administradora del Seguro.

Pago de Subsidios

Lo normado por la Superintendencia de Seguridad Social, en el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, es que “Atendido que los subsidios reemplazan las remuneraciones o rentas del accidentado o enfermo profesional y que, de acuerdo con el artículo 44 del Código del Trabajo, la unidad de tiempo a considerar para el pago de la remuneración, no podrá en ningún caso, exceder de un mes, los subsidios deberán ser pagados con una periodicidad igual o inferior a 30 días” [7]

Prescritos

Para el caso de los subsidios de tipo Convenio y Público (S1 y S2 respectivamente), el empleador tendrá un plazo máximo de seis meses, a partir de la fecha de pago de la remuneración correspondiente al periodo de subsidios de sus trabajadores para cobrar a la ACHS dicho pago. Actualmente, la organización una vez que las empresas Convenio o Pública suben la documentación de sus trabajadores, se efectúa el pago en la nómina más cercana a la fecha en la que suben la documentación, si no suben la documentación dentro de los seis meses antes mencionado, la deuda prescribe.

Existen excepciones, ante una situación fortuita o de fuerza mayor, donde la organización reembolsa pagos reclamados fuera del plazo anterior estipulado.

Pagos Cotizaciones Directo y Convenio

Para los casos de subsidios de tipo Directo y Convenio, como se mencionó anteriormente el pago de las cotizaciones previsionales lo realiza directamente la ACHS, a diferencia de los casos Públicos. Existen casos mensualmente, en que el empleador no sube la documentación dentro de los primeros 30 días o la sube incompleta, por lo que imposibilita al organismo administrador a proceder al pago del beneficio. Con el objetivo de no generar lagunas previsionales, la ACHS paga para estos casos cotizaciones a partir de la información de cotizaciones que adjunta el empleador cuando paga la tasa de cotización a la ACHS. La razón por la que no se utiliza esta información para todos los casos, es porque la planilla que sube el empleador no siempre tiene la información completa, ya que en caso de que el trabajador contara con licencia por origen no laboral, no se incluye en el monto reportado.

En caso de no contar con la información de cotizaciones que declara el empleador, se realiza el cálculo de las cotizaciones asumiendo como remuneración de los meses en que no se tenga esa información, el mínimo no remuneracional.

Una vez que el empleador sube la información del trabajador, se genera el recalcu de las cotizaciones y se procede al pago de la diferencia, en caso de que corresponda.

iv. Cuantificación del Proceso actual

El objetivo de este apartado es cuantificar los procesos anteriormente descritos. Para esto se analizarán los pagos realizados desde febrero 2019 a enero 2020.

Caso Directo

El objetivo de este apartado es cuantificar los procesos anteriormente descritos. Para esto se analizarán los pagos realizados desde febrero 2019 a enero 2020.

Caso Directo

La mayoría de los casos pagados por ACHS corresponden a casos de tipo Directo. Durante febrero 2019 a enero 2020 se pagaron un total de 201.974 casos, pagando mensualmente 16.831 en promedio. Analizando los casos totales, se tiene que en promedio el 14,9% de los casos se pagan sólo las cotizaciones. A continuación, en la Tabla N°3 se observa el detalle:

Tabla N°3: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020

	feb-19	mar-19	abr-19	may-19	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20
Total Subsidios	16.206	15.819	16.533	15.544	16.280	15.593	16.066	15.846	16.248	17.427	21.097	19.315
Total no pago	2.733	2.202	2.202	1.950	2.197	1.837	1.872	3.343	2.686	2.987	3.321	2.902
Porcentaje no pago	16,9%	13,9%	13,3%	12,5%	13,5%	11,8%	11,7%	21,1%	16,5%	17,1%	15,7%	15,0%

Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Lo anterior significa que el 14,9% en promedio de las empresas no suben la documentación del trabajador o lo suben de forma errónea, teniendo como consecuencia el no pago de los trabajadores con reposo o pago fuera del tiempo normado.

El proveedor CP Data, encargado de enviar la notificación a la empresa, cuenta con una reportería los correos enviados, donde se muestra rebote del correo de notificación y la lectura del correo. Se analizó una muestra de 31.114¹¹, en que se tiene que el 14.49% de los correos enviados rebota, lo cual se puede explicar por la desactualización de los correos o error en la digitación de estos.

Por otro lado, del 85,51% de los casos que recibe el correo, se tiene que el 45,32% efectivamente lee el correo.

Lo anterior afecta directamente al proceso, ya que, si el empleador no se entera de la documentación a subir, no es posible para el equipo de prestaciones económicas realizar el cálculo del beneficio, afectando el ingreso mensual recibido por el trabajador que se encuentra con reposo.

Cabe destacar, que existen empresas que constantemente ingresan al portal web externo, donde aparecen los trabajadores de su empresa que se encuentran con reposo, por lo que, a pesar de no haber recibido o leído el correo enviado, existe este canal de información en el que la empresa se puede enterar de la documentación necesaria para que se pueda constituir el beneficio al trabajador.

Por otro lado, se analizó el método de pago elegido por los trabajadores. La muestra total utilizada incluye 171.740¹² casos.

Tabla N°4: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados, según método de pago. Periodo febrero 2019 a enero 2020

	2019											2020	Total	Var %
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene		
Efectivo	68	64	62	82	66	80	65	61	57	79	51	62	797	0,46%
Transf. Bancaria	9.163	9.260	9.834	9.591	10.041	10.031	10.478	9.334	9.883	10.734	13.414	12.349	124.112	72,27%
Vale Vista	4.242	4.293	4.435	3.921	3.975	3.645	3.651	3.108	3.622	3.626	4.311	4.002	46.831	27,27%
Total	13.473	13.617	14.331	13.594	14.082	13.756	14.194	12.503	13.562	14.439	17.776	16.413	171.740	

Fuente: Elaboración a partir de información levantada con Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Se puede apreciar que sólo el 0,46% de los casos de la muestra prefieren su pago en efectivo. El 72,27% de los casos prefiere que se pague en su cuenta personal y el 27,27% de los casos prefiere que se emita un vale vista.

Con la solución a implementar, los casos que tienen como preferencia vale vista o efectivo, no se genera ninguna necesidad de información por parte de la empresa o trabajador. Para los casos que tienen como preferencia, la transferencia a su cuenta

¹¹ Correspondiente a los correos enviados en septiembre-noviembre 2019.

¹² Se dejó afuera los casos con estado Pago Cotizaciones Directo, ya que al no tener los datos del trabajador, no se sabe su preferencia para el método de pago, por lo que para la totalidad de estos casos se paga con Vale Vista.

personal produce una brecha, ya que la información sigue siendo canalizada a través del empleador, o en su defecto por el trabajador.

Caso Convenio

Durante febrero 2019 a enero 2020 se pagaron un total de 8.138 casos, correspondiente a un promedio de 678 casos mensuales. Se analizaron los casos totales, encontrando que en promedio el 43,8% de los casos se pagan sólo las cotizaciones. A continuación, en la Tabla N°5 se observa el detalle:

Tabla N°5: Casos Totales de subsidios tipos Convenio (S1) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020

	feb-19	mar-19	abr-19	may-19	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20
Total Subsidios	560	388	720	740	762	672	785	653	739	762	722	636
Total no pago	188	332	335	377	311	225	322	283	294	250	331	200
Porcentaje no pago	33,6%	85,6%	46,5%	50,9%	40,8%	33,5%	41,0%	43,3%	39,8%	32,8%	45,8%	31,4%

Fuente: Elaboración con información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Esto significa que el 43,8% en promedio de las empresas no suben la documentación del trabajador o lo suben de forma errónea, este no afecta directamente la renta percibida por el trabajador, ya que las empresas para los tipos convenio siguen pagando el sueldo de los trabajadores con reposo. El inconveniente que existe al tener casos que se pagan fuera de lo normado, es que como se mencionó en el apartado anterior, la ley obliga a que la deuda que se tiene con la empresa prescriba después de seis meses. Lo anterior genera inconvenientes con el área comercial, ya que las empresas cuando cobran después del plazo establecido, por ley no se les debiesen pagar.

Los casos convenios, se pagan directamente a la empresa, por lo que no se necesita información adicional de las preferencias del método de pago, ya que se realiza a través de transferencia electrónica.

Caso Público

Para el caso público no se realizan pagos de cotizaciones, ya que este concepto lo continúa pagando la empresa cuando el trabajador se encuentra con reposo, por lo que no se le generan lagunas previsionales al paciente.

Tabla N°6: Casos totales de subsidios tipos Público (S2) pagados. Periodo febrero 2019 a enero 2020

	feb-19	mar-19	abr-19	may-19	jun-19	jul-19	ago-19	sept-19	oct-19	nov-19	dic-19	ene-20
Total Subsidios	754	604	886	753	834	841	757	587	842	869	834	813

Fuente: Elaboración a partir de información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Cotización de Salud

Por último, se analiza los datos de salud de los trabajadores pagados, donde para los casos Convenios y Directos, se tiene que en promedio el 83,8% de los casos está afiliado a FONASA.

Tabla N°7: Casos totales de subsidios tipos Directos (S0) pagados, según tipo de Salud. Periodo febrero 2019 a enero 2020

Periodo	Total Casos ISAPRE	Total caso Fonasa	Total Casos	% FONASA
feb-19	2.312	13.867	16.179	85,71%
mar-19	2.410	13.409	15.819	84,77%
abr-19	2.612	13.921	16.533	84,20%
may-19	2.537	13.006	15.543	83,68%
jun-19	2.654	13.625	16.279	83,70%
jul-19	2.438	13.155	15.593	84,36%
ago-19	2.441	13.625	16.066	84,81%
sept-19	2.443	13.403	15.846	84,58%
oct-19	2.636	13.612	16.248	83,78%
nov-19	2.805	14.621	17.426	83,90%
dic-19	3.223	17.873	21.096	84,72%
ene-20	3.060	16.255	19.315	84,16%

Fuente: Elaboración con información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Tabla N°8: Casos totales de subsidios tipos Convenio (S1) pagados, según tipo de Salud. Periodo febrero 2019 a enero 2020

Periodo	Total Casos ISAPRE	Total caso Fonasa	Total Casos	% FONASA
feb-19	176	384	560	68,57%
mar-19	199	521	720	72,36%
abr-19	179	541	720	75,14%
may-19	172	568	740	76,76%
jun-19	231	531	762	69,69%
jul-19	264	408	672	60,71%
ago-19	234	551	785	70,19%
sept-19	206	447	653	68,45%
oct-19	215	524	739	70,91%
nov-19	224	538	762	70,60%
dic-19	230	492	722	68,14%
ene-20	173	463	636	72,80%

Fuente: Elaboración a partir de información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Como alcance del trabajo de título se mencionó que, por temas de confidencialidad, PreviRed no podrá informar la previsión de salud que le corresponde al trabajador. Para esto se analizó una nómina de subsidios, correspondiente al periodo de septiembre 2019. Para los 16.499 casos Directos y Convenio pagados, se cruzó la variable de previsión de

Salud, con lo que ingresa el paciente en Admisión cuando es atendido por alguna institución médica ACHS, de lo cual se encuentra un 97,1% de adherencia. Donde se tienen sólo 478 casos que no es concordante el dato de admisión con lo reportado en la nómina de pago de subsidios.

Análisis error renta

Como último análisis, se buscó cuantificar el error en el cálculo de subsidios, por error de digitación de las rentas. Para esto, se seleccionó una muestra aleatoria de los casos revisados por los analistas de cuentas, los cuales contaban con documentación y se había realizado la digitación de las rentas en SAP, con el fin de calcular el porcentaje de casos que a pesar de las validaciones y controles que realiza el equipo de subsidios, presentan algún tipo de error.

Para la muestra aleatoria se seleccionaron 163¹³ casos. Para la totalidad de estos, se ingresó a portal web externo, se realizó la revisión de la documentación y en caso de estar correcta, se ingresó las rentas de la documentación y se contrastó con lo ingresado por los analistas de cuentas.

De lo anterior, se encontraron 59 casos con error, para detalles ver Anexo N°1. En las siguientes tablas, se puede ver el resumen de los resultados:

De la Tabla N°9 se desprende que de los 163 casos que se revisaron, 59 tienen algún tipo de error, ya sea en beneficio o como pérdida económica para la ACHS. Debido a que se quiere conocer el error total, independiente si el afectado es el trabajador o el organismo administrador.

Tabla N°9: Casos totales con error. Revisión casos ingresados por Analistas de cuenta

	N total	Monto total error	Monto error promedio
Casos con error	59	\$137.042	\$2.323

Fuente: Elaboración a partir de información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Tabla N°10: Casos totales. Revisión casos ingresados por Analistas de cuenta

	N total	Monto error	Monto error promedio
Casos totales	163	\$137.042	\$841

Fuente: Elaboración con información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Para los 59 casos, se calculó el error total de las rentas ingresadas por el analista de cuentas y la renta real, luego se realizó el cálculo del subsidio para ambos casos, y se calculó la diferencia promedio pagada, lo que genera un promedio total de \$2.323 por pago.

Dado que existen 104 casos que no presentaron error en lo ingresado por los analistas de cuentas, se calcula el monto de error promedio diario de los casos totales, esto incluye

¹³ Muestra acotada debido a las HH disponibles para hacer la revisión de los datos

los con errores y los correctos. Del cálculo se tiene que los casos se pagan con un error promedio de \$841.

Desde febrero 2019 a enero 2020 se pagaron en total 201.973 casos de Subsidios Directos, por lo que, anualizando el costo promedio por el total de casos, se tiene un error total \$169.808.755, esto corresponde el 0,45% del pago total realizado en un año por Subsidios tipo Directo.

v. Benchmark

El objetivo de esta sección es describir los procesos de pago de entidades que paguen subsidios a trabajadores. Se eligió FONASA, ya que según los cuadros estadísticos publicados por la SUSESO actualizados al 2018, FONASA paga en promedio el 72% [12] de las licencias médicas emitidas anualmente. Por otro lado, se estudiará el caso de Colmena, ya que pertenece al sector privado, por lo cual es interesante analizar una industria con características similares a la organización, además de ser la tercera Isapre con mayor participación de mercado, llevándose un 20% [13], con un punto porcentual de diferencia de la líder que tiene 21%.

FONASA

Para contextualizar sobre la organización, FONASA mensualmente paga alrededor de 70.000 licencias mensuales por origen común. Hasta el año 2018, tenían un sistema de cálculo de subsidios similar al sistema actual de la ACHS, recibían la documentación de las rentas y las digitaban manualmente.

A comienzos del año 2019 FONASA planteó un cambio en el esquema de operación en el módulo del cálculo de Subsidios, incorporando la consulta de datos de afiliación a PreviRed.

Para lo anterior, FONASA analizó los escenarios de aceptación de variabilidad de rentas para el procesamiento automático de estas. Definieron tres escenarios:

- Escenario 1: Variación aceptable para procesamiento automático hasta el 5%. Con este escenario pagarían un 57% de los casos mensuales
- Escenario 2: Variación aceptable para procesamiento automático hasta el 10%. Caso en el cual lograrían pagar un 71% de los casos mensuales.
- Escenario 3: Variación aceptable para procesamiento automático hasta 15%. En este caso, pagarían en 81% de las licencias mensuales.

