

2019

PLAN DE MEJORAS PARA AUMENTAR LA SATISFACCIÓN USUARIA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO LEÓN GALLO

MUÑOZ ARRAU, LEONARDO NICOLÁS

<https://hdl.handle.net/11673/47140>

Repositorio Digital USM, UNIVERSIDAD TECNICA FEDERICO SANTA MARIA



DEPARTAMENTO DE
INGENIERIA COMERCIAL
UNIVERSIDAD TECNICA
FEDERICO SANTA MARIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
Escuela de Negocios Departamento de Ingeniería Comercial
MBA, Magíster en Gestión Empresarial

**PLAN DE MEJORAS PARA AUMENTAR LA
SATISFACCIÓN USUARIA EN EL CENTRO DE SALUD
FAMILIAR PEDRO LEÓN GALLO**

LEONARDO NICOLÁS MUÑOZ ARRAU

Junio 2019



DEPARTAMENTO DE
INGENIERIA COMERCIAL
UNIVERSIDAD TECNICA
FEDERICO SANTA MARIA

UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
Escuela de Negocios Departamento de Ingeniería Comercial
MBA, Magíster en Gestión Empresarial

PLAN DE MEJORAS PARA AUMENTAR LA SATISFACCIÓN USUARIA EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR PEDRO LEÓN GALLO

Tesina de Grado presentada por

Leonardo Nicolás Muñoz Arrau

Como requisito para optar al grado de

MBA, Magíster en Gestión Empresarial

Guía de Tesina Sr. José Luis Andías

Junio 2019

TITULO DE TESINA: **“PLAN DE MEJORAS PARA AUMENTAR LA
SATISFACCIÓN USUARIA EN EL CENTRO DE
SALUD FAMILIAR PEDRO LEÓN GALLO”**

AUTOR: **Leonardo Nicolás Muñoz Arrau**

TRABAJO DE TESINA, presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para el Grado de MBA Magíster en Gestión Empresarial de la Universidad Técnica Federico Santa María.

Observaciones:

COMISIÓN DE TESINA: Sr. José Luis Andías P.
 Sr. Luis Acosta E.
 Sr. José Miguel Gonzalez P.

Santiago, Junio 2019

Todo el contenido, análisis, conclusiones y opiniones vertidas en este estudio son de mi exclusiva responsabilidad.

Nombre: Leonardo Nicolás Muñoz Arrau

Firma:.....

Fecha: 24 de Junio 2019

Dedicado a...

EXTRACTO

La Satisfacción Usuaría corresponde a una dimensión importante en la calidad del servicio entregado por los Centros de Salud Familiar (CESFAM). En el marco de las metas 2011-2020 orientadas por el Servicio de Salud se encuentra disminuir la insatisfacción usuaria. El interés de desarrollar un Plan de Satisfacción Usuaría nace desde la necesidad desde el bajo resultado obtenido durante el 2018 y hace darse cuenta de la necesidad de tener un plan establecido y compatible con cualquier centro de salud de atención primaria.

Para el desarrollo del plan se usó como base la metodología de Excelencia Operacional, la cual fue aplicada abarcando todas las áreas del CESFAM, específicamente separada en 1.Aspectos Generales 2.Estamento Administrativo 3.Estamento Técnico-Paramédico 4.Personal Profesional 5.General del Trato

La metodología consideró la (1) definición de objetivo general y específico, (2) análisis de la situación actual del CESFAM, (3) análisis de procesos, donde se detectan las brechas (además de considerar el resultado de la encuesta de satisfacción usuaria 2018), (4) elaboración de una matriz de priorización de procesos más críticos y determinantes en el resultado.

Identificados los focos de mejora se procedió a realizar el plan de mejoras, que fue validado por integrantes directivos del CESFAM y Dirección de Salud Municipal. La metodología de Excelencia Operacional permitió crear un plan de mejoras estandarizado y aplicable en cualquier centro de atención primaria, dado a sus instrucciones claras y replicables.

ABSTRACT

The User Satisfaction corresponds to an important dimension in the quality of the service delivered in the Centro de Salud Familiar (CESFAM). Within the framework of the 2011-2020 goals guided by the Servicio de Salud is to reduce user dissatisfaction. The interest in developing a user satisfaction plan was born from the need of the low result obtained during 2018 and has realized the need to have a plan established and compatible with any primary health care center.

For the development of the plan, it was used as the basis of the methodology of operational excellence, which was applied to all areas of CESFAM, specifically the 1. General aspects 2. Administrative Unit 3. Technical-Paramedical Unit 4. Professional Staff 5 .General of the deal.

The methodology became the (1) Definition of general and specific objective, (2) Analysis of the current situation of CESFAM, (3) Analysis of processes, where gaps are detected (in addition to considering the result of the satisfaction survey user 2018), (4) the elaboration of a matrix of prioritization of the most critical and determining processes in the result.

Once the focus for improvement was identified, the improvement plan was carried out, which was validated by the directors of CESFAM and the Dirección de Salud Municipal. The Operational Excellence methodology allowed the creation of a standardized improvement plan applicable in any primary care center, given its clear and replicable instructions.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	8
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	8
2.2 DEFINICIÓN DEL TEMA.....	9
3. DESARROLLO DE LA TESIS	10
3.1 ALCANCE DE DESARROLLO DE LA TESIS.....	10
3.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS..	11
3.2.1 FASES.....	11
3.2.2 ETAPA 1: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.....	12
3.2.1.1 Objetivo general.....	12
3.2.1.2 Objetivo específicos.....	12
3.2.3 ETAPA 2: HIPÓTESIS.....	12
3.2.4 ETAPA 3: ESTADO DEL ARTE, MARCO TEÓRICO.....	13
3.2.5 ETAPA 4: ANÁLISIS.....	23
3.2.5.1 Situación Actual General.....	23
3.2.5.2 Solicitudes recolectadas OIRS.....	24
3.2.6 ETAPA 5: DESARROLLO.....	26
3.2.6.1 Situación Actual (AS IS).....	27
3.2.6.2 Dimensión Personas: Matriz RACI, Roles y Responsabilidades.....	29
3.2.6.3 Análisis de Brechas	31
3.2.6.4 Análisis de Procesos.....	34
3.2.6.5 Plan de Mejoras.....	35
3.2.6.5.1 Redefinición de Roles y Responsabilidades (Matriz RACI).....	35
3.2.6.5.2 Generación de ideas: BrainStorming.....	38
3.2.6.5.3 Análisis de Mejoras: Priorización.....	39
3.2.6.5.4 Descripción de mejoras.....	43
3.2.6.5.5 Roadmap de Plan de Mejoras.....	47
3.2. 7 ETAPA 6: VALIDACIÓN.....	48
3.2. 8 ETAPA 7: APOORTE AL CONOCIMIENTO.....	50
4. CONCLUSIONES.....	52
5. BIBLIOGRAFÍA.....	53
5.1 WEBGRAFÍA.....	53
6. ANEXOS.....	54
Anexo 1. Resultado Comuna de Copiapó 2018.....	54
Anexo 2. Reunión Médicos.....	55
Anexo 3. Reunión REAS.....	56
Anexo 4. Encuesta 2019.....	57
Anexo 5. Formado de Minuta.....	58
Anexo 6. Información a la comunidad 23/05/19.....	60