De los resultados principales que encontraron, las causas principales de variabilidad de rentas se deben a días no trabajados, horas extraordinarias y bonos de producción. Estas variables deben ser incluidas en el cálculo de la renta base para el pago de subsidios.

Por otro lado, no lograron identificar correlación entre los escenarios de variación promedio de rentas para la base de cálculo, frente a un aumento de los bonos ocasionales. Además, en los tres escenarios planteados, la probabilidad que se

encuentren bonos ocasionales es similar y con una baja incidencia, debido a que sólo corresponde a un 0,9% de la muestra que analizaron.

Finalmente, como medida conservadora decidieron utilizar el pago automático de subsidios, para los casos que tengan una variabilidad de rentas de hasta un 5%.

Lo conversado con la organización es que el perfil de los trabajadores que les pagan el beneficio corresponde a pacientes con rentas estables, sin bonos ocasionales, con un alto porcentaje del rubro obrero.

COLMENA

Esta organización tiene un proceso de cálculo de subsidios parecido al utilizado actualmente en la ACHS, con la salvedad que el proceso de digitación de rentas lo tienen externalizado con una empresa.

Este influye en que mensualmente, los analistas tienen un KPI diario de 160 revisiones, a diferencia de la ACHS que tiene un KPI de 70, ya que el de colmena sólo incluye la revisión de rentas y validación de estas.

vi. Directrices de cambio

Luego de comprender el escenario actual de la compañía, las necesidades de la empresa, el funcionamiento total del proceso de cálculo de subsidio, así como analizar el funcionamiento del proceso en organizaciones que generen pagos de licencias médicas, es posible identificar los procesos críticos para definir las directrices de cambios en las cuales el área de Prestaciones Económicas debe dar foco en el rediseño del proceso de pago de subsidios.

Para la propuesta de rediseño se pondrá énfasis en aspectos que generen manualidades en el proceso, que impacten la calidad del servicio entregado y que generen incumplimiento en lo normado por la Superintendencia de Seguridad Social.

- Disminuir en gran parte del proceso las manualidades existentes en el proceso.
- Asegurar el pago del beneficio subsidios en un 99% dentro del plazo establecido en la Ley
- Disminución de SLA del cálculo del beneficio.

viii. Posibles alternativas de solución para resolver el problema

Se analizarán variadas formas de cómo enfrentar y subsanar los problemas que presenta actualmente el proceso del pago de subsidios

Soluciones que no impliquen tecnología

Dentro de las posibles soluciones podemos encontrar alternativas que no impliquen un cambio tecnológico, tales como un sistema de incentivos mucho más fuerte en el castigo del indicador del equipo, donde se propone restar dos tareas por cada renta mal ingresada. Esto ayudaría a que los analistas tengan mayor cuidado en la digitación, realizando una revisión exhaustiva del dato que está ingresando, disminuyendo así los errores que existen actualmente, pero también se traduce en que el analista tarde más tiempo por tarea, provocando una baja orgánica en el indicador.

Por otro lado, se pueden aumentar el número de casos seleccionados para las revisiones cruzadas, con esto se corregirían mayor número de casos que se estaban ingresando con error, pero también aumentarían las HH destinadas de los analistas en hacer las revisiones de las rentas ingresadas y horas del coordinador en seleccionar los casos para la revisión.

Por último, se pueden realizar capacitaciones periódicas a los analistas para crear consciencia de los errores que comenten, analizar por qué se equivocan y el impacto de esos errores en los pacientes de las ACHS y sus familias, junto a esto crear planes de formación continua, para desarrollar sus habilidades de digitación, análisis de fallas y criterios que deben considerar para digitar las rentas. Esta propuesta implica horas del personal de los analistas para las capacitaciones, un sistema de seguimiento de asistencia, horas de los capacitadores y sistemas indicadores que evalúen la propuesta.

Las soluciones antes mencionadas, si bien pueden disminuir los errores que existen en los ingresos actualmente, se concluye que ninguna solución que no implique cambios tecnológicos resuelve el problema de la alta probabilidad de error en digitar las rentas, ya que es el error natural que existen en los procesos manuales y mientras continúe este subproceso se tendrán ineficiencia en los tiempos de ejecución, altos costos en capital humano y pérdidas de recursos económicos de la ACHS por casos pagados con algún error, por lo que se descartan cualquier tipo de solución análoga a esta.

Externalizar el proceso de digitación

Dentro de las alternativas de solución, se evalúa la opción externalizar el proceso de digitación de las rentas para el cálculo del beneficio. Para esto, se analiza el servicio que ofrece Milano, empresa que desarrolla soluciones operacionales, las cuales se adaptan a las necesidades y requerimientos específicos de cada cliente, digitando y validando las rentas con sus campos dinámicos, entregando la tabulación de la información e informes estadísticos. Al analizar la propuesta, se puede notar que esta no elimina completamente las tareas tediosas de los analistas, ya que ellos seguirían siendo los encargados de revisar la documentación que envía la empresa, asegurando que esté correcta y completa, con la diferencia que se les eliminaría la función de digitar la documentación. El proceso de revisión de rentas es alrededor de tres cuartos del tiempo que demora la tarea completa que implica revisar y digitar documentación. Dado los costos que implica externalizar la digitación de rentas y que esto no provocaría una reducción relevante de los costos operacionales de la ACHS se descarta la solución planteada.

Creación de *bot* que digite información

Por otro lado, se evalúa la creación de un *bot* que lea la información de las rentas y las digite en su totalidad. Si bien esta herramienta serviría para crear respaldo de la documentación y poder analizar y entender los errores actuales, el documento de las rentas no se encuentra estandarizado actualmente, es decir, que no se podría programar la herramienta para que busque siempre en el mismo lugar o lea cierto nombre de un bono, ya que la información no se encuentra predefinida dentro del documento de las rentas y además los tipos de bonos a pesar de que pueden ser los mismos, las empresas pueden cambiar los nombres de estos. Por lo que si bien existe un número acotado de rentas que podrían pasar por la revisión y digitación con la herramienta, existiría al igual que en la solución planteada anteriormente, la función del analista de revisar y separar las rentas que cumplan los criterios para poder usar el *bot* y el resto de las rentas que no cumplan las condiciones, seguirían siendo digitadas por el personal. Dado que la solución no genera una reducción importante en costos para la ACHS y además no elimina la manualidad del proceso, se descarta la iniciativa.

Rediseño en proceso de obtención de rentas

Como se mencionó anteriormente, se busca desarrollar una alternativa tecnológica, de forma que se elimine la función de digitar las rentas. Para esto, se pretende cambiar la manera en que se obtiene la información de las rentas, ya que, al obtenerla de las empresas, se seguirán teniendo casos que envían mal la documentación y los que derechamente no la envían, junto con que el proceso actual no permite hacer seguimiento del estado global de los casos que envían la documentación incompleta o con error, más allá que estar revisando el caso a caso. Dado que lo anterior implica destinar muchos recursos humanos en esas funciones, para optimizar esto, se canalizará la información de las rentas a través de una única fuente, que será a través de las bases de datos de cotizantes que manejan la información que se pagan a los fondos de pensiones y salud. Luego de conversaciones con el equipo de Prestaciones Económicas, se llegó a la conclusión que la mejor alternativa para obtener esta información es a través de PreviRed, ya que esta entidad ofrece un servicio de declaración y pago de cotizaciones previsionales por internet, por lo tanto, manejan la información previsional de pensiones,

salud y AFC de todos los trabajadores cotizantes en Chile. Al obtener esta información, se tendrán las rentas imponibles de los trabajadores, el monto cotizado en el sistema de pensiones y seguro de cesantía, en caso de que aplique. Al tener las bases de datos de las rentas, estas se ingresarán de manera masiva y automática al sistema SAP, eliminando la digitación de las rentas y en consecuencia cumpliendo el objetivo final de realizar el pago correcto y oportuno de las prestaciones económicas.

La solución propuesta no subsana el 100% de los casos que se deben calcular mensualmente, ya que no se tendrá información de trabajadores que entran al sistema de cotizaciones por primera vez en el mes que se accidentan, que corresponden alrededor de un 5,1%. Para el cálculo de estos casos, lo que norma la ley es utilizar como base de cálculo lo estipulado en el contrato de trabajo, por lo que se necesita que el empleador envíe el contrato vigente del trabajador y en consiguiente el rol del analista se mantendrá revisando estos casos.

vii. Contrato con PreviRed y autorizaciones SUSESO

Con el objetivo de poder avanzar con el proceso de rediseño, se definió en conjunto con la empresa PreviRed un contrato donde se especificarán los términos y condiciones del servicio desarrollado y administrado por ellos, para el intercambio de información entre la ACHS y esta.

En el marco que la prestación del servicio cumple el objetivo final de realizar el pago correcto de las prestaciones económicas, derivadas del cálculo de subsidios, se desarrollará el siguiente servicio:

1. Servicio a perfeccionar en modalidad de procesamiento Batch, mediante la utilización de casillas SFTP que PreviRed informará a la ACHS.
2. La ACHS podrá diariamente enviar un archivo de consulta de cotizaciones.
3. PreviRed procesará la consulta durante la noche y depositará al día siguiente, antes de las 9:30 horas, en la misma casilla, la respuesta correspondiente.
4. Las consultas y respuestas se enmarcan en las cotizaciones obligatorias de AFP de los trabajadores consultados
5. La información que PreviRed procesará incluirá los últimos 12 meses

Una vez definidas las condiciones del servicio, el archivo de respuesta de PreviRed contemplará la siguiente información. Ver Tabla N°11.

Tabla N°11: Campos del registro de respuesta de afiliación por parte de PreviRed

Registro Respuesta Afiliación				
N°	Campo	Tipo	Descripción	Ejemplo
1	tipo registro	X(02)	Siempre "A1".	A1
2	código retorno afiliación	N(04)	Indica si se pudo obtener sin errores la AFP vigente de la persona consultada o por el contrario, si hubo problemas u errores al obtener la información.	3200
3	glosa retorno afiliación	X(50)	Descripción humana del código de retorno afiliación.	RUT no encontrado
4	rut afiliado	N(09)	Indica el rut de la persona consultada, sólo números sin puntos ni guion.	12345684
5	dv afiliado	X(01)	Indica el DV de la persona consultada.	K
6	nombres	X(100)	Nombres de la persona consultada.	Pedro Gonzalo
7	apellido paterno	X(50)	Apellido paterno de la persona consultada.	Pérez
8	apellido materno	X(50)	Apellido materno de la persona consultada.	González
9	fecha incorporación sistema	X(10)	Fecha de incorporación al sistema de la persona consultada, en formato ISO-8601 extendido (YYYY-MM-dd).	1998-02-24
10	código AFP vigente	N(04)	Código de la AFP vigente.	4343
11	fecha incorporación AFP	X(10)	Fecha de la incorporación a la AFP vigente de la persona consultada, en formato ISO-8601 extendido (YYYY-MM-dd).	2005-04-06

Fuente: Elaboración PreviRed.

Además, la ACHS pagará, previa emisión de factura, a PreviRed por la prestación del servicio descrito lo siguiente:

Tabla N°12: Precios en función del número de consultas mensuales procesadas

Consultas mensuales procesadas	Valor mensual en UF
De 1 a 50.000	35
De 50.001 a 100.000	65
De 100.001 a 200.000	90
De 200.001 a 300.000	130
De 300.001 a 400.000	165
400.001 y más	195

Fuente: Elaboración PreviRed.

Dado que la ACHS mensualmente paga menos de 20.000 casos de subsidios, el tramo de pago siempre será el primero definido en 35UF.

Por último, ya que la organización está regulada por la SUSESO es importante validar cualquier cambio importante que se pretenda realizar en la compañía que impacte los procesos operativos y el beneficio económico del trabajador.

Para lo anterior, la SUSESO el 02 de enero del 2019 emitió el Dictamen 40-2019, en el cual declara su pronunciamiento respecto del uso de la base de datos del sistema PreviRed, para el cálculo del subsidio por incapacidad laboral. Sobre esto, “la Superintendencia considera conveniente, como una forma de mejorar los procesos de cálculo de subsidios por incapacidad laboral y como ya se pronunció esta Superintendencia por Ord. N°42.435 de 21-08-2018 dirigido a las COMPIN y Subcomisiones del país que, a través, de la información de las remuneraciones imponibles, que se obtendrá de PreviRed y así poder prescindir de las liquidaciones de remuneraciones de los tres meses anteriores al inicio de la licencia médica” [13].

Este dictamen se emitió cuando FONASA quiso realizar la automatización del pago de subsidios a partir de los datos de PreviRed. Se levantó la posibilidad de implementar lo aprobado en este dictamen para los procesos de pago de las mutualidades a lo que la SUSESO permitió avanzar con el proyecto.

XI. PROPUESTA DE REDISEÑO

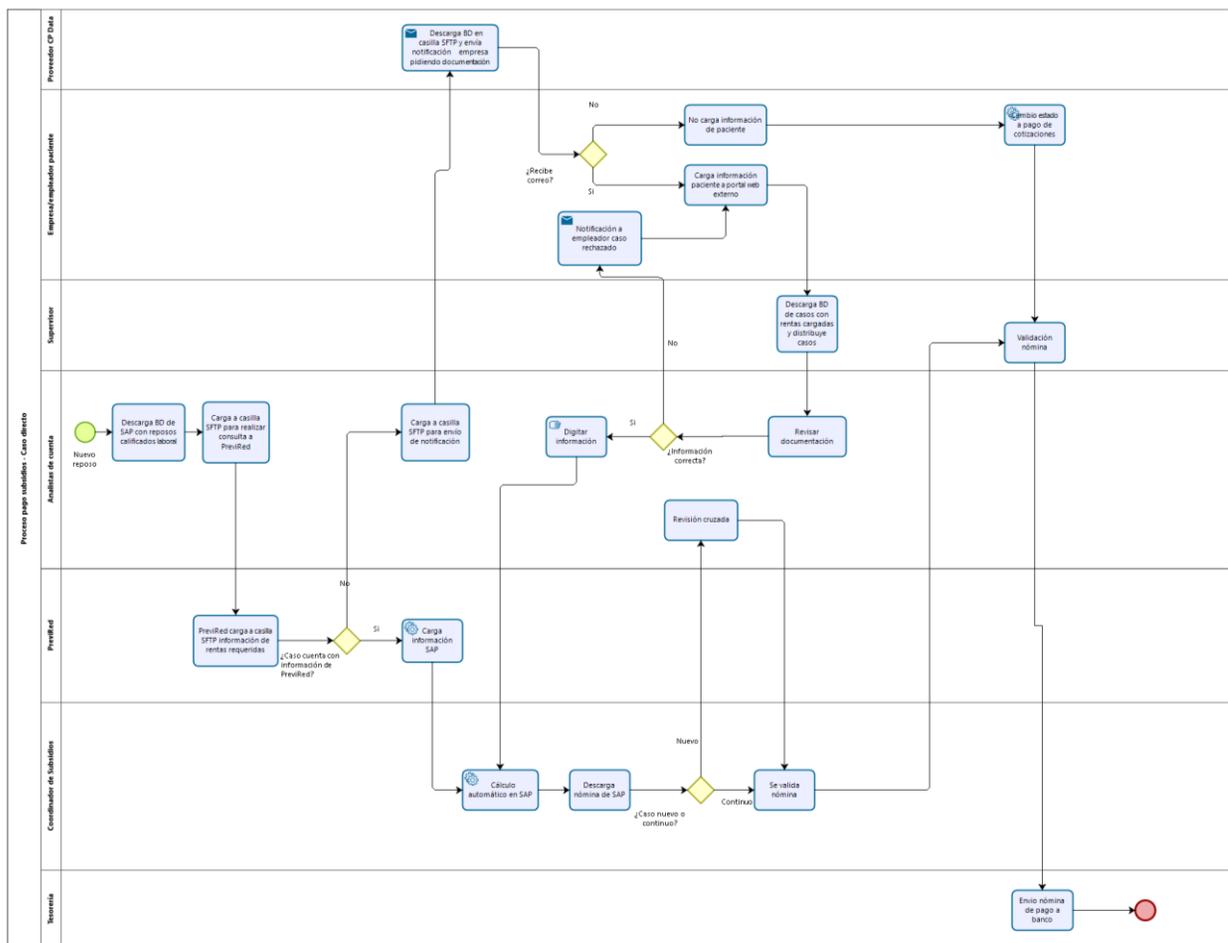
En este capítulo se mostrará el detalle de la propuesta de rediseño del proceso de pago de subsidios generada para la Asociación Chilena de Seguridad.