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Metodología de trabajo.....	11
Ilustración 2.: Encuesta de Satisfacción Usuaría	14
Ilustración 3: Asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios para el personal de planta o a la contrata que indica, de los establecimientos dependientes de los servicios de salud y de establecimientos experimentales año 2018.....	14
Ilustración 4: Derechos y deberes de los pacientes.....	15
Ilustración 5: Meta de satisfacción usuaria 2010-2020.....	16
Ilustración 6: Oficina OIRS CESFAM Pedro León Gallo.....	16
Ilustración 7: Nivel de impacto en los procesos.....	17
Ilustración 8: Nivel de desempeño de los procesos.....	18
Ilustración 9: Matriz de desempeño de los procesos.....	19
Ilustración 10: Nivel de Impacto.....	19
Ilustración 11: Nivel de Esfuerzo.....	20
Ilustración 12: Matriz de Criterios.....	20
Ilustración 14: Roadmap.....	22
Ilustración 15: RACI.....	22
Ilustración 16. Metodología de Excelencia Operacional.....	26
Ilustración 17. Flujograma de procesos de experiencia del usuario.....	27
Ilustración 18. Imagen comprimida de RAYEN.....	28
Ilustración 19. Nivel de compromiso e impacto.....	40
Ilustración 20. Esfuerzo de adoptar la mejora.....	42
Ilustración 21. Roadmap de mejoras.....	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Situación actual CESFAM PEDRO LEÓN GALLO 2018 (meta 2020 = 6.1).....	23
Tabla 2: Recolección OIRS 2018.....	24
Tabla 3: Felicitaciones.....	24
Tabla 4: Reclamos OIRS 2018.....	25
Tabla 5: Tipos de reclamo, mayor porcentaje OIRS 2018.....	25
Tabla 6: Dimensión tecnología: soporte tecnológico de los procesos.....	28
Tabla 7: Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo – Situación Actual.....	29
Tabla 8: Resultado 2018 y Brechas.....	32
Tabla 9: Nota y % de Reclamos.....	33
Tabla 10: Nivel de impactos de los procesos.....	34
Tabla 11: Nivel de desempeño de los procesos.....	34
Tabla 12: Nivel de criticidad de los procesos.....	35
Tabla 13: Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo – Redefinida.....	36
Tabla 14: Mejoras propuestas, nivel de impacto y esfuerzo.....	41
Tabla 15 - 27: Descripción de Mejoras.....	43 – 46
Tabla 28: Comparación de solicitudes 2018-2019.....	50
Tabla 29: Comparación de Resultados 2018 – 2019	51

1. INTRODUCCIÓN

“La satisfacción usuaria, constituye una dimensión de la Calidad relevante tanto a nivel Nacional, Regional y Comunal, considerada como un eje orientador en las distintas políticas de las instituciones públicas. En el sector salud se mide frecuentemente en instancias externas e internas, entregando insumos para la confección de herramientas de gestión y mejora continua¹. (SSCoquimbo, 2015) La percepción de la calidad de los servicios recibidos y la satisfacción en la solución de los requerimientos por parte de los usuarios, pareciera que constituyen uno de los factores más influyentes en la evaluación de los establecimientos, incluso por sobre evaluaciones económicas o de productividad que habitualmente se realizan por parte de las entidades administradoras.

Actualmente, todos los administradores de las instituciones de salud tienen como objetivo primordial mejorar la calidad de la atención de salud, esto es fundamental por dos aspectos, en primer lugar por la necesidad de dar adecuada respuesta a las reales necesidades de salud de la población y por otra parte porque es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de las personas. Este creciente interés por la evaluación de la calidad de la atención de salud reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

Como tal, el CESFAM Pedro León Gallo es evaluado anualmente en este parámetro, y además como meta 2020 en convertirse en un **CESFAM de CALIDAD** (acreditación) se proyecta una investigación de carácter cualitativo, indagando en los aspectos subjetivos de la labor de los/as funcionarios/as mediante entrevistas y grupos focales. Para así lograr ciertas recomendaciones u orientaciones que permitan mejorar el ejercicio de los trabajadores en el cumplimiento de la satisfacción de los/as usuarios/as del sistema de salud.

El aporte corresponde en aplicar la metodología de excelencia operacional y mejora continua para generar un plan de mejoras asociadas a los procesos involucrados en las áreas de estudio, con el objetivo de mejorar la satisfacción usuaria. A través de metodología se incentiva a los integrantes del centro de salud, a la búsqueda del mejoramiento continuo, dado que, al seguir la estructura se apunta a definir focos de mejora que impacten positivamente su quehacer.



¹ <http://www.sscquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/INFORME%20DE%20ENCUESTA%20Y%20PLAN%20DE%20MEJORA%20SATISFACCION%20USUARIA%20CESFAM%20DR%20SA.pdf>

2. DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

2.1 JUSTIFICACIÓN

“Desde el año 1995, el Ministerio de Salud viene desarrollando estrategias de participación social, incentivando a involucrar a los usuarios en decisiones que los afecta directamente y fomentar una corresponsabilidad en materias de salud. En el 2003 se definen las líneas estratégicas en la democratización de información y conocimiento en salud, transparencia en la gestión y corresponsabilidad en la mantención y control sobre la salud y la **calidad de los servicios**.”²(Minsal, 2017)

“Una dimensión en la “calidad de la atención” es la **satisfacción usuaria** que a su vez constituye una línea estratégica. Uno de los aspectos que aborda la Ley 20.584 (Derechos y Deberes de las Personas en Salud) es el trato entre prestadores y usuarios. El trato también es una dimensión de la satisfacción usuaria, su significado se relaciona con la calidad percibida y se asocia a 4 factores como gestión de trámites, barreras de acceso, infraestructura y continuidad de la atención.” (Minsal, 2017)

Aunque el CESFAM Pedro León Gallo indica en su misión y visión la búsqueda de la calidad y la satisfacción usuaria en las soluciones entregadas...

Nuestra Misión:

“Como centro de salud nos preocupamos de prevenir, promover y facilitar el desarrollo de la **calidad de la salud** de la población inscrita en nuestro centro de salud; fomentando el desarrollo de la comunidad y entendiendo ésta como un agente con necesidades integrales”

Nuestra Visión:

“Lograr ser un Centro de Salud Familiar con estrategias concretas, eficaces e integrales, capaces de entregar **soluciones personalizadas y adecuadas** para cada familia, entendiendo ésta como el núcleo principal de nuestra comunidad”

³(PLG, 2017)

...actualmente se encuentra con un baja evaluación general 2018 (5.8), bajo la meta nacional 2020 (6.1).

En resumen, es posible señalar que, si bien han existido las intenciones de llevar adelante el proceso de aumentar la satisfacción usuaria, no existe un plan específico al cual recurrir, donde estén definidos roles y responsabilidades, y además se pueda analizar las áreas críticas a corregir, y no caer en cuestionamientos sin fundamentos.

Por parte de la Dirección del CESFAM existe un gran apoyo, pues que esto refleja la imagen de un sistema de salud que tiene como meta ir mejorando constantemente.

² Orientaciones Técnicas para la Estrategia de buen trato, Primera versión junio 2017

³ Reglamento Interno de Formulario de Solicitudes Ciudadanas – CESFAM Pedro León Gallo, 2017

2.2 DEFINICIÓN DEL TEMA

De acuerdo a lo señalado en el punto 2.1, el tema de la presente tesina, se enmarca en el desarrollo de un Plan de mejoras en las dimensiones de procesos, tecnología, roles y responsabilidades, que permita aumentar la satisfacción usuaria en el Centro de Salud Familiar Pedro León Gallo, lo cual permitirá aportar directamente en el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020.

En este sentido considerando la situación actual de los servicios públicos, es decir, que no existe un adecuado programa establecido de los procedimientos asociados a la Satisfacción Usuaria y que no hay una adecuada sociabilización de los mismos ni la estandarización del servicio prestado por parte de los integrantes del equipo de salud, repercute en la necesidad urgente de un plan de mejoras que concluya en un funcionamiento orientado hacia la Excelencia Operacional. Mayores antecedentes de la situación actual del CESFAM Pedro León Gallo se encuentran descritos en el punto 3.2.4.2

3. DESARROLLO DE LA TESIS

3.1 ALCANCE DE DESARROLLO DE LA TESIS

El desarrollo de la tesis tendrá como alcance, los procesos involucrados de las siguientes áreas de CESFAM Pedro León Gallo:

1. Aspectos Generales
2. Estamento Administrativo
3. Estamento Técnico-Paramédico
4. Personal Profesional
5. General del Trato

1. **Aspectos Generales**

Recibimiento, vestuario, identificación, limpieza del centro, tiempo de espera

2. **Estamento Administrativo**

Amabilidad, rapidez, interés, disposición, confianza, trato

3. **Estamento Técnico-Paramédico**

Amabilidad, tiempo, respuesta, disposición, confianza, trato

4. **Personal Profesional**

Interés, explicación, opinión, disposición, confianza, trato

5. **General del Trato:** Trato

En cada una de las áreas se medirá:

- Resultado 2018 aplicada por el Servicio de Salud
- Mínimo a cumplir
- Brecha 2018
- Plazo Intervención
- Responsables Asociados

La importancia del estudio radica en poder ser una guía hacia el cumplimiento de la satisfacción usuaria, pues no existe un plan como tal en las orientaciones técnicas que en los lineamientos del Gobierno de Chile, dado esto, puede ser replicada y adaptada a cualquier servicio de atención primaria de Chile.