Como se comentó en capítulos anteriores se utilizó para la propuesta el marco conceptual de rediseño de procesos de Oscar Barros, la cual se representa en el siguiente resultado.

i. Rediseño del pago de subsidios directos, convenio y público

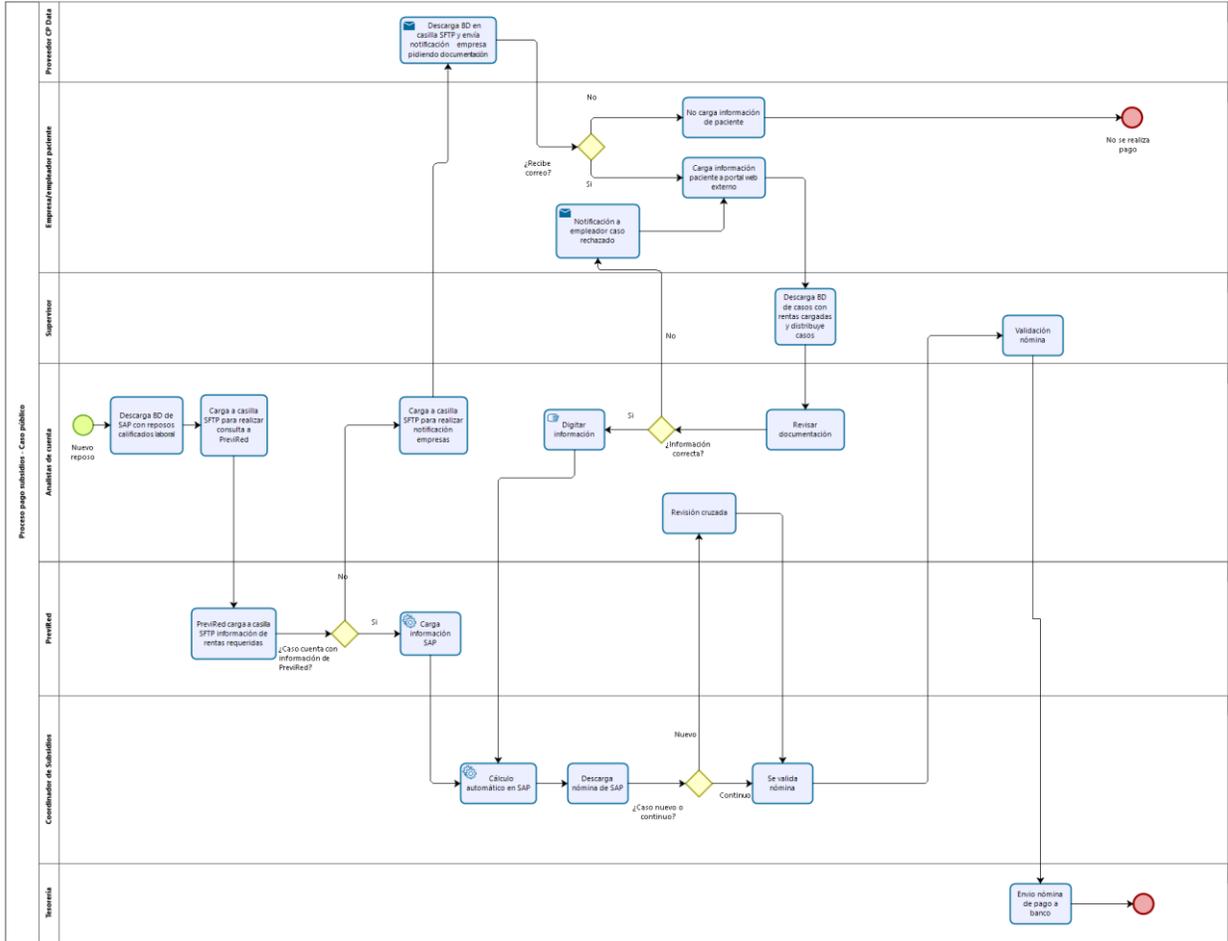
En la Ilustración N°9 se muestra el resumen del proceso de pago de subsidios para los casos directo y convenio, y en la Ilustración N°10 el caso público. Se mostrará el reproceso para los tres casos, ya que la solución es transversal y única para los tres tipos de pago

Ilustración N°9: Flujo del rediseño de pago de subsidios para casos directo y convenio



Fuente: Elaboración de propuesta a partir de los datos levantados y analizados del área

Ilustración N°10: Flujo del rediseño de pago de subsidios para público

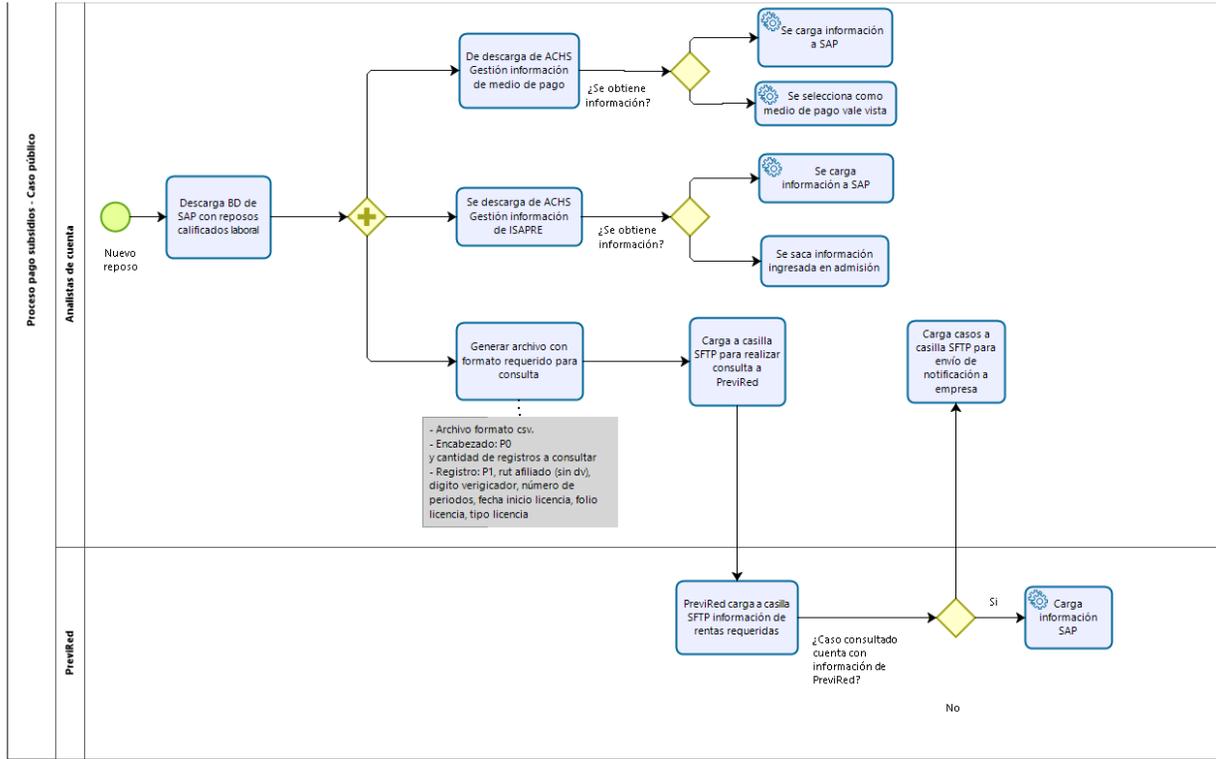


Fuente: Elaboración de propuesta a partir de los datos levantados y analizados del área

A continuación, se detalla la propuesta de rediseño, describiendo cada uno de los subprocesos presentados en la ilustración anterior. En la

Ilustración N°11, se muestra el zoom al subproceso del analista de cuenta y el proveedor PreviRed que es donde se realizó el rediseño.

Ilustración N°11: Detalle del subproceso del rediseño de analista de cuenta y PreviRed



Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Analista de cuentas

El proceso comienza, al igual que en la actualidad, cuando el analista de cuenta descarga desde SAP, todos los reposos que están calificados de origen laboral.

Con la información descargada, se genera la base de datos con lo necesario para hacer la consulta de los cotizantes. La información se debe generar con el siguiente formato:

Para el encabezado se necesita la información de la siguiente manera:

Tabla N°13: Encabezado consulta base cotizante

Encabezado Consulta				
N°	Campo	Tipo	Descripción	Ejemplo
1	tipo registro	X(02)	Siempre "P0".	P0
2	n registros	N(05)	Cantidad de registros de consulta.	10

Fuente: PreviRed

A continuación del encabezado, el archivo de consulta contiene una o más líneas con registros de consultas según la cantidad expresada en el encabezado, con los siguientes campos:

Tabla N°14: Registro consulta base cotizante

Registro Consulta				
N°	Campo	Tipo	Descripción	Ejemplo
1	tipo registro	X(02)	Siempre P1.	P1
2	rut afiliado	N(09)	Indica el rut de la persona a consultar, sólo números sin puntos ni guion.	12345684
3	dv afiliado	X(01)	Indica el DV de la persona a consultar.	K
4	n periodos	N(02)	Número de periodos de cotizaciones a consultar.	12
5	fecha emisión licencia	X(10)	<ul style="list-style-type: none"> Fecha de emisión de la licencia, en formato ISO-8601 extendido (YYYY-MM-dd). No se procesarán registros con fecha superior a la fecha de ejecución del proceso. 	2013-08-11
6	fecha inicio licencia	X(10)	Fecha de inicio de la licencia, en formato ISO-8601 extendido (YYYY-MM-dd). No se procesarán registros con fecha superior a la fecha de ejecución del proceso.	2013-08-12
7	folio licencia	N(12)	Folio de la licencia, el cual además indica si es electrónica o manual.	
8	tipo licencia	N(01)	Electrónica o manual, con los siguientes valores posibles: <ul style="list-style-type: none"> 1 - formulario prestador institucional 2 - formulario prestador individual 3 - licencia electrónica i-med 4 - licencia electrónica medipass 	

Fuente: PreviRed

Teniendo la información con el formato requerido, se carga la base de datos a una casilla SFTP, donde este subproceso se llevará a cabo diariamente. PreviRed tiene 24 horas para procesar la información de la consulta y entregar una respuesta a través de la casilla, con la información de rentas de cada paciente. A continuación, se cargarán las bases de datos con la información a SAP de manera masiva, dejando fuera los casos consultados que no contaban con la información de PreviRed, cambiando automáticamente el caso a la información liberado para pago (0001).

Además, las rentas deben pasar por las siguientes reglas:

- El máximo de las rentas debe ser el tope imponible
- Rentas de empresas que no están afiliadas a la ACHS en la fecha de inicio de la licencia, no se utilizan para la base de cálculo.

Para los casos en que la base de datos de los cotizantes no encontrase información, se seguirá el flujo del proceso actual que es cargar a la casilla SFTP para enviar notificación a la empresa y que esta suba el contrato del trabajador, que es lo que norma la Superintendencia para los casos que entran por primera vez al sistema de cotizaciones.

Paralelo al paso anterior, se descargará desde ACHS Gestión la información de salud y medio de pago del paciente. Esta plataforma es un sistema de gestión que reúne todo el conocimiento de las empresas, por lo tanto, cuenta con la información de sus trabajadores. ACHS Gestión en junio del presente año comenzó su etapa de pruebas, por lo que se debe proponer alternativas en caso de que no se encuentre con la información buscada, mientras el sistema es alimentado con el 100% de la información de los trabajadores afiliados a la ACHS.

Para lo anterior, por el lado de la información del medio de pago, se propone para los casos no encontrados en la plataforma, que el sistema automáticamente genere el cambio de la variable “método de pago” a vale vista, ya que con la información propia del Rut del trabajador es suficiente para generar el pago.

Para el caso de la previsión de salud, cuando no se cuente con la información en la plataforma ACHS Gestión, se propone realizar la extracción de esta, desde las bases de datos de admisión. Esta información se presume como una buena alternativa, ya que todos los pacientes que se les paga el beneficio fueron atendidos en alguna de las sedes de la ACHS o en su defecto, en el Hospital del Trabajador. Cuando los trabajadores afiliados ingresan, en admisión se le pide información personal, entre esta, la previsión de salud a la que se encuentra afiliada, por lo que para el 100% de los casos que se pagan, existe este tipo de información.

El resto de los subprocesos en los que participa el analista de cuentas, permanecerán igual que en la actualidad, por lo que no se entrará en detalles.

PreviRed

La empresa participa diariamente cada vez que el analista de cuenta carga datos a consultar en la casilla SFTP. PreviRed tiene 24 horas para procesar los datos de los trabajadores y entregar en la casilla los datos con la información de las doce últimas rentas del paciente desde la fecha de inicio de la licencia, la previsión de pensiones a la que se encuentra afiliada, el monto cotizado, la renta imponible del trabajador y si cuenta con cotización en la AFC.

Esta entidad cuenta con la información de todos los trabajadores que se encuentran en el sistema cotizante de Chile. En caso de que alguno de los casos consultados se encuentre renta imponible cero en la información de sus sistemas, significa que durante ese mes no tuvo un trabajo con modalidad de contrato o aún no entraba en el sistema de cotizaciones.