3.2 METODOLOGÍA DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LA TESIS

3.2.1 FASES

La metodología de trabajo para llevar a cabo el desarrollo de la presente tesis, contiene 5 etapas.

Etapa 1: Se definen tanto el objetivo general como los específicos a alcanzar.

Etapa 2: En la hipótesis se darán los supuestos que deben lograrse.

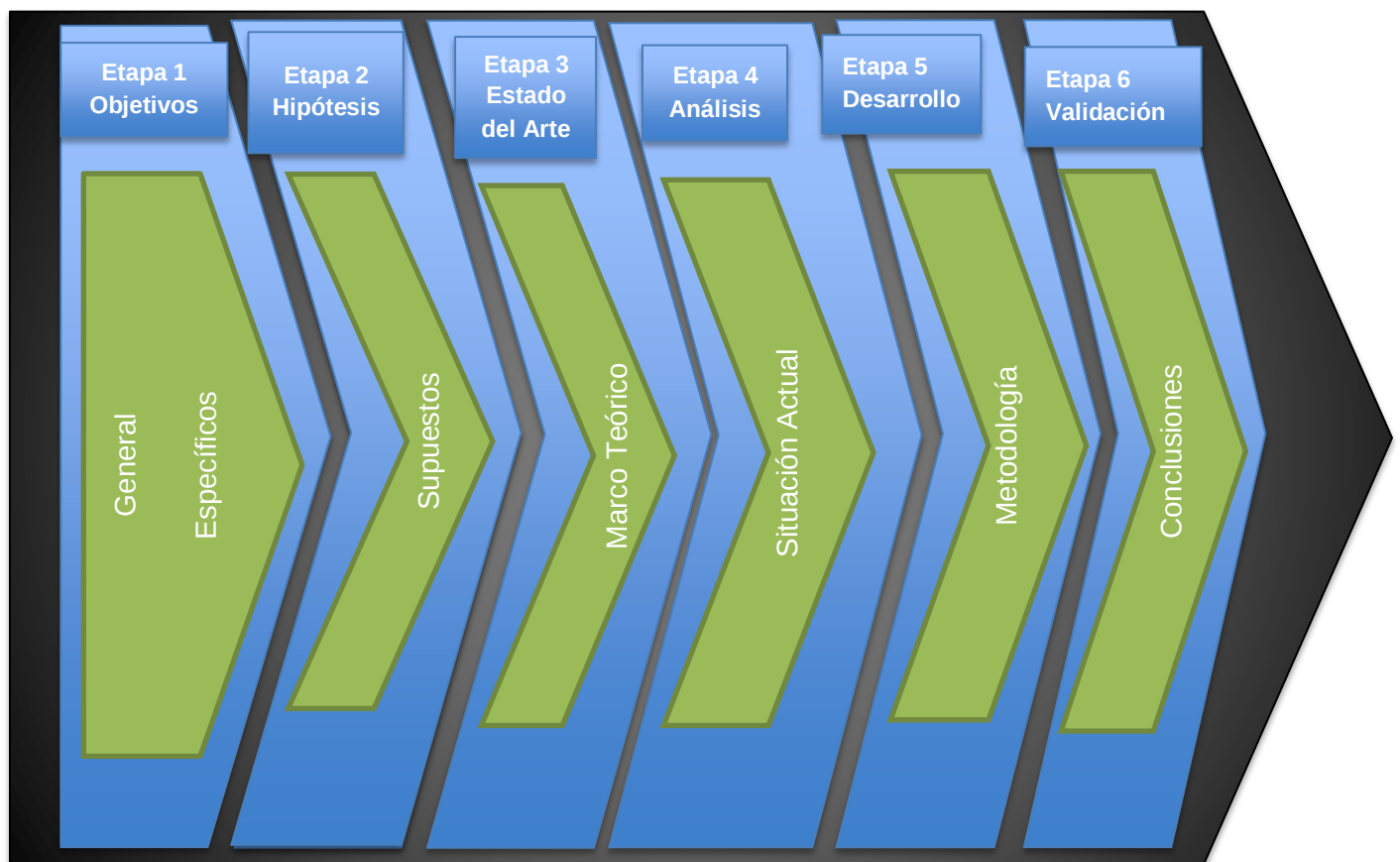
Etapa 3: Estado del Arte se realiza el levantamiento del marco teórico asociado.

Etapa 4: Análisis del mismo considerando los objetivos de la tesina y la situación actual.

Etapa 5: Desarrollo en sí el aporte al conocimiento, en donde se considera la información obtenida tanto de la etapa 2 y etapa 3.

Etapa 6: Validación del resultado de la tesina, para finalmente describir las conclusiones del trabajo realizado.

Ilustración 1: Metodología de trabajo



Fuente: Elaboración propia

3.2.2 ETAPA 1: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

3.2.1.1 Objetivo general

- Crear un plan de mejoras en el corto, mediano y largo plazo para aumentar la satisfacción usuaria en el CESFAM Pedro León Gallo, según la encuesta de Trato Usuario compatible a otras instituciones de salud pública.

3.2.1.2 Objetivo específicos

- Levantar la situación actual de los procesos, soporte tecnológico, roles y responsabilidades asociadas a los procesos.
- Identificar oportunidades de mejora en las dimensiones de procesos y procedimientos, tecnologías y personas (rol y responsabilidades) para mejorar el nivel de satisfacción usuaria.
- Generar un plan de mejoras en el corto, mediano y largo plazo que permita mejorar la satisfacción usuaria.

3.2.3 ETAPA 2: HIPÓTESIS

Generar un plan de mejoras aplicando la metodología de excelencia operacional y mejora continua con foco en el usuario, permite entregar una guía de acciones sustentables en el corto, mediano y largo plazo para mejorar los niveles de satisfacción usuaria

3.2.4 ETAPA 3: ESTADO DEL ARTE, MARCO TEÓRICO

Considerando que la tesina, implica la realización de un Programa de Excelencia Operacional, es que a continuación se abordan y se definen, los temas considerados importantes para el desarrollo de la misma.

Nivel de satisfacción usuaria

“La Satisfacción usuaria como una dimensión de la Calidad, se constituye en una línea estratégica priorizada en la atención de salud de las personas. En este contexto, el mejoramiento de la satisfacción usuaria es un proceso permanente y continuo, en los establecimientos de salud del país, tanto hospitalarios como de la atención primaria.”⁴(Orientaciones, 2019)

“La evaluación de la satisfacción usuaria es la valoración social del sistema de atención en salud depende no sólo de la capacidad resolutive, la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no “médicos” vinculados a la atención. Entre estos, la relación entre usuarios (as) y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso al usuario (a), infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los y las usuarias.”⁵ (SSBioBio, 2017)

Durante el año, se mide a nivel nacional todas las instituciones ligadas la salud. El objetivo de la aplicación de la encuesta es “Obtener información relevante respecto a la percepción y evaluación que tienen los usuarios de la red asistencial sobre la calidad del servicio entregado”.

Se espera que esta información se constituya en:

- “Una herramienta de utilidad para el conocimiento y diagnóstico certero de las necesidades y expectativas de la población.
- Un insumo para implementar y/o reforzar planes de mejora a partir de los nudos críticos visualizados.
- Un insumo para reforzar las relaciones de colaboración entre la red asistencial y las redes comunitarias, pretendiendo con ello lograr una mayor corresponsabilidad y validación del aporte que estas redes pueden otorgar al sistema de salud.” (SSBioBio, 2017)

El instrumento utilizado en una encuesta de 33 preguntas, en las que la primera parte se define el sexo, lugar, tipo de atención y luego a las 24 preguntas en que se mide los aspectos generales, estamento administrativo, estamento técnico paramédico y personal profesional.