El resto de los actores participantes del proceso, mantienen los subprocesos descritos en el levantamiento del proceso, ya que no sufren cambios en el rediseño.

ii. Análisis del rediseño

Base de datos de cotizantes

Con el objetivo de cuantificar el impacto del rediseño, se procedió a replicar y analizar pagos de meses antiguos, utilizando para el cálculo los datos de las bases de datos de los cotizantes. Se analizaron los meses de noviembre, octubre y agosto del 2019, de los que se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla N°15: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de noviembre

Tipo de subsidio	Diferencia de pago utilizando datos cotizantes vs. Real pagado	Número de casos
Empresas Convenios	14.947.481	495
Empresas Directa	-69.437.421	13.080
Empresas Públicas	-53.995.340	834
Total general noviembre	-108.485.280	14.409

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Tabla N°16: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de octubre:

Tipo de subsidio	Diferencia de pago utilizando datos cotizantes vs. Real pagado	Número de casos
Empresas Convenios	11.170.549	434
Empresas Directa	-79.815.155	12.363
Empresas e Instituciones del estado	-59.267.529	815
Total general octubre	-127.912.136	13.612

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Tabla N°17: Diferencia de monto calculado a partir de la información de base de datos de cotizantes vs lo calculado por proceso actual de ACHS para el mes de agosto:

Tipo de subsidio	Diferencia de pago utilizando datos cotizantes vs. Real pagado	Número de casos
Empresas Convenios	17.443.940	443
Empresas Directa	-106.350.976	12.489
Empresas e Instituciones del estado	-72.444.945	722
Total general agosto	-161.351.981	13.654

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Para los tres meses analizados se obtuvo un ahorro para la ACHS en promedio de 132 MM\$. Si bien genera un ahorro importante para la organización, ya que representa alrededor de un 3,3% del gasto mensual que incurre la ACHS por concepto de subsidios, también se quiso analizar escenarios conservadores.

Por otra parte, se analizaron los datos entre periodos de las rentas, para evidenciar los meses donde se encuentran variaciones relevantes:

Tabla N°18: Variaciones de rentas entre periodos

	[0%;5%[[5%-10%[[10%;20%[[20%;35%[[35%;50%[[50%;100%[>100%
dic-enero	30,3%	14,6%	19,1%	13,0%	6,1%	10,4%	6,5%
ene-feb	42,2%	12,0%	14,5%	9,7%	5,1%	9,4%	7,1%
feb-mar	37,4%	12,8%	15,2%	10,7%	5,3%	10,7%	7,9%
mar-abr	38,3%	12,8%	15,3%	10,2%	4,6%	11,2%	7,6%
abr-mayo	42,7%	13,7%	13,6%	9,1%	4,3%	9,4%	7,2%
mayo-jun	41,9%	13,8%	13,4%	8,5%	4,3%	9,6%	8,4%
jun-jul	41,3%	14,0%	13,4%	9,0%	4,4%	9,9%	8,1%
jul-ago	42,6%	14,0%	13,5%	8,7%	4,2%	9,2%	7,8%
ago-sept	31,6%	14,2%	18,8%	12,3%	5,3%	10,4%	7,5%
sept-oct	32,6%	15,2%	19,0%	11,6%	4,8%	10,4%	6,4%
oct-nov	43,5%	13,3%	13,4%	8,9%	4,2%	9,8%	6,9%
nov-dic	30,2%	12,7%	17,2%	13,1%	6,3%	12,5%	7,9%

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

A partir de lo anterior, se concluye que los meses donde presentan mayor variabilidad las rentas, siendo variabilidades significativas mayor a un 10%, son los meses noviembre-diciembre, diciembre-enero, agosto-septiembre y septiembre-octubre. Se desprende de esto, que los meses de septiembre y diciembre, presentan un alza en las rentas, que se vuelve a regularizar en los meses siguientes, esto se podría explicar principalmente por el aguinaldo de fiestas patrias y de navidad.

Dado que, para el cálculo de subsidios, no se consideran dentro del imponible los bonos de naturaleza ocasional, se dejarán fuera de la base de cálculo los meses de septiembre y diciembre, utilizando las rentas de los meses precedentes a estos.

Para el resto de los meses, la mayoría de los datos presentan una variación entre 0% a 5%, correspondiendo alrededor del 40% de los datos en promedio, por lo que no se considera significativo dejar fuera del cálculo algún otro mes.

En conclusión, para replicar el cálculo se utilizaron las siguientes reglas de negocio:

- Se truncaron las rentas por el tope imponible correspondiente al mes de la renta percibida, ya que esto norma la ley.
- Si un paciente tenía rentas de dos o más empresas, se consideraba truncar por el tope imponible y luego la suma de estas.
- Las rentas de empresas que no estaban afiliadas a la ACHS en la fecha del accidente, no se consideraron para el cálculo.
- Se dejaron fuera del cálculo trabajadores que no contaban con renta imponible en los tres meses utilizados para el cálculo.
- Se dejaron fuera del cálculo las rentas de los meses de septiembre y diciembre

- Si uno o dos de los meses se tenía renta imponible cero, no se utilizaba para el cálculo del promedio. Ejemplo: Si para el cálculo utilizaba las rentas de enero, febrero y marzo, y enero se tenía monto imponible 0, se calculaba promedio solo utilizando febrero y marzo

Finalmente se realizó análisis de variabilidad de rentas, utilizando criterios definidos. En primer lugar, se realizó cálculo de subsidio, sólo aceptando casos que tuviesen una variación entre las rentas de los tres meses menor o igual a 5% en valor absoluto. El resultado se ve en la siguiente tabla:

Tabla N°19: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad menor al 5%

Mes	Cumple criterio	No cumple criterio	Falta renta	Total	Diferencias
Noviembre	2.662	9.722	1.873	14.257	-\$35.317.844
Octubre	2.833	8.784	1.705	13.322	-\$30.658.524
Agosto	3.077	8.745	1.780	13.602	-\$38.335.419
Total general	8.572	27.251	5.358	41.181	

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Tabla N°20: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad entre 5% a 10%

Mes	Cumple criterio	No cumple criterio	Falta renta	Total	Diferencias
Noviembre	4.666	7.718	1.873	14.257	-\$38.805.606
Octubre	4.788	6.829	1.705	13.322	-\$39.894.123
Agosto	4.911	6.911	1.780	13.602	-\$38.459.820
Total general	14.365	21.458	5.358	41.181	

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Tabla N°21: Número de datos y diferencias en monto pagados, para casos que aceptan una variabilidad entre 10% a 15%

Mes	Cumple criterio	No cumple criterio	Falta renta	Total	Diferencias
Noviembre	6.091	6.293	1.873	14.257	-\$33.712.458
Octubre	6.035	5.582	1.705	13.322	-\$32.353.633
Agosto	6.205	5.617	1.780	13.602	-\$30.234.300
Total general	18.331	17.492	5.358	41.181	

Fuente: Elaboración a partir de datos levantados

Este análisis se realizó con el fin de encontrar un escenario conservador para el rediseño. Si bien, en los tres escenarios se encuentran oportunidades de ahorro para la ACHS, al proponer y validar escenario con los líderes del proceso, se optó por el rediseño del 100% de los casos, que además de generar un beneficio económico más atractivo para la compañía, también genera el beneficio de eliminar la manualidad del proceso en un porcentaje mayor de los casos a pagar mensualmente.

Indicador de productividades de analistas de cuentas

A continuación, se detallan las tres variables que influyen en el indicador para medir productividades del equipo:

1. Casos nuevos: corresponde a la revisión de la documentación de rentas recibidas del empleador y el ingreso de estas al sistema SAP. Si un caso estaba siendo pagado el mes anterior, no se debe reingresar, por lo que sólo aplican para esta categoría los nuevos reposos. Se realizó una estimación de los nuevos reposos del año 2019¹⁴, la cual se traduce en 4.358 casos en promedio mensual que aplican como variable en esta categoría. Si a lo anterior, se le suma los 2.000 casos en promedio mensuales que no entregan la documentación necesaria para el cálculo del beneficio, se tiene actualmente 6.358 posibles casos en promedio al mes para ingresar rentas por los analistas. Esta variable pondera por 1 en el indicador, por cada caso calculado.
2. Revisión rechazos: Corresponden a rentas ingresadas por los analistas de cuentas en las que se encontró algún error en la digitación. En estos casos se debe hacer la revisión y corrección respectiva de la renta ingresada. Se estima que alrededor del 20% [9] de los casos totales se rechaza mensualmente, por lo que se tiene 1.271 casos en esta categoría en promedio. Actualmente esta variable pondera por 0,5 cada caso revisado.
3. Respuesta de CRM SAP¹⁵: Actualmente se tienen en promedio 800 CRM mensuales y esta variable pondera por 1 cada caso que responden los Analistas.
4. Atención a Público: Casos de pacientes que se acercan a algún centro de la ACHS para realizar algún tipo de pregunta o reclamo. Mensualmente se reciben en promedio 913 casos. Esta variable pondera por 1 cada caso

Números actuales:

Tabla N°22: Total de casos mensuales promedio que debe calcular un analista de cuenta

Tipo	Total mes	Ponderación	Total
Casos nuevos	6.357	1	6.357
Rechazos	1.271	0,5	636
CRM	800	1	800
Atención a público	913	1	913
Total	-	-	8.706

Fuente: Elaboración propia. Datos entregados la Subgerencia Gestión del Seguro

¹⁴ Se utilizó los datos de todos los subsidios pagados, caso directo, convenio y público, desde enero a diciembre 2019

¹⁵ CRM SAP es un sistema de gestión de las relaciones con clientes, en la ACHS una de sus funcionalidades es canalizar los reclamos de los trabajadores y empresas, además de requerimientos internos

La organización declara que, para las productividades óptimas, cada analista de cuentas debe realizar 70 tareas diarias, pudiendo incluir la mezcla de todas las actividades anteriormente mencionadas.

Por lo tanto, se calcula la productividad mensual, utilizando el supuesto que un mes tiene 4,3 semanas:

$$KPI = 70 * 5 * 4,3 = 1.505$$

El equipo cuenta actualmente con nueve analistas de cuentas. Calculando la productividad esperada, por el número de analistas totales, se tiene una capacidad total para realizar 13.545 tareas mensuales.

Si se estima la capacidad ideal, en el escenario actual de la organización, usando los datos obtenidos en la Tabla N°1, se tiene que la compañía necesita 6 analistas de cuenta, ya que estos seis se traducen en la realización de 9.030 tareas mensuales, cubriendo las 8.706 tareas encontradas como el máximo. Lo anterior evidencia que existen tres analistas de cuentas de holgura en el escenario actual de la ACHS.

Por otro lado, al eliminar la digitación en su mayoría, se tendrá eficiencia en los tiempos totales en que se calcula el beneficio y en productividades de los analistas, ya que como se mencionó anteriormente, estos se demoran aproximadamente 6.4 minutos en revisar e ingresar las rentas de un caso.

Al tener un proceso automático dentro un proceso tan sensible, como es el pago de subsidios de los pacientes de la ACHS, genera una ventaja sobre los competidores, ya que significará eliminar en su mayoría el proceso engorroso de las empresas de juntar la documentación y enviarla a la ACHS, además de generar una buena reputación de la organización, generando una ventaja respecto a la competencia por la confiabilidad de la fuente de información y por las mejoras operativas de la mutualidad.

Además, una vez implementada la solución, se generará una reducción de los números anteriores, donde se estima lo siguiente:

- 1000 casos nuevos mensuales en promedio, que corresponden a los casos que entran por primera vez al sistema de cotizaciones.
- No se tendrán rechazos, dado que el ingreso de rentas no será manual.
- Según lo levantado por el equipo en apartados anteriores, 483 de los CRM mensuales corresponden a reclamos por cálculo de subsidios, se supondrá la reducción del 80% de estos, originando en promedio 414 CRM mensuales de reclamos totales

- 687 de las atenciones al público son por reclamos del cálculo de subsidios. En el supuesto, que al implementar la solución se tendrá una reducción de un 80% de estos (ya que pueden seguir existiendo reclamos por dudas o desconocimiento de la forma de cálculo del beneficio por parte de los trabajadores), se tiene el siguiente escenario:

Tabla N°23: Total de casos mensuales promedio a calcular con solución propuesta

Tipo	Situación actual	Solución propuesta	Ponderación	Total actual	Total con solución propuesta
Casos nuevos	6.357	1.000	1	6.357	1.000
Rechazos	1.271	0	0,5	636	0
CRM	800	414	1	800	414
Atención a público	913	364	1	913	364
Total				8.706	1.778

Elaboración: Fuente propia

En conclusión, según el KPI definido por la ACHS, se necesitarían dos analistas de cuenta para realizar la totalidad de las funciones requeridas por el equipo.

El costo empresa de cada analista de cuenta es de \$800.000 en promedio, por lo que al redefinir las funciones de los analistas a otras áreas donde agregue valor, se tendrá una reducción en los costos del área de \$5.600.000 millones mensuales, correspondiente a \$67.200.000 anuales

XII. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

En el presente capítulo se expone la propuesta de plan de implementación, el cual se divide en tres etapas. En primer lugar, se realiza una etapa de preparación, donde se presentan las actividades necesarias a realizar previo a la implementación del rediseño, que tiene como objetivo transmitir de manera adecuada el cambio, para que las personas entiendan la importancia de este y generar motivación para realizarlo. Luego, se expondrá el Plan de implementación del rediseño y por último el Plan de mejora continúa

i. Plan de preparación

Esta etapa es de suma importancia para asegurar el éxito del cambio que se quiere implementar. En los rediseños de procesos se suele dar mayor relevancia al cambio tecnológico, donde suele existir una relación inversa entre el éxito de un proyecto y la resistencia de las personas al cambio. Por lo cual en esta etapa se busca explicar a los involucrados que lograrán ellos con el cambio y no forzarlos a introducirse al cambio

Para abordar esto, se proponen las siguientes acciones:

- Definir un líder encargado de comunicar los cambios: Dado que la metodología utilizada propone que el líder debe ser una persona capaz de persuadir al resto de la organización, se propone para este rol a la Subgerente de Gestión del Seguro. Se considera que puede crear un ambiente de mayor cercanía y confianza con los involucrados.
- Comunicar cambios: Se generará una instancia de comunicación la semana previa a la implementación del rediseño, con el objetivo de explicar detalladamente en que consiste la solución, cuáles son los cambios específicos y cómo afectará el desempeño actual

El objetivo de este es que responda tres grandes preguntas:

¿Cuál es el cambio que se quiere lograr?

Aquí el líder debe explicar detalladamente en qué consiste el rediseño, declarando cuáles son los cambios específicos dentro del proceso y cómo afectará esto en el desempeño actual

¿Por qué este cambio es necesario?