⁴ Orientaciones técnicas compromiso de gestión 2019, pag.22

⁵ <http://www.ssbio.bio.cl/satisfaccionusuaria.html>

Ilustración 2: Encuesta de Satisfacción Usuaría

FOLIO			
Calidad del Trato al Usuario en los Establecimientos de Atención Primaria			
Introducción			
Buenos días/tardes mi nombre es _____ Queremos conocer la opinión de los usuarios que han sido atendidos hoy en este centro de salud. Le solicitamos que colabore respondiendo algunas preguntas que constarán en presente nota a la forma en que fue atendido hoy en este Consultorio. Las preguntas no tomarán más de 10 minutos.			
I. DATOS DEL ENTREVISTADO Y CENTRO DE SALUD			
Fecha _____ Centro de Salud _____			
Hora aproximada _____			
1. Me podría decir su nombre por favor			
2. Registrar Sexo			
Nombre _____			
Apellido _____			
3. Me podría contar su fecha de nacimiento por favor			
Día _____ Mes _____ Año _____			
4. ¿A qué vino hoy al consultorio?			
ANTE RESPUESTA TEXTUAL			
Motivo _____			
5. ¿Estaba citado?			
SI _____			
NO _____			
6. ¿Con quién tuvo contacto o lo atendió hoy aquí en el consultorio (centro de salud)?			
Personal del SONE (Administrativo) _____			
Técnico paramédico _____			
Profesional _____			
Otro _____			
7. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
8. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
9. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
10. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
11. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
12. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
13. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
14. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
15. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
16. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
17. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
18. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
19. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
20. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
21. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
22. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
23. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
24. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
25. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
26. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
27. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
28. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
29. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
30. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
31. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
32. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
33. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
34. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
35. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
36. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
37. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
38. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
39. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
40. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
41. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
42. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
43. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
44. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
45. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
46. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
47. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
48. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
49. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
50. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
51. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
52. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
53. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
54. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
55. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
56. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
57. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
58. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
59. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
60. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
61. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
62. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
63. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
64. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
65. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
66. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
67. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
68. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
69. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
70. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
71. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
72. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
73. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
74. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
75. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
76. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
77. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
78. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
79. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
80. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
81. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
82. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
83. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
84. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
85. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
86. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
87. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
88. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
89. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
90. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
91. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
92. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
93. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
94. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
95. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
96. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
97. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
98. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
99. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
100. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
101. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
102. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
103. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
104. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
105. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
106. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
107. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
108. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
109. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
110. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
111. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
112. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
113. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
114. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
115. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
116. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
117. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
118. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
119. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
120. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
121. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
122. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
123. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
124. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
125. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
126. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
127. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
128. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
129. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
130. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			
131. Registre calidad del encuestado/a			
USUARIO _____			
ACOMPANIANTE _____			

Lo anterior, tiene además importancia debido a su directa relación con la ley N.º 20.584 de derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud, la cual establece una serie de normas relativas a la acogida, información, trato y relación con los usuarios, pacientes, familiares y acompañantes. Específicamente, esta ley, en su artículo 5º, determina normas relativas al Trato Digno y, desde los artículos 8º al 11º, a la Información a usuarios, en todas sus dimensiones.⁷ (Orientaciones, 2019)

Ilustración 4: Derechos y deberes de los pacientes



Fuente: Minsal⁸

“Algunos estudios demuestran que la valoración social del sistema de atención en salud depende no solo de la capacidad resolutoria, de la oferta de servicios, y de la calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, **sino también de aspectos no médicos vinculados a la atención**. Entre estos otros factores se encuentran: la relación entre usuarios y el equipo de salud; los tiempos de espera; el acceso a la información: el trato digno y respetuoso al usuario; la infraestructura adecuada a sus necesidades; y las propias expectativas de los usuarios”⁹(Aravena 2017)

⁷ Orientaciones técnicas compromiso de gestión, 2019, pag.22

⁸ <https://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

⁹ <http://bibliotecadigital.academia.cl/jspui/bitstream/123456789/3982/1/TTRASO%20510.PDF>

“Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas”

De acuerdo al Compromiso de Gestión (COMGES) N° 15 perteneciente al Trato Usuario, la metas a cumplir para los centros de atención primaria es de un 12.8% de insatisfacción para el 2020.

Ilustración 5. Meta de satisfacción usuaria 2010-2020

TEMA	OBJETIVO	META	2010	2015	2020
8.4	Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría			
		Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria	18,3%	16,5%	12,8%
		Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias	26,6%	23,9%	18,6%

* Igual o inferior a 0,15 para consultas de especialidad y 0,10 para intervenciones quirúrgicas
 * Acreditación BPM, Equivalencia Terapéutica, calidad medida en proveedores, con inventario de seguridad, prescripción correcta.

Fuente: Estrategia nacional de Salud¹⁰

Como complemento para obtener información objetiva sobre las apreciaciones de los usuarios, el gobierno ha fortalecido las OIRS (oficina de información, reclamos y sugerencias). “Un espacio de participación ciudadana y una vía de comunicación con los servicios de salud, hospitales, seremis de salud o ministerio de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y atención en las prestaciones de salud otorgadas en sus establecimientos. Su finalidad es garantizar el derecho de los ciudadanos a **informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar**, acerca de las diversas materias en salud, retroalimentando la gestión de las reparticiones públicas.”¹¹(Oirs, 2019)

Ilustración 6. Oficina OIRS CESFAM Pedro León Gallo



Fuente: CESFAM Pedro León Gallo

¹⁰ <http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Objetivos+Sanitarios+de+la+d%C3%A9cada+2011-2020.pdf>

¹¹ <http://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx>

Excelencia Operacional

“La excelencia operacional es un concepto que abarca todas las actividades y funciones llevadas a cabo al interior de las empresas, desde la estrategia, la visión, valores, cultura y el proceso de mejoramiento continuo; y que está positiva y significativamente relacionada a la productividad.”¹² (E. Operacional 2016)

LEAN – Kaizen

“Masaakilmai indicaba que el Kaizen significa: Mejoramiento continuo, pero mejoramiento todos los días, a cada momento, realizado por todos los empleados de la organización, en cualquier lugar de la empresa. Y que va de pequeñas mejoras incrementales a innovaciones drásticas radicales.

Suárez-Barraza lo define como: Una filosofía de gestión que genera cambios o pequeñas mejoras incrementales en el método de trabajo (o procesos de trabajo) que permite reducir despilfarros y por consecuencia mejorar el rendimiento del trabajo, llevando a la organización a una espiral de innovación incremental.”¹³ (Andías, 2018)

Brainstorming

“La lluvia de ideas, también denominada tormenta de ideas, es una herramienta de trabajo grupal que facilita el surgimiento de nuevas ideas sobre un tema o problema determinado. La lluvia de ideas es una técnica de grupo para generar ideas originales en un ambiente relajado.”¹⁴ (Wikipedia, 2019)

Herramienta Metodológica para Identificación de Procesos Críticos

Nivel de Impactos en los Procesos

Una forma de medir el grado de impacto de los procesos es vinculando éstos a los objetivos estratégicos de la organización, como en el siguiente esquema metodológico:

Ilustración 7: Nivel de impacto en los procesos

ID	PROCESOS	Objetivos estratégicos más importantes			
		OBJETIVO 1	OBJETIVO 2	OBJETIVO 3	IMPACTO (PROMEDIO)
1	PROCESO 1	100	50	100	83
2	PROCESO 2	50	80	50	60
3	PROCESO 3	100	100	40	70
4	PROCESO 4	60	60	30	50

Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

¹² <http://www.productividadchile.cl/wp-content/uploads/2016/04/Cap%C3%ADtulo-6.-Excelencia-Operacional.pdf>

¹³ Herramientas lean y de Excelencia Operacional, 2018, José Luis Andías

¹⁴ https://es.wikipedia.org/wiki/Lluvia_de_ideas

Se trabaja con la escala de 0 a 100, con lo cual el ejemplo anterior refleja en qué grado de 0 a 100 impacta el proceso al objetivo estratégico. De acuerdo al ejemplo, el proceso 1 impacta a nivel medio, es decir en un 50% al objetivo 2.

Nivel de desempeño de los procesos

Siguiendo con el esquema metodológico anterior, ahora se completa el mismo esquema, pero en vez de definir el nivel de impacto del proceso en el objetivo estratégico, se determina en una escala de 0 a 100 cómo está el desempeño del proceso para el logro del objetivo estratégico determinado:

Ilustración 8: Nivel de desempeño de los procesos

ID	PROCESOS	Objetivos estratégicos del cuadro de mando			
		OBJETIVO 1	OBJETIVO 2	OBJETIVO 3	DESEMPEÑO PROMEDIO
1	PROCESO 1	100	50	100	83
2	PROCESO 2	50	80	50	60
3	PROCESO 3	100	100	40	70
4	PROCESO 4	60	60	30	50

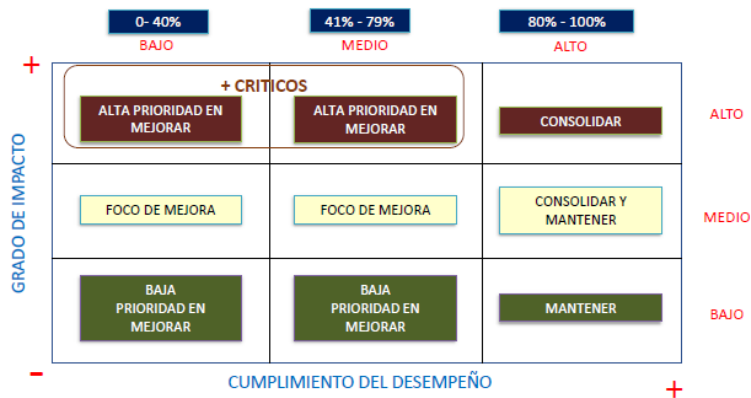
Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Se trabaja con una escala de 0 a 100, en base a una percepción de una discusión de una reunión ejecutiva, al conocer los integrantes de esta discusión, los detalles de cada proceso y sus indicadores de desempeño, hacen de este esquema un reflejo cuantitativo de la realidad de la empresa.

Matriz de desempeño de procesos

Permite visualizar los procesos más críticos, es decir que tiene un alto impacto en el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

Ilustración 9: Matriz de desempeño de los procesos



Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Herramienta Metodológica Priorización de Mejoras

Nivel de Impacto

Al igual como se mide el grado de impacto de los procesos de negocios, se puede medir el grado de impacto de implementar una mejora vinculándola a los objetivos estratégicos de la organización, para ello se presenta el siguiente esquema metodológico:

Ilustración 10: Nivel de Impacto

ID	PROCESOS	Objetivos estratégicos más importantes			
		OBJETIVO 1	OBJETIVO 2	OBJETIVO 3	IMPACTO (PROMEDIO)
1	MEJORA 1	100	50	100	83
2	MEJORA 2	50	60	50	60
3	MEJORA 3	100	100	40	70
4	MEJORA 4	60	60	30	50

Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

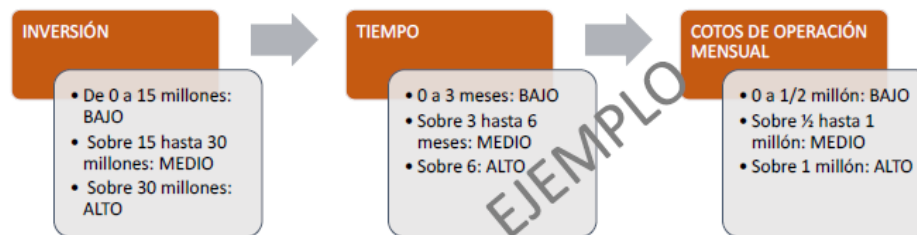
Se trabaja con la escala de 0 a 100, con lo cual el ejemplo anterior refleja en qué grado de 0 a 100 impacta la implementación de la mejora al cumplimiento del objetivo estratégico.

Herramienta Metodológica para Priorización de Mejoras

Nivel de Esfuerzo

Para estimar el esfuerzo que significa implementar una mejora, se debe definir los criterios que se utilizarán según cada organización, por ejemplo:

Ilustración 11: Nivel de Esfuerzo



Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Aquellas mejoras que requieran de un nivel de inversión bajo, costo de operación mensual bajo y a la vez de un bajo tiempo de implementación, se clasificarán como mejoras de rápida implementación (Quick Wins), con lo cual se recomienda priorizarlas.

Definido los criterios sobre los cuales se estimará el esfuerzo de implementar una mejora, se utiliza el mismo esquema metodológico utilizando la escala de 0 a 100:

Ilustración 12: Matriz de Criterios

ID	Mejora	CRITERIOS DE RECURSOS INVOLUCRADOS EN LAS MEJORAS			
		INVERSIÓN	COSTOS OPERACIONALES	HORAS HOMBRES	PROMEDIO
1	MEJORA 1	100	50	100	83
2	MEJORA 2	50	80	50	60
3	MEJORA 3	100	100	40	70
4	MEJORA 4	60	60	30	50

Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Matriz de Priorización

Con los esquemas anteriormente señalados, se estructura una matriz, la cual nos permite visualizar aquellas mejoras de mayor impacto, cuyo nivel de esfuerzo es bajo.

Ilustración 13: Matriz de Priorización

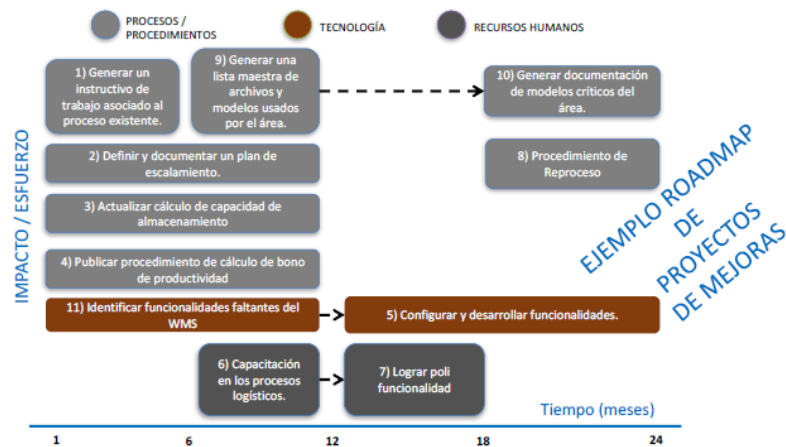


Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Roadmap de Proyecto de Mejoras

Una vez priorizadas las mejoras con el esquema anteriormente señalado, se debe estructurar una secuencia de implementación considerando los tiempos estimados y la interrelación o dependencia entre ellas, esto se llama un Roadmap de proyectos de mejoras, lo cual se visualiza con el siguiente esquema:

Ilustración 14: Roadmap



Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

Matriz RACI

“A continuación, se describe la matriz RACI para cada fase del Proceso de Gestión de Proyectos. Esta matriz es una herramienta, cuyo propósito es describir qué grado de responsabilidad tienen diferentes recursos (personas, grupos, roles), que aparecen como columnas de la tabla, con los diferentes procesos o actividades que se definen en las filas de una tabla” (C. Torres, 2018).¹⁵

Ilustración 15: RACI

Rol			Descripción
R	RESPONSIBLE	Responsable	Este rol corresponde a quien efectivamente realiza la tarea. Lo más habitual es que exista sólo un encargado (R) por cada tarea; si existe más de uno, entonces el trabajo debería ser subdividido a un nivel más bajo.
A	ACCOUNTABLE	Quien rinde cuentas	Este rol se responsabiliza de que la tarea se realice y es el que debe rendir cuentas sobre su ejecución. Sólo puede existir una persona que deba rendir cuentas (A) de que la tarea sea ejecutada por su responsable (R).
C	CONSULTED	Consultado	Este rol posee alguna información o capacidad necesaria para realizar la tarea.
I	INFORMED	Informado	Este rol debe ser informado sobre el avance y los resultados de la ejecución de la tarea. A diferencia del consultado (C), la comunicación es unidireccional.

Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

¹⁵ Desarrollo de un programa de Excelencia Operacional para la Subdirección de Operaciones de la Dirección de transferencia y desarrollo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Carolina Torres, 2018

La Matriz RACI, tiene una serie de reglas sencillas a cumplir:

- Todas las filas tienen que tener una y solo una **A**, al menos una **R**, y pueden tener ninguna o varias **C** o **I**.
- Un mismo recurso puede tener varios roles, por ejemplo, ser responsable y persona a cargo de la tarea **(RA)**.

3.2.5 ETAPA 4: ANÁLISIS

Una vez levantado el marco teórico y considerando la situación actual en la que se encuentra el CESFAM Pedro León Gallo, es que se considera oportuno, el introducir los conceptos asociados a excelencia operacional, como rediseño de procesos, mejora continua, LEAN, dado que todos ellos permiten orientar el trabajo a desarrollar enfocándose en distinguir los cambios que permitirán generar desde pequeñas a grandes mejoras en la forma de trabajar, lo cual finalmente repercute en la reducción de actividades que no agregan valor, en la estandarización de los procesos, y en que mejore por tanto el rendimiento del trabajo de la oficina en general.