Es importante comunicar la estrategia de la ACHS, la cual busca hacer de Chile el país que mejor cuida a sus trabajadores y familias. Mostrar que actualmente no se está cumpliendo. Respalda lo anterior con cifras de los errores que se tienen actualmente en el pago, cifras de cuántas personas mensualmente se quedan sin recibir el beneficio, cuántos reclamos se reciben mensualmente de pacientes que tienen algún error en su beneficio y finalmente mostrar las cifras de los resultados que se espera lograr.

¿Cuáles son las consecuencias del cambio tanto para la organización e individuos?

Por un lado, el líder debe dejar claras las consecuencias directas a los trabajadores, para esto debe enfatizar en lo siguiente:

- Disminución de tareas tediosas para los analistas de cuentas
- Combatir el miedo que pueden provocar los cambios, dando seguridad de sus trabajos y comentando las redefiniciones que existirán
- Comunicar que el analista tendrá un rol de soporte directo con el paciente, donde sus funciones tendrán un impacto directo en los trabajadores y sus familias.
- Dar instancias para que las personas puedan hacer preguntas respecto a los cambios.

El objetivo de lo anterior es disminuir la falta de interés que pueda existir en los involucrados, declarando que luego del cambio estarán en una mejor posición.

Comunicado oficial

Luego de esta reunión inicial se comunicará a través del boletín informativo de la ACHS, el cambio que se realizará en el área de subsidios, enfatizando en los beneficios que tendrá esto para los pacientes de la ACHS y qué resultados se esperan obtener. Dejar claro los involucrados y cómo será el nuevo rol de los analistas de cuentas. El objetivo es que el equipo de subsidios se sienta parte de este cambio, que es importante y que beneficiará a los trabajadores afiliados a la ACHS.

Es importante comunicar el cambio a las sedes de la ACHS, ya que estas son la cara visible de la organización para los pacientes en las regiones de Chile. En las sedes, además de atender pacientes, se resuelven dudas respecto al pago de sus beneficios. Se generará una reunión con los Jefes de Operaciones de las sedes, lideradas por el Gerente Divisional, con el fin que ellos puedan comunicar directamente a sus equipos el cambio realizado.

En conjunto a la anterior, se pegarán afiches en las sedes y hospital, dirigidas a los pacientes, informando el cambio y nueva metodología utilizada para el proceso, además en los televisores del hospital y las sedes se transmitirá en el canal ACHS durante los tres meses posteriores al cambio los cambios realizados en el área.

Reuniones semanales

Puede existir miedo de los trabajadores en mostrarse reacios al cambio, por lo que se generarán reuniones semanales de media hora con sus líderes directos, en este caso el Jefe de Prestaciones económicas y la supervisora de subsidios, donde esta será una instancia de *feedback* con el objetivo de que ellos sean parte del cambio y demostrarles que sus labores son importantes dentro del proceso. El fin de esta actividad es disminuir la sensación de impotencia que se pueda generar en los involucrados.

Se debe empatizar con los afectados, sociabilizar con el dolor que pueden sentir los involucrados con los cambios. Lo que se espera de esta etapa es contrarrestar la resistencia que puede existir en el equipo debido al cambio.

Capacitaciones

Paralelamente se realizarán las capacitaciones del equipo para preparar el cambio:

- Generar capacitaciones para los analistas de cuentas:
 1. Esta incluye al analista de cuenta de atención al público y los dos analistas de cuentas que ingresen rentas a partir de contratos y la carga masiva de datos:
 - Nuevo funcionamiento en SAP
 - Este incluye los dos analistas de cuentas con nuevas funciones:
 - Rol de soporte con los pacientes. CRM, *call center*
- Generar capacitaciones al coordinador de subsidios y supervisor
 - Cambios en SAP y su nuevo funcionamiento

Es importante medir la asistencia de las personas a las capacitaciones para medir la colaboración y motivación de estos con el nuevo cambio.

ii. Plan de implementación

Generar alarmas anticipadas

El día que se genere el primer pago de subsidios con el rediseño, equipo completo conectado a plataforma de CRM ante eventual aumento del ingreso de requerimientos. Adicional a lo anterior, el equipo completo dispuesto a apoyar en atenciones presenciales o telefónicamente.

Levantar problemáticas

Se realizarán reuniones semanales durante los primeros dos meses, para levantar problemáticas o apreciaciones. Estas serán lideradas por el jefe Prestaciones Económicas, supervisor y equipo TI. Además, se involucrará a la totalidad del equipo de subsidios, para que levanten problemáticas y se hagan partícipes del cambio y mejoras. Luego de transcurridos los dos primeros meses, pasarán a ser mensuales.

Retroalimentación

El objetivo de esta etapa es comunicar los logros y avances de la implementación a todos los actores del proceso. Se realizarán retroalimentaciones, tanto a las personas que tengan desempeño inadecuado, como a los que tienen un trabajo ejemplar.

Indicadores

Los indicadores son una herramienta que permiten obtener información cuantitativa respecto al resultado del servicio ofrecido por la organización.

A continuación, se detallan los indicadores propuestos para la correcta gestión del área de Prestaciones Económicas de la ACHS. Las bases y metas de cada uno de estos no serán especificadas, ya que se considera importante que el personal del área defina estas.

Encuesta post servicio

Desde el 2017 la ACHS cuenta con una herramienta que gestiona la experiencia de servicio, la cual es monitoreada de forma centralizada.

En las sedes se aplica una encuesta post atención, la cual como lo dice su nombre está enfocada en medir la experiencia del paciente respecto de la atención médica ofrecida por la organización. La idea es generar una nueva rama a la encuesta que mida la experiencia del paciente respecto del servicio de prestaciones económicas.

El objetivo es realizar 3000 encuestas mensuales, que corresponde al 50% de los casos nuevos que se pagan mensualmente y alrededor de un 18% de los casos mensuales. El objetivo es medir la calidad del servicio con tres preguntas:

1. ¿El beneficio fue pagado con un plazo menor a 30 días desde el accidente o enfermedad?
2. ¿El monto recibido de subsidios es acorde a lo esperado según sus rentas?
3. ¿La información recibida respecto al beneficio le pareció útil para entender los plazos y la forma de cálculo de subsidio?

La idea es que las preguntas sean evaluadas de la escala de uno al cinco, teniendo en consideración 1 como muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. De esta forma se podrá medir la calidad del rediseño propuesto.

Si bien el servicio se entrega a los trabajadores afiliados a la ACHS, no deja de ser importante medir la satisfacción de los clientes, que en este caso serían las empresas, ya que ante eventuales problemas que pueda tener el trabajador con los beneficios entregados, acude en algunas instancias a sus empresas y estas se comunican con la organización generando reclamos. La idea es medir la satisfacción de los clientes respecto al servicio entregado a sus trabajadores.

Para esto se generará una encuesta mensual, sólo para las empresas en que algunos de sus colaboradores hayan tenido reposo laboral dentro de ese mes, midiendo las siguientes preguntas:

1. El último mes algún trabajador ha generado reclamos respecto a los plazos del beneficio otorgado por concepto de subsidios.
2. El último mes algún trabajador ha generado reclamos respecto al monto del beneficio otorgado por concepto de subsidios.

La idea es generar esta encuesta en ACHS gestión, plataforma mencionada en capítulos anteriores.

Tiempo otorgación beneficio

Objetivo: Medir el tiempo promedio que tarda un trabajador en recibir su beneficio a partir de la fecha de inicio de reposo, con el fin de medir la calidad del servicio

$$Fórmula = \frac{\sum_n (Fecha\ pago - Fecha\ inicio\ reposo)}{\sum_n \text{Número de casos pagados}}$$

Periodicidad: La idea es sacarlo semanal, para calcular el porcentaje de cumplimiento de casos que se están pagando dentro del tiempo normado.

Cuenta casos fuera de plazo normativo

Objetivo: Cuantificar los casos que son pagados fuera de plazo normativo, es decir con un plazo mayor a 30 días desde la fecha de inicio de incapacidad, con el fin de medir la calidad del servicio.

$$Fórmula = \text{contar casos en que } (Fecha\ pago - Fecha\ inicio\ reposo) > 30$$

Periodicidad: La idea es sacarlo semanalmente, para evidenciar casos que no están cumpliendo los plazos de la normativa.

Es importante analizar este indicador en conjunto a los CRM recibidos, ya que estos debiesen tener tendencias similares, para esto se propone mirar dos indicadores adicionales.

Reclamos por tiempo de otorgamiento

Objetivo: Cuantificar los CRM recibidos por categoría "tiempo de otorgamiento", con el fin de medir la calidad del servicio.

$$Fórmula = \frac{\sum CRM \text{ categoría "tiempo de otorgamiento"}}{\sum CRM \text{ por subsidios totales}}$$

Periodicidad: La idea es sacarlo de forma semanal, para evidenciar casos que se estén en un plazo prolongado según la apreciación del paciente, para así analizar las razones y generar mejoras en el rediseño

El indicador anterior puede tener un sesgo si es que los CRM recibidos en total son muy bajos, por lo tanto, junto con analizar el peso total que tendrá esta categoría sobre los CRM totales recibidos, es importante analizarlo junto al siguiente indicador:

$$Fórmula = \sum CRM \text{ categoría "tiempo de otorgamiento"}$$

Reclamos por error en cálculo

Objetivo: Cuantificar los CRM recibidos por categoría "problemas con el cálculo de subsidios", con el fin de medir la calidad del servicio.

$$Fórmula = \frac{\sum CRM \text{ categoría "problemas con el cálculo de subsidios"}}{\sum CRM \text{ por subsidios totales}}$$

Periodicidad: La idea es sacarlo cada semana, para evidenciar casos que se estén pagando mal, analizar razones y generar mejoras en el rediseño

Este indicador puede tener el mismo sesgo que el anterior, por lo tanto, es importante analizarlo junto al siguiente indicador:

$$Fórmula = \sum CRM \text{ categoría "problemas con el cálculo de subsidios"}$$

Se destaca que actualmente el 48% de los CRM recibidos por subsidios, corresponden a esta categoría, por lo cual con el rediseño se espera tener una baja significativa de estos.

Indicador de productividades

El indicador definido anterior al rediseño por la compañía, para los analistas de cuentas es de 70 ingresos en promedio diario, lo que implica revisar la documentación de las rentas e ingresarlo a sistema. Con el rediseño, ya no se tiene que revisar tres rentas distintas y además confirmar que estas corresponden al periodo correcto según la fecha de inicio de reposo. De acuerdo lo conversado con los analistas de cuentas el tiempo que demoran en revisar contratos es aproximadamente la mitad de lo que demoran en revisar e ingresar rentas, por lo que se propone aumentar el indicador a 105 casos diarios, asumiendo que el 50% de sus funciones diarias corresponde al ingreso de casos.

El KPI mensual quedaría con el siguiente cálculo

$$KPI = 105 * 5 * 4,3 = 2.258$$

Informar

Mensualmente se informará al Directorio indicadores iniciales y resultados tras la implementación, además se comunicarán las iniciativas que se han implementado para lograr los objetivos.

iii. Plan de mejora continua

El objetivo de esta etapa final es analizar e iterar el rediseño una vez que se genera un volumen de datos significativos con el rediseño implementado que permita generar iniciativas de mejora de procesos. Lo esperado es que sea seis meses después de la implementación.

El resultado se medirá a través de los indicadores propuestos. La idea es realizar monitoreo de estos y cada vez que alguno se encuentre bajo el estándar esperado se debe indagar en las causas, realizar las mejoras necesarias para llevar al indicador a lo esperado y meses después, se debe volver a medir el impacto de la mejora con el mismo indicador.

XIII. EVALUACIÓN ECONÓMICA

El objetivo de este capítulo es mostrar los costos y beneficios que implica la implementación del rediseño propuesto. Se detallan los costos del desarrollo tecnológico, el contrato de las consultas de bases de datos y los beneficios relacionados a la optimización de recursos.

Se utilizará una tasa de 10%, ya que corresponde a la utilizada por la ACHS para la evaluación de inversiones. Los costos se consideran al valor de la UF del día 12 de julio de 2020 de \$28.685.

i. Inversión inicial rediseño.

Para la implementación del rediseño propuesto, se requiere realizar cambios en el software SAP, esto implica desarrollar una función en la que se pueda realizar una carga masiva de los datos y no se tengan que digitar caso por caso, como la opción habilitada en portal interno¹⁶ actualmente.

Se presentan a continuación en la Tabla N°24 los costos de la inversión del desarrollo de la función anteriormente mencionada.

Tabla N°24: Costo de inversión inicial del desarrollo tecnológico

Inversión inicial	HH	Costo en UF	Costo en CLP
Análisis y diseño	40	45	\$1.290.825
Realización y pruebas unitarias	40	45	\$1.290.825
Pruebas de correcciones de usuario	12	13,5	\$387.248
Go live y soporte	8	9	\$258.165
Capacitaciones	12	13,5	\$387.248
Total	112	126	\$3.614.310

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por TI

La etapa de desarrollo consta de dos semanas y media, más un día y medio para las capacitaciones al equipo de Prestaciones Económicas de las nuevas funcionalidades. Por otro lado, los costos asociados a las consultas mensuales a las bases de datos de PreviRed tienen un cobro inicial único de 119 UF, por lo cual en la Tabla N°25 se muestra el resumen de la inversión inicial del rediseño:

Tabla N°25: Resumen costos de inversión inicial

Inversión inicial	Costo en UF	Costo en CLP
Valor de la configuración PREVIRED	119	\$3.413.515
Valor desarrollo SAP	126	\$3.614.310
Capacitaciones rol analista de cuentas	27	\$688.440
Licencia SAP Professional Use	658	\$18.864.960
Total	930	\$26.667.280

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por TI, PreviRed y área call center

¹⁶ Portal de SAP en el cual se ingresa la documentación de los trabajadores y se digitan las rentas de este.

Se incluyeron las capacitaciones del nuevo rol del analista de cuenta, junto con la licencia de SAP para que estos puedan realizar carga masiva de datos. El total de la inversión inicial corresponde a 26,7 MM\$, aproximadamente.

ii. Beneficios del rediseño propuesto

Como se mencionó en el capítulo XI en el apartado análisis del rediseño, debido al error en la manualidad en digitar las rentas de los trabajadores, cuando se compara el cálculo de subsidio utilizando las bases de datos de las rentas, actualmente se evidencia un costo de 132 MM\$ en promedio mensual para la ACHS.

En el capítulo mencionado anteriormente también se analizaron las tareas que realiza el personal de prestaciones económicas, donde se encontró que el número óptimo de analistas de cuenta con la solución propuesta es dos, ya que deberán ingresar las rentas de los trabajadores que entran al sistema de cotizaciones por primera vez y que por tanto no se tendrá información de sus rentas en las bases de datos de cotizantes, por lo cual el procedimiento normado por la SUSESO es ingresar lo que aparece en el contrato como renta.

Finalmente, luego de conversaciones con el equipo de Prestaciones Económicas, se cree necesario dejar además de los dos analistas, uno que sea para atención a público y dos adicionales que no sean para ingresar rentas, si no que, para ejercer un rol de soporte a los pacientes, de tal manera que puedan resolver las dudas e inquietudes que puedan tener respecto al cambio en la metodología de cálculo.