La metodología de excelencia operacional, no se ha utilizado en CESFAM P.L.G, por ello, es que resulta relevante utilizarla como herramienta para realizar un análisis del proceso que permita identificar puntos de mejora y a partir de ello proponer un plan de mejoras que contribuya a la eliminación de actividades que no agreguen valor y permitan finalmente aportar al cumplimiento de los objetivos estratégicos con el menor esfuerzo posible.

Finalmente, es importante no olvidar el que los integrantes del CESFAM, deben estar al tanto de los procesos en lo que están involucrados, dado que, si no lo están, se corre el riesgo, de no lograr la estandarización deseada y además en el trabajo desarrollado puede haber una falta de alineación con los objetivos, lo que finalmente puede llevar a que la oficina tenga que estar solucionando problemas y perdiendo tiempo en labores que no agregan valor.

3.2.5.1 Situación Actual General

Resultado de encuesta de satisfacción usuaria 2018

Se realiza el levantamiento de información del año 2018.

Tabla 1: Situación actual CESFAM PEDRO LEÓN GALLO 2018 (meta 2020 = 6.1)

Área a evaluar	Resultado Encuesta 2018	Mínimo a cumplir	Brecha 2018	Plazo Intervención	Responsable Asociados
Aspectos Generales	5.8	6.1	0.3	Mar 2019	Director
Estamento Administrativo	5.4	6.1	0.7	Mar 2019	Jefe SOME
Estamento Técnico-Paramédico	5.8	6.1	0.3	Mar 2019	Director
Personal Profesional	6.1	6.1	0	Mar 2019	Jefe de Programa
Evaluación General del Trato	5.8	6.1	0.3	Mar 2019	Director

Fuente: Elaboración propia

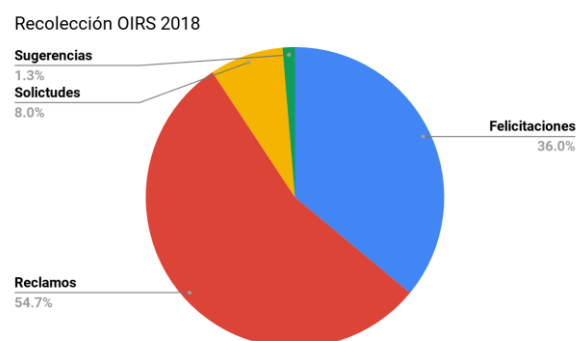
3.2.5.2 Solicitudes recolectadas OIRS

Resumen de un total de 75 solicitudes recolectadas durante el 2018 en la OIRS (01/01/18 al 31/12/18). Información transparentada a través de la OIRS del CESFAM Pedro León Gallo

Recolección OIRS 2018

Tabla 2: Recolección OIRS 2018

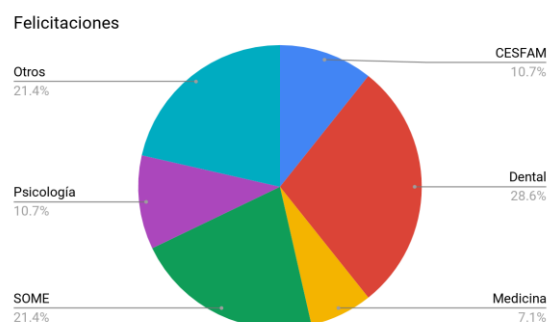
Solicitud	N°	Porcentaje
Felicitaciones	27	36%
Reclamos	41	57.7%
Solicitudes	6	8%
Sugerencias	1	1.3%



Fuente: OIRS Pedro León Gallo 2018

Tabla 3: Felicitaciones

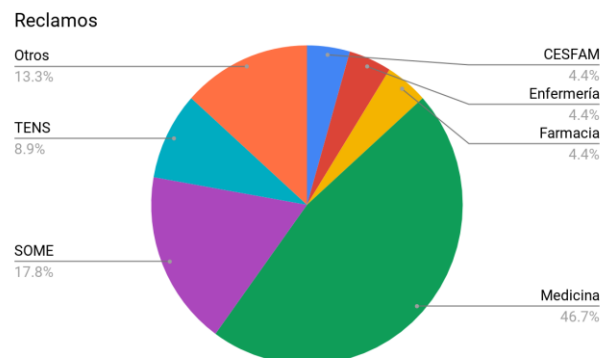
Área Felicitaciones	N°	Porcentaje
CESFAM	3	10.7%
Dental	9	28.6%
Psicología	3	10.7%
Medicina	2	7.1%
SOME	6	21.4%
Enfermería, Kinesiología, Nutrición, TENS, Toma de muestra, Vacunatorio	1 (6 total)	21.4%



Fuente: OIRS Pedro León Gallo 2018

Tabla 4: Reclamos OIRS 2018

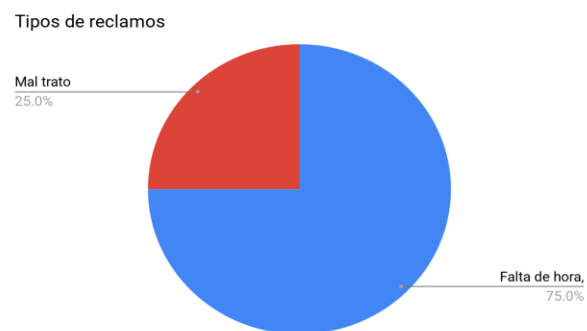
Reclamos	N°	Porcentaje
CESFAM	2	4.4%
Enfermería	2	4.4%
Farmacia	2	4.4%
Medicina	21	46.7%
SOME	8	17.8%
TENS	4	8.9%
Alimento, Aseo, Nutrición, Postrado, Psicología, Educadora	1 (6 total)	13.3%



Fuente: OIRS Pedro León Gallo 2018

Tabla 5: Tipos de reclamo, mayor porcentaje OIRS 2018

Tipo de reclamo	N°	Porcentaje
Falta de hora, inasistencia, reiterados cambios de hora	21	75%
Maltrato a usuarios	7	25%

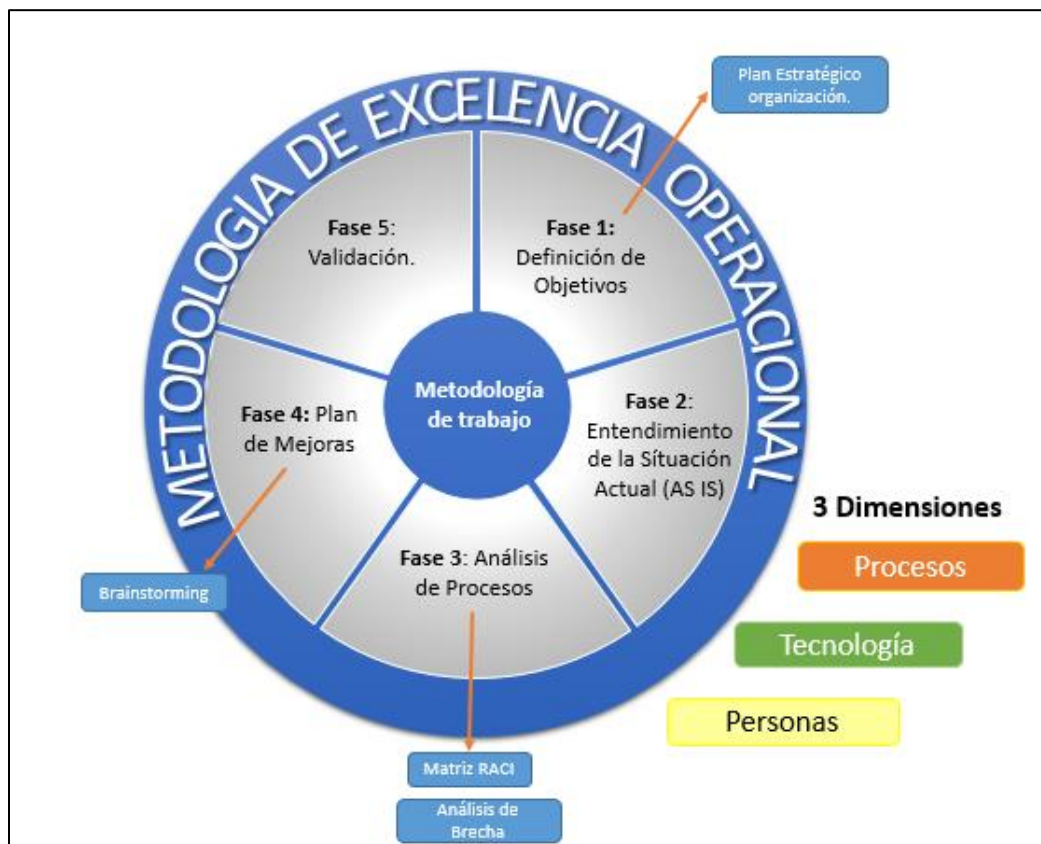


Fuente: OIRS Pedro León Gallo 2018

3.2.6 ETAPA 5: DESARROLLO

Para el desarrollo del presente trabajo, se considera la metodología descrita en la siguiente ilustración. Dicha metodología recoge puntos considerados importantes del marco teórico señalado y del material de clases del electivo Herramientas LEAN y de Excelencia Operacional del MBA de la UTFSM del profesor José Luis Andías Pantoja.

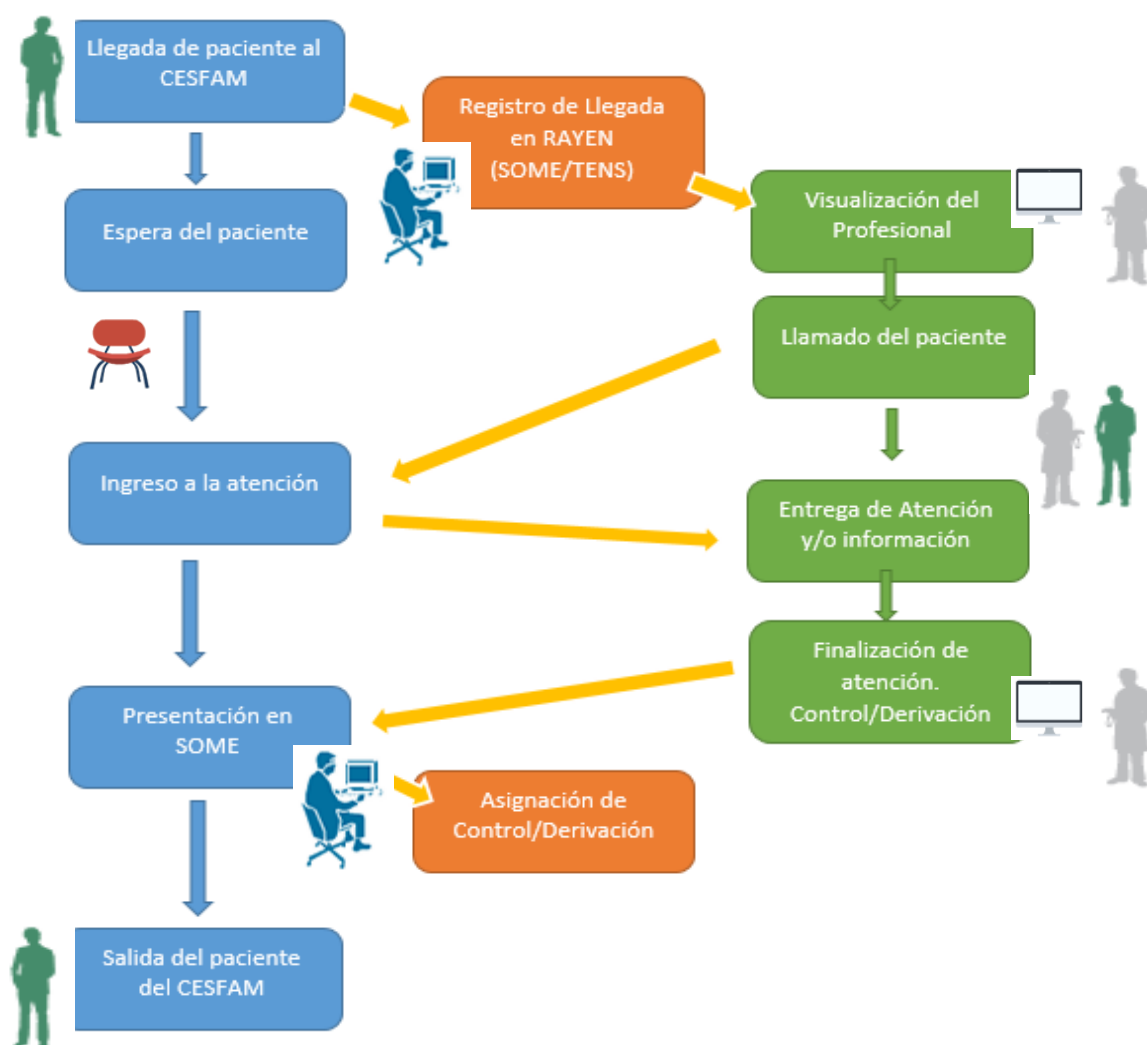
Ilustración 16. Metodología de Excelencia Operacional.



Fuente: Herramientas Lean y de Excelencia Operacional – José Luis Andías

3.2.6.1 Situación Actual (AS IS)

Ilustración 17. Flujograma de procesos de experiencia del usuario



Fuente: Propia en base a flujograma del CESFAM Pedro León Gallo

Tabla 6: Dimensión tecnología: soporte tecnológico de los procesos

Proceso	Manual (M) Sistema (S)	Sistema
Registro de Llegada al CESFAM	S	Rayen
Visualización de la Llegada	S	Rayen
Llamado del paciente	S	Sistema de audio
Entrega de Atención/Información	S/M	Rayen // CliniView
Finalización de la atención	S	Rayen
Asignación de control/derivación	S/M	Rayen

Fuente: Propia en base a flujograma CESFAM Pedro León Gallo

Ilustración 18. Imagen comprimida de RAYEN.

RAYEN

Admisión Citas Box Vacunatorio Herramientas Derivación Atención

Certificado de Atención Ingresar Atención Mensajes (0) Registrar Inasistencia Cerrar

Funcionario Prestado: Fecha de Citación:

Paciente de 28 años , pertenece al Sector ROJO y su nombre social es Yenny Vanessa Cardona Pescador Observación :95278845

Citas del Funcionario Prestador

Estado	Nombre Usuario	Nombre Social	T. Cupo	Hora Cita	Hora de Llegada	Razón de la Cita	Instrumento	Tipo de Atención
Completado	Yenny Vanessa Cardona Pescador		Normal	08:15	08:00	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Jeremy Alejandro Chiang Alvarado	Jeremy	Normal	08:40	08:09	Control	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Leonor Espinoza Peña	Leonor	Normal	09:05	08:42	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Sofia Veronica Galarza	Sofia	Normal	09:30	09:31	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Francy Morales Villanueva	Francy	Normal	09:55	09:31	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
No se Presentó	Renato Esteban Bravo Torres	Renato	Liberado por inasistencia	10:20	Sin Registrar	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Renato Esteban Bravo Torres	Renato	Normal	10:20	11:49	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
No se Presentó	Mateo Andres Collao Alvarez		Liberado por inasistencia	10:45	Sin Registrar	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Angiely Priscilla Maureira Villegas	Angiely	Normal	11:10	Sin Registrar	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Mahily Dominique Bolvaran Roco		Normal	11:35	11:05	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Jean Pierre Inchu Nogales		Normal	12:00	11:17	Consulta	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental
Completado	Julieta Esmeralda Leon Torres		Normal	12:20	11:08	Control	Odontólogo(a)	Consulta Operatoria Dental

Fuente: RAYEN

3.2.6.2 Dimensión Personas: Matriz RACI, Roles y Responsabilidades

Aplicación de Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo

A continuación, nomenclatura de los cargos con que participan en el proceso de satisfacción usuaria

Dir	Sub	JSec	JSO	EP	OIRS
Director	Subdirector	Jefe de Sector	Jefe de SOME	Encargado de Programa	Encargado de OIRS

Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo – Situación Actual

La matriz RACI se confeccionó asociando los procesos de experiencia del usuario a la encuesta que identifica la percepción del usuario en cuanto a la calidad y satisfacción del servicio entregado:

Tabla 7: Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo – Situación Actual