En conclusión, de los nueve analistas de cuentas que hay actualmente, es necesario mantener a cinco de estos.

El costo empresa de un analista de cuentas es de \$800.000 pesos mensuales, lo que se traduce en 3,2 MM\$ mensuales, costo que con el rediseño se dejaría de percibir.

En la siguiente se resumen los beneficios de la propuesta:

Tabla N°26: Resumen beneficios mensuales del rediseño

Beneficios mensuales	Costo UF	Costo en CLP
Optimización capital humano	111	\$3.200.000
Eliminación error en digitación	4.602	\$132.000.000
Total	4.713	\$135.200.000

Fuente: Elaboración propia a partir de los análisis realizados con datos de la empresa

iii. Costos del rediseño propuesto

Por último, como se mencionó anteriormente, el uso de las bases de datos de PreviRed tiene un costo mensual por número de consultas. Los casos que paga la ACHS mensualmente son aproximadamente 18.000, por lo que el costo asociado según contrato sería de 35 UF. Adicional a esto, incorporando aprendizaje de experiencias anteriores del área en cambios realizados en SAP, se considera necesario incluir 8 horas mensuales de consultoría durante los primeros seis meses, en caso de necesitar realizar mejoras o cambios sistemáticos en SAP.

En la Tabla N°27 se resumen los costos mensuales asociados al rediseño

Tabla N°27: Resumen costos mensuales del rediseño

Costos mensuales	Costo UF	Costo en CLP
Consulta BBDD PreviRed	35	\$1.003.975
Consultoría TI	8	\$258.165
Total	43	\$1.262.140

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos entregados por TI,

Finalmente, la síntesis de los beneficios y costos que implica la propuesta de rediseño se muestra a continuación en la Tabla N°28:

Tabla N°28: Síntesis de beneficios y costos de la propuesta de rediseño. Escenario optimista

	Año 0 (UF)	Año 1 (UF)	Año 2 (UF)	Año 3 (UF)
Beneficios asociados	-	56.552	56.552	56.552
Optimización capital humano	-	1.332	1.332	1.332
Eliminación error en digitación	-	55.220	55.220	55.220
Inversión inicial	930	-	-	-
Análisis y diseño	45	-	-	-
Realización y pruebas unitarias	45	-	-	-
Pruebas de correcciones de usuario	14	-	-	-
Go live y soporte	9	-	-	-
Capacitaciones	14	-	-	-
Valor de la configuración PreviRed	119	-	-	-
Licencia SAP Professional User	658	-	-	-
Capacitaciones rol analista de cuentas	27	-	-	-
Costos fijos	-	613	565	565
Consulta BBDD PREVIRED	-	420	420	420
Consultoría TI	-	48	-	-
Mantención licencia SAP	-	145	145	145
Flujo de caja	- 930	55.940	55.988	55.988

Fuente: Elaboración propia

Utilizando un horizonte de tiempo de tres años, el VAN del rediseño propuesto es 138.260 UF, equivalente a \$3.968.065.145. Si bien es un valor que puede parecer elevado, cabe destacar que el costo actual por conceptos de subsidios es 3.700 MM\$ mensuales, lo que en tres años corresponde 133.200 MM\$, donde el VAN representa un 2,98% de este total. De lo anterior se desprende que el rediseño no sólo robustece los procesos internos, sino que también genera disminución de los costos del área.

Si bien en conversaciones finales con el área donde se realizó el trabajo de título, declararon que prefieren avanzar con la opción anteriormente evaluada, se cree interesante evaluar una opción más conservadora.

En el capítulo XI, en el apartado “análisis del rediseño”, se evaluaron tres escenarios adicionales, el primero es que los casos que se ingresen automáticamente, según lo que propone el rediseño, sean los que la variación de las tres rentas utilizadas para la base de cálculo no sea mayor a un 5% entre ellas, el segundo escenario era utilizando una variación menor o igual 10% y el tercer escenario aceptando variación menor a 15%. Según los resultados encontrados los beneficios percibidos son similares en los tres casos, la mayor diferencia entre estos es menor a 10 MM\$ mensuales, la diferencia significativa entre estos escenarios es que la alternativa de variación menor o igual a 15%, se ingresaría automáticamente un número mayor de casos mensuales, por lo cual se considera la mejor opción a evaluar.

Los beneficios percibidos para esta alternativa, según lo calculado anteriormente corresponden a \$21.895.210 mensuales, equivalente a 763 UF. Para el beneficio percibido por optimización de capital humano, no corresponde al mismo que del escenario anterior, ya que para este caso hay 7.617 casos que no cumplen criterio para ser digitados automáticamente.

Cuando se calculó el indicador de los analistas de cuenta, se puede apreciar que los casos nuevos a calcular mensualmente son 6.357 en promedio, lo que corresponde a un 35% de los 18.000 que se pagan mensualmente, por lo que usando este supuesto, de los 7.617 sólo 2.689 corresponden a los casos que se deberían digitar manualmente en sistema, ya que el resto de los casos corresponden a aquellos que se vienen pagando de meses anteriores, por lo cual no es necesario ingresar nuevamente las rentas.

Para este escenario se necesitarían tres analistas de cuenta, incluyendo uno adicional para atención al público y dos para el nuevo rol de soporte al cliente. Lo anterior se traduce en disminuir tres de los nueve analistas de cuenta que existen actualmente.

Los datos de la inversión inicial se mantienen igual al escenario anterior, excepto el de las licencias SAP, ya que para este escenario se necesitará una más para el analista de cuentas extra. Esto repercute en los costos fijos del análisis, ya que la mantención de esta licencia considera el 22% de la licencia adicional.

Finalmente, el flujo de caja queda de la siguiente manera.

Tabla N°29: Síntesis de beneficios y costos de la propuesta de rediseño. Escenario conservador

	Año 0 (UF)	Año 1 (UF)	Año 2 (UF)	Año 3 (UF)
Beneficios asociados	-	10.164	10.164	10.164
Optimización capital humano	-	1.004	1.004	1.004
Eliminación error en digitación	-	9.160	9.160	9.160
Inversión inicial	1.061	-	-	-
Análisis y diseño	45	-	-	-
Realización y pruebas unitarias	45	-	-	-
Pruebas de correcciones de usuario	14	-	-	-
Go live y soporte	9	-	-	-
Capacitaciones	14	-	-	-
Valor de la configuración PREVIRED	119	-	-	-
Licencia SAP Professional User	27	-	-	-
Capacitaciones rol analista de cuentas	789	-	-	-
Costos fijos	-	642	594	594
Consulta BBDD PREVIRED	-	420	420	420
Consultoría TI	-	48	-	-
Mantenimiento licencia SAP	-	174	174	174
Flujo de caja	- 1.061	9.522	9.570	9.570

Fuente: Elaboración propia

Utilizando un horizonte de tiempo de tres años el VAN del rediseño propuesto es de 22.694 UF, equivalente a \$ 651.325.281. Dado el costo que implica el pago de subsidios en tres años, el VAN calculado corresponde a un 0,49% de este total. El objetivo del análisis de esta alternativa es evaluar una propuesta conservadora, donde se pueda implementar el rediseño a un cierto set de casos mensuales, evaluar los resultados y luego una vez que el éxito esté comprobado, incluir la totalidad de los casos.

XIV. RECOMENDACIONES FUTURAS

i. Automatizar información de rentas de contratos

Si bien el rediseño propuesto elimina casi en su totalidad la manualidad en la digitación, quedan alrededor de 1.000 casos mensuales que deben ser digitados manualmente, ya que no se tiene información en la base de datos de cotizantes, por entrar en el mes del accidente al sistema de cotizaciones.

A partir de esto, se considera atractivo evaluar una solución integral abarcando la automatización de digitación de estos casos en los cuales, según lo normado por la SUSESO, se tiene que utilizar la información de renta de los contratos de los trabajadores. Para lo anterior se propone el uso de Reconocimiento óptico de caracteres (OCR).

El OCR es una tecnología que permite convertir diferentes tipos de documentos, ya sean escaneados, en pdf o imágenes en datos editables y con opción de búsqueda. Si bien los contratos no están estandarizados y existen diversos tipos de estos, la idea es que el programa analice la estructura de estos, dividiéndolos en cada una de sus partes y que se programe la búsqueda de un set de palabras tales como “suma bruta de”, “renta bruta de”, “sueldo base”, “sueldo bruto”, y que el programa compare con la imagen del contrato, pudiendo ingresar el monto asociado a estos conceptos.

Actualmente la organización utiliza un sistema de OCR para la lectura de documentos que se envían entre mutualidades, el cual corresponde a ABBYY Cloud OCR SDK. Queda para una futura investigación evaluar si esta es la mejor alternativa de OCR o existen otros que generen una propuesta con mayores beneficios según lo que se busca. Como primera aproximación a la evaluación, este cumple las necesidades de lectura de contrato, además servirá como ejemplo para evaluar los costos aproximados de la solución. Este sistema ofrece el servicio de procesamiento de documentos en la nube por lo cual puede ser integrado en aplicaciones internas de la organización a través de una API REST¹⁷, convirtiendo con el número de páginas definidas por la ACHS.

La solución implica costos mensuales variables, según el número de páginas que deben procesar. En un análisis preliminar de la documentación de contratos, se tiene que en promedio cada contrato cuenta con seis páginas, por lo que mensualmente se tendrán 6000 páginas a procesar, lo que tendría un costo mensual aproximado de 200 \$USD. Utilizando el precio del dólar del 27 de julio correspondiente \$768,63, el costo mensual ascendería a \$153.726.

Adicionalmente se necesita una inversión inicial para generar el desarrollo y la implementación inicial. El costo de la organización en el proyecto anteriormente mencionado, para 18 tipos de documentos fue alrededor de 1000 UF. Dado que no se tiene el levantamiento inicial para estimar el costo del desarrollo, se presumirá el mismo costo inicial, que asciende a \$28.685.000.

¹⁷ Representational State Transfer, o Transferencia de Estado Representacional

i. Aumentar frecuencias de pagos mensuales

Actualmente la organización genera el pago de subsidios dos veces al mes para los casos nuevos, esto debido principalmente a la logística y tiempos necesarios que se necesitan desde que se solicita la documentación a las empresas hasta que se genera la nómina al banco.

La principal razón de lo anterior, es que las empresas no enviaban la documentación de manera inmediata y además el proceso que existía para ingresar las rentas tenían SLA importantes, más las validaciones que se realizaban como respaldo de que las rentas fuesen ingresadas correctamente, no permitía que se generara el pago más de dos veces al mes.

Con el rediseño propuesto, ya no se tienen los problemas que se plantearon anteriormente, por lo que sería una alternativa atractiva proponer y evaluar generar el pago de casos nuevos con una periodicidad diaria.

Para la evaluación se propone que se paguen los casos de la semana anterior, ya que esto significaría para el paciente, que desde el día que se ingresa su accidente al sistema, una semana después reciba su primer pago, para así tener disponible el monto correspondiente a su renta diaria por los días que ha tenido subsidios. Esto implica un beneficio, ya que al encontrarse con reposo laboral puede existir un aumento en los costos de vida del paciente, sumado a la preocupación que implica pensar en que si le van a pagar o no. El hecho de tener su sueldo disponible lo antes posible, le genera la tranquilidad que necesita para recuperarse de su accidente laboral o enfermedad profesional. Pagar los casos que se accidentaron en la misma semana no tiene mucho sentido, ya que se estaría pagando muchos casos con montos equivalentes a un día de reposo.

ii. Evaluar rediseño para Pensiones e Indemnizaciones

El rediseño anterior se realizó exclusivamente para el pago de subsidios, ya que dentro del área representa el único proceso con un número significativo de casos que se pagan mensualmente. Dentro del área de Prestaciones Económicas existe el área de Pensiones e Indemnizaciones, donde el flujo para realizar el pago es similar al de subsidios, pero a diferencia de este último que se pagan alrededor de 18.000 casos al mes. En estos casos se pagan mensualmente alrededor de 200 casos.

Para este proceso, una vez que el paciente queda con algún tipo de incapacidad permanente luego de su accidente, según el porcentaje de pérdida de capacidad, puede recibir una indemnización, el cual consiste en un único pago o en una pensión, el cual corresponde a un pago mensual hasta su edad de jubilación o vitalicia, según la edad en la cual se accidenta.

Para el cálculo de estos beneficios a diferencia de subsidios, se utilizan las últimas seis rentas desde la fecha de inicio de incapacidad, pero al igual que en el proceso estudiado en el trabajo de título, existe el rol de analistas de cuentas que ingresan de manera manual el monto de las rentas al sistema iSeries¹⁸ y luego el sistema calcula automáticamente el monto que recibirá el beneficiado.

Se propone estudiar, adaptar e implementar el rediseño, incluyendo los cambios necesarios según las necesidades del proceso de pago de pensiones e indemnizaciones, incluyendo el análisis de factibilidad de generar la carga masiva al sistema iSeries.

¹⁸ Sistema multiusuario, con una interfaz controlada mediante menús y comandos CL (Control Language) intuitivos que utiliza terminales y un sistema operativo basado en objetos y bibliotecas, denominado OS/400

XV. CONCLUSIONES

La Subgerencia de Gestión del Seguro de la Asociación Chilena de Seguridad lidera la gestión del mayor pasivo de la compañía. Anualmente se pagan por concepto de subsidios 44,4 MM\$ en promedio.

La entrega de las prestaciones económicas afecta directamente en la reputación e imagen de la organización. Este servicio impacta en los ingresos que reciben los trabajadores afiliados a la ACHS que se encuentran incapacitados temporalmente para ejercer sus funciones laborales, razón por la cual se decidió realizar el trabajo de título en esta área, donde se encontró una gran oportunidad para analizar las pérdidas por ineficiencias y proceso no automatizado, debido a la digitación de las rentas de los trabajadores que deben recibir el beneficio.

Para la generación de la propuesta de rediseño, se realizó inicialmente un levantamiento exhaustivo del proceso, que incluyó entrevistas a los principales actores. Se identificó cada una de las etapas del cálculo y pago de subsidios, para finalmente identificar las principales ineficiencias.

Por otro lado, se realizó un análisis de los reclamos recibidos en el área durante el 2019, número que asciende a 4.536 CRM, de los cuales el 86% corresponde sólo a reclamos por subsidios. Cuando se realiza un análisis en detalle de estos, de los 3.920 CRM recibidos, se tiene que las dos principales causas se agrupan en la categoría “problemas con el cálculo de subsidios” alcanzando la cifra de 48%, mientras que la categoría “tiempo de otorgamiento” corresponde al 49%, en la que se confirmó la insatisfacción de los pacientes ante el actual servicio otorgado por la ACHS.

Con el fin de estimar las pérdidas que percibe la compañía debido a las manualidades en la digitación, se procedió a replicar el proceso de los analistas de cuentas en el cual determinan la base de cálculo para el pago. Se replicó la digitación para 163 casos, donde se encontraron 59 casos con algún tipo de error, es decir el 36% del total analizado. Finalmente, al cuantificar el error se presume una pérdida de \$169.808.755 anuales para la organización.

Analizando los datos del proveedor encargado de enviar la notificación a las empresas, para que estas envíen las rentas de los pacientes, se desprende que el 14,49% de los correos enviados rebota y que el 45,32% efectivamente lee el correo, esto se traduce en que el 14,9% de las empresas no envía la documentación o la envía con algún tipo de error.

Tras evaluar la situación actual, se concluye la importancia de redefinir el proceso actual, rediseñar los subprocesos donde se producen las mayores ineficiencias, que son la obtención de documentación para realizar el cálculo de beneficio y el proceso de ingreso de datos al sistema ERP SAP.

Luego de evaluar diversas alternativas, se propone como solución cambiar el canal de obtención de las rentas para realizar el cálculo. La canalización será de manera centralizada, a través de la base de datos de cotizantes, la cual se definió que sea en conjunto con PreviRed. El objetivo de que sea centralizada y no a través de las empresas,

es que se pueda trabajar a través de bases de datos, dónde la carga a sistema sea masiva y no caso a caso digitando manualmente.

Con el objetivo de cuantificar la pérdida real de la compañía, se replicó el cálculo de subsidios para tres meses utilizando la base de datos de cotizantes y se encontró que la organización percibe costos de 132 MM\$ mensuales, costos que se atribuyen principalmente al error en la digitación de las rentas. Se concluye la importancia de existencia de procesos automáticos, ya que el objetivo de estos es reducir los costos, reemplazando procesos manuales, lo que implica acelerar tiempos de ejecución de tareas y eliminando los errores humanos. Esto genera un proceso robusto, dónde se utiliza información fidedigna para el cálculo de un beneficio tan importante como es el subsidio, que reemplaza la renta de los trabajadores.

Respecto al marco conceptual utilizado, se destaca la teoría de rediseño de procesos del Dr. Oscar Barros, donde se puede concluir que fue la indicada, ya que el autor enfatiza en que no es necesario inventar la rueda nuevamente para tener un proceso óptimo. Establece que los mismos procesos se repiten en diferentes organizaciones, por lo que tiene sentido analizar la competencia y evidenciar las buenas prácticas, por lo cual fue fundamental el benchmark realizado a FONASA dónde se observaron procesos automatizados replicables en la compañía. Por último, Barros plantea que no necesario rediseñar el proceso en su totalidad, sino que sólo las ineficiencias en los subprocesos, lo que podría explicar el éxito del rediseño, ya que otras metodologías proponen un rediseño completo, que podría haber resultado en un costo mayor.

También se destaca la importancia de la gestión del cambio, ya que sin importar lo eficiente que pueda parecer el rediseño analizado objetivamente, si no se gestiona correctamente, la probabilidad de que falle es muy alta, dado que siempre existirán personas afectadas que sean detractoras del cambio. Es importante detectar prematuramente los involucrados que impongan resistencia y hacerse cargo de ellos, como lo fue en el caso de los analistas de cuentas, a quienes se les redefinió su rol, el cual disminuye las tareas monótonas que tenían anteriormente y se incluyeron funciones que agregan valor y donde los analistas pueden apreciar directamente el valor social que entrega la organización en pos de los pacientes.

La evaluación de la propuesta considera la inversión inicial asociada a la implementación de la solución en SAP para que se genere la carga masiva de datos de las base de los cotizantes, las licencias SAP para que los analistas puedan realizar este procedimiento y las capacitaciones iniciales y los beneficios económicos que conlleva la propuesta: ahorro en gasto de recursos humanos, debido a la optimización de sus funciones y los ahorros que se producen por la eliminación de manualidad en la digitación. La evaluación a tres años entrega que la implementación del rediseño tiene un VAN de 138.260 UF, lo cual corresponde al 2,98% del gasto que se genera en tres años por concepto de subsidios para el escenario optimista. Para el escenario moderado, la evaluación arroja un VAN de 22.694 UF, lo que corresponde al 0,49% del gasto generado por subsidios en los tres años.

Se concluye que para ambas alternativas el rediseño genera optimizaciones en los procesos y ahorros para la compañía, por lo que ambos escenarios serían una buena opción para implementar. Si bien la ACHS muestra preferencia para implementar el

escenario optimista, el objetivo del análisis del escenario moderado es evaluar una propuesta conservadora, en que se pueda implementar el rediseño a un set de casos mensuales, evaluar los resultados y una vez que el éxito esté comprobado, incluir la totalidad de los casos. Se cree importante tener análisis con datos reales, dada la sensibilidad e impacto que tiene este proceso en los trabajadores afiliados a la compañía.

Es importante destacar que la propuesta no genera sólo los beneficios cuantificados mencionados anteriormente, sino que también genera una mejora en la experiencia del paciente. El rediseño disminuye los tiempos de ejecución del pago y además no deja a pacientes sin recibir su beneficio dentro del plazo normado, lo que genera la continuidad del pago de los trabajadores afiliados a la ACHS. Por el lado normativo, de cara a la Superintendencia, se presume disminución de los reclamos recibidos, ya que los pacientes que llegan a esta instancia son los que tienen problemas con el tiempo en que se otorga el beneficio. Por el lado comercial, de cara a los clientes, existen reclamos también relacionados al tiempo en que demora la ACHS en pagar el beneficio, lo cual genera un problema en la imagen que proyecta la organización, sobre todo en clientes importantes, lo que en varias ocasiones genera problemas entre el área comercial y el área de Prestaciones Económicas. Con la propuesta de rediseño se corrigen ambos inconvenientes.

Finalmente se puede afirmar que el trabajo de título cumple con los objetivos propuestos, ya que se rediseñó el proceso de pagos de subsidios para cumplir con lo normado por la ley 16.744. Este rediseño mejora la calidad del servicio entregado por el área de Prestaciones Económicas, mejorando la experiencia del paciente, ya que este recibirá su beneficio dentro de los plazos normados y calculado correctamente según sus ingresos, ya que utilizará información fidedigna de sus rentas. Además, el rediseño propuesto mejora los tiempos de ejecución del proceso y disminuye la probabilidad de error por los procesos manuales que existían.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

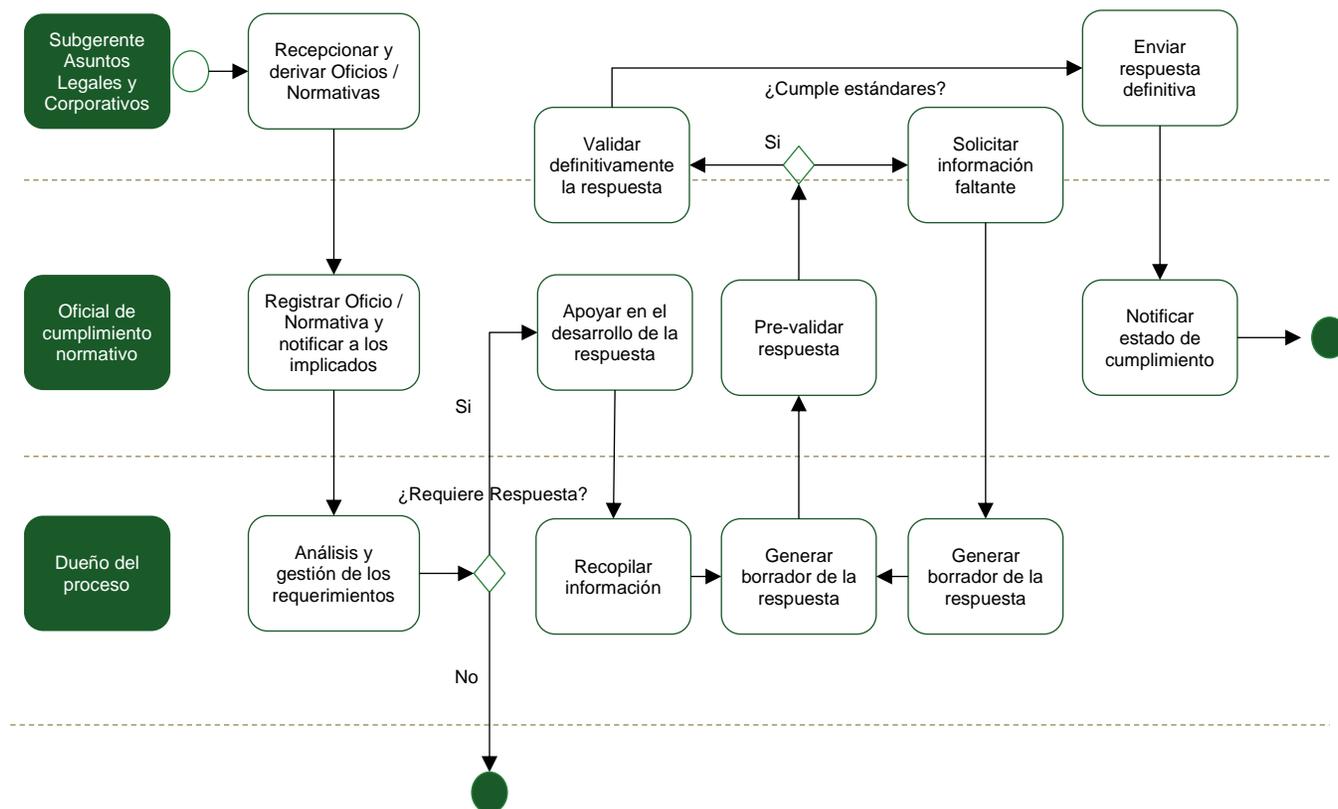
- Bravo Carrasco J. 2011. *Gestión de procesos*. Editorial Evoluciones S.A.
- Stephen A. White. 2009. *Guía de Referencia y Modelado BPMN comprendiendo y utilizando BPMN*. Edición digital de español.
- Barros O. 2000. Rediseño de Procesos de Negocios mediante el uso de patrones. Chile. Dolmen Ediciones S.A.
- Código del trabajo. Dirección del trabajo. Edición actualizada al 1 de enero de 2019
- Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Normativa vigente del Seguro Social de la Ley N°16.744, emitido por la SUSESO
- Memoria integrada ACHS 2018
- JESTON, John y NESLIS, Johan. *Business Process Management (Practical Guidelines to Successful Implementations)*. 2da. Burlington: Elsevier Ltd, 2008. 978-0-75-068656-3.

XVII. TRABAJOS CITADOS

- Asociación Chilena de Seguridad, «ACHS,» [En línea]. Available: <https://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Paginas/Aspiraci%C3%B3n-y-Valores.aspx>. [Último acceso: febrero 2020].
- [2] Asociación Chilena de Seguridad, «ACHS,» [En línea]. Available: <https://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Paginas/Aspiraci%C3%B3n-y-Valores.aspx>. [Último acceso: febrero 2020].
- [3] DS 285, *Decreto Supremo 285*, 1969.
- [4] Asociación Chilena de Seguridad, «Portal ACHS,» 2018. [En línea]. Available: <https://www.achs.cl/portal/Memoria-Integrada/2018/mensaje-del-presidente.aspx>. [Último acceso: febrero 2020].
- [5] Superintendencia de Seguridad Social, «SUSESO - Gobierno de Chile,» [En línea]. Available: <http://www.suseso.gob.cl/601/w3-propertyname-542.html>. [Último acceso: febrero 2020].
- [6] Asociación Chilena de Seguridad, «Portal ACHS, Memoria,» 2018. [En línea]. Available: <https://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Documentos%20Nuestros%20Logros/memoria-achs-2018-completa.PDF>. [Último acceso: febrero 2020].
- [7] SUSESO, «SUSESO,» [En línea]. [Último acceso: febrero 2020].
- [8] J. Niemann, Interviewee, *Jefe de Prestaciones Económicas*. [Entrevista]. 2020.
- [9] J. Bravo Carrasco, *Gestión de Procesos*, Editorial Evoluciones S.A., 2011.
- [10] J. & J. Womack, «Lean Thinking, banish waste and create wealth in your corporation,» 2003.
- [11] Ó. Barros, *Rediseño de Procesos de Negocios mediante el uso de patrones*, Dolmen Ediciones S.A..
- [12] J. y. N. J. Jeston, «Business Process Management (Practical Guidelines to Successful Implementations),» 2008.
- [13] K. Lewin, «Change Theory and Three Step Model,» 1951.
- [14] Dirección del Trabajo, «Dictámenes y Normativa. Código del Trabajo,» [En línea]. Available: <https://www.dt.gob.cl/legislacion/1624/w3-propertyvalue-145854.html>. [Último acceso: marzo 2020].
- [15] SUSESO, «Estadísticas Nacionales de LM y SIL 2018,» [En línea]. Available: <https://www.suseso.cl/608/w3-article-580746.html>.
- [16] Superintendencia de Salud, «Cartera de beneficiarios de ISAPRES 2019,» [En línea]. Available: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-19432.html>.
- [17] SUSESO, «Dictamen 40-2019. Subsidio incapacidad laboral,» [En línea]. Available: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-578046.html>. [Último acceso: 2020].
- [18] SUSESO, «SUSESO. Circular 3250,» octubre 2016. [En línea]. Available: <https://www.suseso.cl/612/w3-article-19711.html#:~:text=Circular%203250,pago%20de%20las%20prestaciones%20economicas.&text=Circular%20derogada%20por%20la%20Resoluci%C3%B3n,la%20Ley%20N%C2%B0%2016.744..> [Último acceso: febrero 2020].

XVIII. ANEXOS

Anexo N°1: Flujo envío de respuesta a oficios o normativas SUSESO



Fuente: Elaboración propia. Datos levantados con la Sugerencia de Riesgo

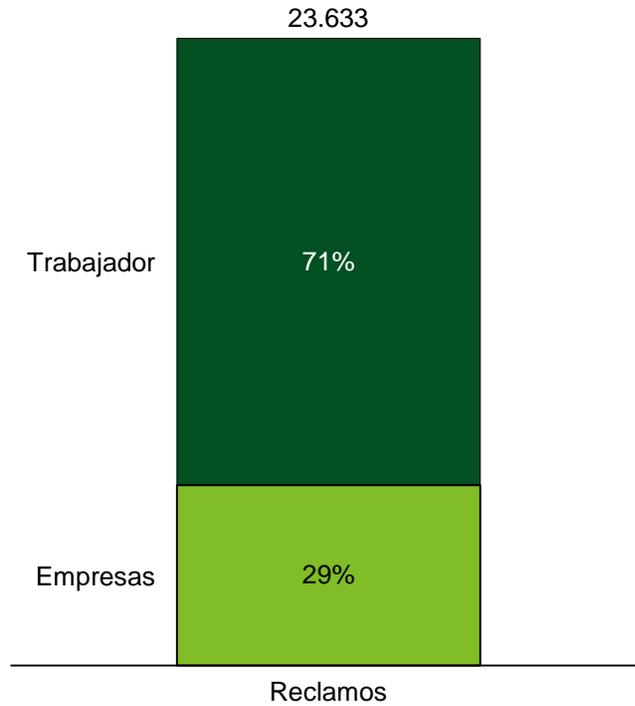
El detalle de las actividades es el siguiente:

1. Ingreso del requerimiento a la Gerencia División Asuntos Jurídicos y Corporativos: Se reciben las instrucciones (oficios, circulares, proyectos de circulares u otros) enviadas por el organismo regulador.
2. Derivación de los requerimientos: El Subgerente de Asuntos Jurídicos y Corporativos en función del contenido, deriva esta información al Dueño de Proceso o a los Dueños de Procesos correspondientes.
3. Recepción del requerimiento: El Dueño de Proceso, en este caso el Subgerente Gestión del Seguro y Jefe de Prestaciones Económicas, reciben el requerimiento de la autoridad para realizar el análisis y elaborar la respectiva respuesta.

El Dueño de Proceso a su vez es el encargado de contactar a las áreas de apoyo correspondiente para el desarrollo de la respuesta a la autoridad.

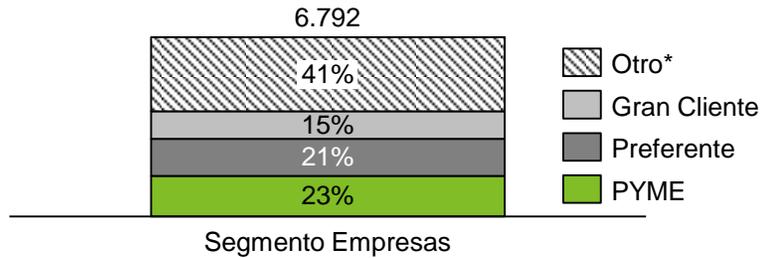
4. Análisis del requerimiento: El jefe de Prestaciones económicas y el Supervisor de Subsidios, son los responsables de recabar la información necesaria, identifican las brechas existentes, en su caso, e informar cabalmente sobre el requerimiento. Además, deberá indicar con anticipación si la respuesta se podrá contestar en el plazo solicitado por el ente regulador, para que en caso contrario, solicitar la prórroga correspondiente.
5. Respuesta: El Supervisor de Subsidios, es el responsable de consolidar los antecedentes recopilados, confeccionando la respuesta solicitada, para luego ser validada por el Jefe de Prestaciones Económicas y el Subgerente de Gestión del Seguro. Por último es importante destacar, que dentro de la respuesta siempre debe ir un plan de trabajo asociado a las mejoras del requerimiento levantado por la SUSESO.
6. Envío de la respuesta: El Jefe de Prestaciones Económicas, deberá enviar el borrador de la respuesta a más tardar 48 horas hábiles antes de que venza el plazo al Oficial de Cumplimiento Normativo con copia al Subgerente de Asuntos Jurídicos y Corporativos con el objeto de que se valide su contenido. Si el Oficial de Cumplimiento Normativo estima que la respuesta no responde a lo solicitado por el organismo regulador, solicitará los cambios correspondientes al Jefe de Prestaciones Económicas.
7. Enviar respuesta validada: El Oficial de Cumplimiento Normativo una vez revisada y validada la respuesta, envía a la Gerencia División Asuntos Jurídicos y Corporativos.
8. Enviar respuesta definitiva: La Gerencia División Asuntos Jurídicos y Corporativos recibe el borrador enviado por el Oficial de Cumplimiento Normativo, y se encarga de realizar una revisión final, para luego gestionar el despacho de la respuesta al organismo regulador con sus respectivos documentos adjuntos.

Anexo N°2: Reclamos año 2018 y 2019 según origen reclamo



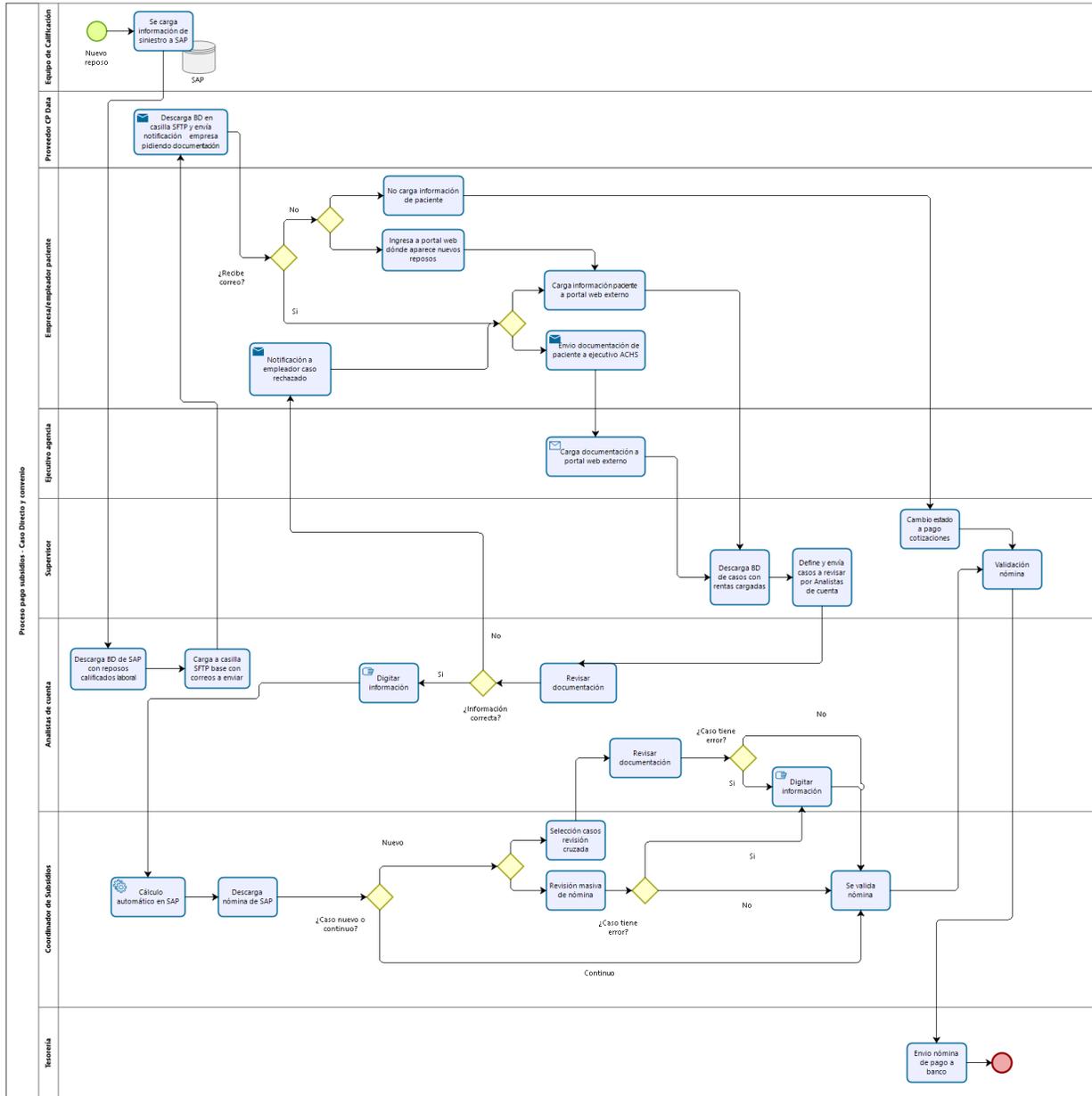
Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas y Subgerencia de Canales Remotos y Calidad

Anexo N°3: Reclamos 2018 y 2019 con origen empresa, segmentados por tipo



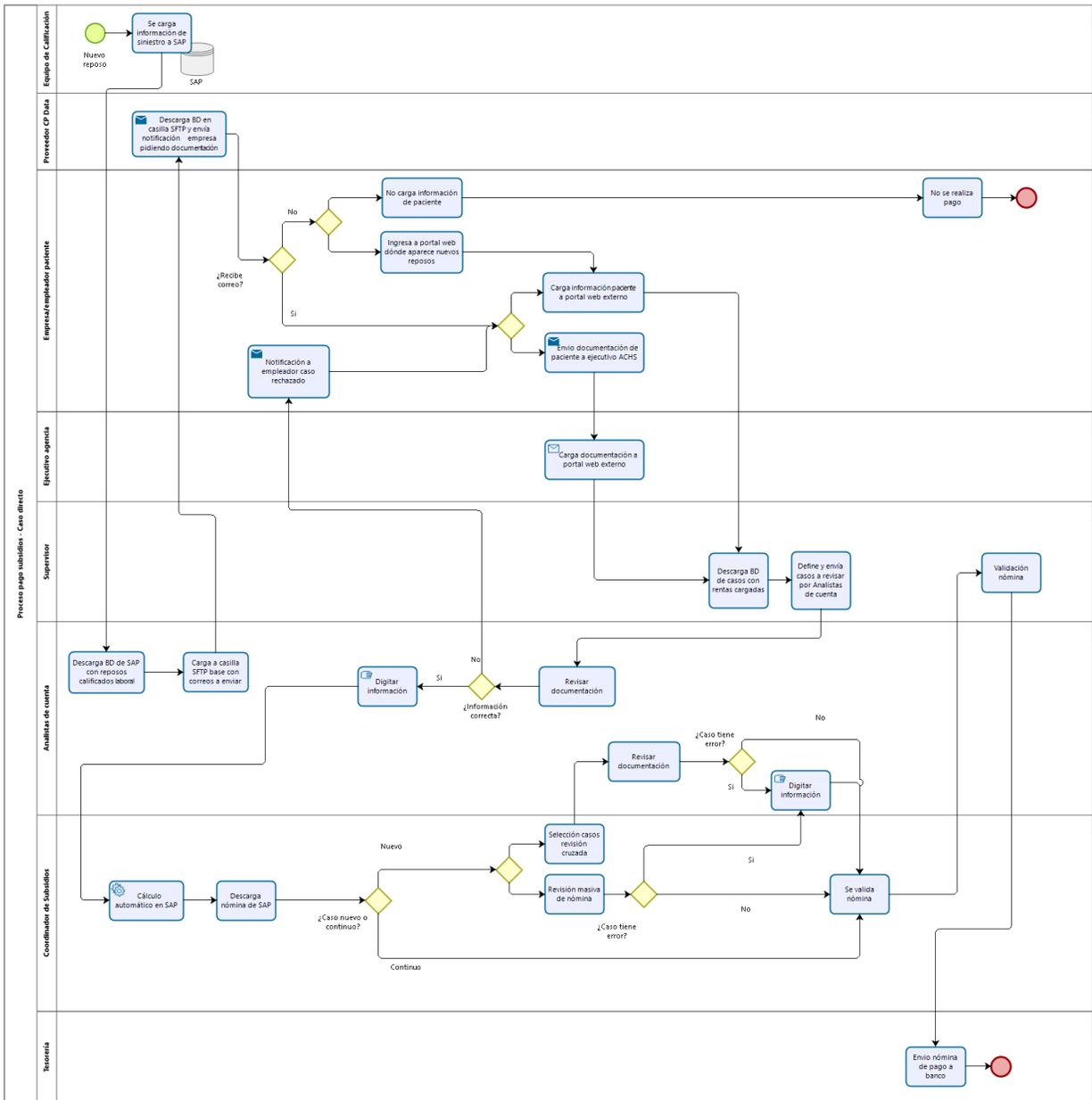
Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas y Subgerencia de Canales Remotos y Calidad

Anexo N°4: Flujo detallado del pago de subsidio para casos Directos y Convenio



Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Anexo N°5: Flujo detallado del pago de subsidio para casos Públicos



Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas

Anexo N°6: Casos totales con diferencias en lo digitado por los Analistas de Cuenta

ID prestación	Imponible mes 1	Imponible mes 2	Imponible mes 3	error por día	error por día ABS
785651	354.330	353.745	348.150	714	714
784892	422.341	422.340	405.872	-73	73
784807	1.672.949	1.553.803	1.568.701	-1.324	1.324
751388	300.000	300.000	300.000	18	18
781149	489.795	492.904	486.084	1	1
775639	1.457.226	1.727.271	2.850.432	-21.817	21.817
779048	935.249	1.030.317	935.249	-1.056	1.056
781135	273.150	293.384	302.898	456	456
780530	457.423	457.961	468.207	240	240
782528	332.677	307.000	307.000	-84	84
781402	510.007	517.215	511.236	73	73
782034	663.353	663.353	663.353	-451	451
782020	610.906	536.314	523.126	-921	921
780617	597.436	534.436	477.527	377	377
778089	1.203.447	1.254.673	1.043.321	-3.797	3.797
785880	371.706	368.221	495.805	402	402
782064	642.326	823.316	829.738	-16	16
783012	329.000	329.000	329.000	-1.498	1.498
789545	1.192.475	1.267.142	1.475.317	675	675
786353	754.283	776.963	793.062	-91	91
788158	518.498	446.546	698.917	-1.731	1.731
786747	1.056.109	778.146	1.020.912	-93	93
781683	301000	639879	469246,3448	-304	304
649031	302291,5556	295433,4828	376097	20	20
6484138	376250	376250	586746,087	25	25
6493971	749664	754040	716840	65	65
789307	585541	593214,0769	593091,5556	9	9
766022	1304744	1315279	0	-12.691	12.691
781633	437500	437500	437500	14.583	14.583
784336	986072	1010724	1873537	-12.127	12.127
6487022	585545,8333	585545,8333	585545,8333	85	85
783308	535532	486546	671546	1.043	1.043
6498771	322470	417512	418459	-234	234
750838	844708,4138	526662	691446	-1.845	1.845
788093	1269198	1126597	1355114	-362	362
788089	1269198	1126597	1355114	-362	362
788087	1269198	1126597	1355114	-362	362
788085	1269198	1126597	1355114	-362	362
788108	936519	929342	935494,5714	-12.127	12.127
784381	936519	929342	935494,5714	-2.667	2.667
784382	936519	929342	935494,5714	-2.667	2.667
784763	788859	454514	797573,7143	198	198
775259	606866,25	555265	853226	138	138
787073	1457911	1768180	1768316	3	3
785756	521123	525089	660821	18.967	18.967
781136	395983,9091	518015	472742,5862	58	58
778438	463750	454148,8966	465766	-10	10

780570	768742	823102	899086,3448	-2	2
780673	391808	388444,1724	366937	-104	104
781070	406900	404844,2	447996	-307	307
779422	421927,5172	400000	400000	2	2
785114	637662	368709	652201	-3.380	3.380
776762	376500	389040,9231	425470	-60	60
739960	2370541	2414185	2183208	-7.004	7.004
776166	376250	446250	188125	333	333
772837	376250	376250	572087,5455	-1	1
780004	1380146	1380146	833713	-7.016	7.016
766785	684103	560000	666286,8333	-1.324	1.324
786528	826222,5556	822776	773961,5217	286	286

Fuente: Elaboración propia. Información entregada por Subgerencia Gestión del Seguro, área Prestaciones Económicas