Aspectos Generales						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSO	EP	OIRS
1. La forma en que lo recibieron y saludaron cuando usted llegó a este centro de salud o cuando fue atendido.	A		R			
2. El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).	A		R			
3. La identificación (o piocha) que usan las personas que trabajan en este lugar para que usted los reconozca.			A			R
4. La limpieza de este consultorio (centro de salud).			A			
5. Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado/a hasta que fue atendido/a.	A				R	

Estamento Administrativo						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
6. La amabilidad y cortesía del personal del SOME (Administrativo) que lo/a atendió.	A			R		C
7. La rapidez con que fue atendido/a por personal del SOME.	A			R		C
8. El interés del personal del SOME para que Ud. comprendiera la información que le dieron	A			R		C
9. La disposición del personal del SOME para escuchar y comprender lo que usted les dijo.	A			R		C
10. La confianza que le generó el personal del SOME.	A			R		C
11. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del personal del SOME de este consultorio (centro de salud)?	A			R		C

Estamento Técnico - Paramédico						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
12. La amabilidad y cortesía del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) que lo/a atendió.	A		R		C	
13. El tiempo que el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) dedicó a atenderle	A		R		C	
14. Las respuestas del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.	A		R		C	
15. La disposición del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) para escuchar y comprender lo que usted le dijo.	A		R		C	
16. La confianza que le generó el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) que le atendió.	A		R		C	
17. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) de este centro de salud?	A		R		C	

Personal Profesional						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
18. El interés y la amabilidad del/la profesional que lo/a atendió	A		C		R	
19. La explicación que le dio el/la profesional sobre su problema de salud y tratamiento.	A		C		R	
20. La posibilidad que le brindó el/la profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.	A		C		R	
21. La disposición del/la profesional para escuchar y comprender lo que usted le dijo.	A		C		R	
22. La confianza que le generó el/la profesional que le atendió.	A		C		R	
23. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió del profesional de este consultorio (centro de salud)?	A		C		R	

General del Trato						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
P33.- Ahora considerando el trato recibido de parte de los administrativos del SOME, paramédicos y profesionales, ¿con qué nota calificaría su experiencia general con el trato recibido hoy en (../.)	A		C			R

Fuente: Propia, en base a datos obtenidos en el CESFAM Pedro León Gallo

3.2.6.3 Análisis de Brechas

Análisis de Brechas según resultado de la encuesta de satisfacción de CESFAM Pedro León Gallo. Dada la meta esperada a cumplir, se resaltan a continuación las brechas igual o mayor a 0.5 puntos, para identificar los focos de atención de búsqueda de oportunidades de mejoras:

Tabla 8: Resultado 2018 y Brechas

Área o Sector	Procesos	Resultado 2018	Resultado esperado o meta mínima	Brecha identificada	Dimensión de la Brecha (P) Procesos (T) Tecnología (H) Personas
Aspectos Generales	Recibimiento	5.6	6.1	0.5	H
	Vestuario	5.8	6.1	0.3	H
	Identificación	5.9	6.1	0.2	H
	Limpieza CESFAM	5.8	6.1	0.3	P
	Tiempo de espera	5.8	6.1	0.3	P
Estamento Administrativo	Recibimiento/ Amabilidad	5.5	6.1	0.6	H
	Rapidez	5.1	6.1	1.0	H
	Interés	5.3	6.1	0.7	H
	Disposición	5.5	6.1	0.6	H
	Confianza	5.5	6.1	0.6	H
	Trato General	5.5	6.1	0.6	H
Estamento Técnico - Paramédico	Recibimiento/ Amabilidad	5.6	6.1	0.5	H
	Dedicación	5.6	6.1	0.5	H
	Respuesta	5.6	6.1	0.5	H
	Disposición	5.9	6.1	0.2	H
	Confianza	5.9	6.1	0.2	H
	Trato General	5.9	6.1	0.2	H
Persona Profesional	Interés/ Amabilidad	6.1	6.1	0	H
	Explicación/Información	6.0	6.1	0.1	H
	Opinión	6.1	6.1	0	H
	Disposición	6.1	6.1	0	H
	Confianza	6.2	6.1	-1	H
	Trato General	6.1	6.1	0	H
General del Trato	Trato	5.8	6.1	0.3	H

Fuente: Resultados APS 2018 – Encuesta de satisfacción Usuaría

Al separar los componentes de la encuesta en las cuatro grandes áreas relacionadas con los servicios y aspectos del CESFAM podemos correlacionar al resultado de análisis de solicitudes 2018.

Tabla 9: Nota y % de Reclamos

Servicio	Nota	% Reclamos
Aspectos Generales	5.8	15.4
Estamento Administrativo	5.4	17.9
Estamento Técnico-Paramédico	5.8	8.9
Personal Profesional	6.1	53.4
Evaluación General del trato	5.8	4.4

Fuente: Resultados APS 2018 – Encuesta de satisfacción Usuaría, OIRS CESFAM Pedro León Gallo

De acuerdo a los resultados anteriores, para lograr mayor satisfacción usuaria, se debe focalizar la búsqueda de mejoras en los procesos asociados a estamentos administrativos y los realizados por personal profesional.

Estamento Administrativo:

Su principal déficit es la baja eficiencia

Personal Profesional:

Aunque en la encuesta no muestra brechas altas, es la unidad que tiene una mayor cantidad de reclamos.

3.2.6.4 Análisis de Procesos

Para realizar una priorización de las procesos que requieren mayor foco de mejora, se utilizó la metodología de análisis y priorización de procesos, utilizando una nota de 0 a 100 para rankear del proceso en los objetivos estratégicos más importantes y por otro lado se utilizó el mismo criterio para identificar el nivel de desempeño actual del proceso, entendiendo como tal a qué tan eficiente se encuentra el proceso actual para lograr una mayor satisfacción usuaria:

Tabla 10: Nivel de impactos de los procesos

ID	Procesos realizados por	Objetivos estrategicos mas importantes				
		Disminuir reclamos	Mejorar amabilidad y trato	Mejorar calidad de información	Mejorar higiene	Impacto Promedio
1	Profesionales	100	75	50	NA	62.5
2	Auxiliar Aseo	25	25	25	100	43.7
3	Técnico Paramédico	50	100	50	25	56.3
4	Estamento Administrativo	25	75	75	25	50

Tabla 11: Nivel de desempeño de los procesos

ID	Procesos realizados por	Objetivos estrategicos del cuadro de mando				
		Disminuir reclamos	Mejorar amabilidad y trato	Mejorar calidad de información	Mejorar higiene	Desempeño Promedio
1	Profesionales	20	40	50	NA	37
2	Auxiliar Aseo	75	75	50	25	56.3
3	Técnico Paramédico	25	25	50	100	50
4	Estamento Administrativo	25	25	25	25	25

Tabla 12: Nivel de criticidad de los procesos

	Procesos realizados por	Impacto Promedio /Desempeño Promedio
1	Profesionales	1,7
2	Auxiliar Aseo	0,77
3	Técnico Paramédico	1,13
4	Estamento Administrativo	2

Fuente: Tabla 10,11 y 12 Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior, los procesos a priorizar para la búsqueda de mejoras, serían los realizados por:

- 1.- Estamento Administrativo.
- 2.- Profesionales

3.2.6.5 Plan de Mejoras

De acuerdo al análisis de brechas, se presenta el siguiente plan de mejoras

3.2.6.5.1 Redefinición de Roles y Responsabilidades (Matriz RACI)

Según el levantamiento de roles y responsabilidades de la situación actual, se proponen las siguientes redefinición de roles y responsabilidades, con el objetivo de mejorar la satisfacción usuaria:

Esta redefinición se realizó con los encargados de cada área. Para redefinir los roles y responsabilidades, se utilizó el siguiente procedimiento:

Leyenda

	Nuevo Rol a considerar en el proceso
	Se mantiene el Rol asociado al proceso
	Movimiento inicial del ROL hacia el final

Tabla 13: Matriz RACI CESFAM Pedro León Gallo - Redefinida

Aspectos Generales						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
1. La forma en que lo recibieron y saludaron cuando usted llegó a este centro de salud o cuando fue atendido.	A		R			
2. El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).	A		R		C	
3. La identificación (o piocha) que usan las personas que trabajan en este lugar para que usted los reconozca.			A		C	R
4. La limpieza de este consultorio (centro de salud).	R		A			
5. Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado/a hasta que fue atendido/a.			A	C	R	

Estamento Técnico-Paramédico						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
12. La amabilidad y cortesía del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) que lo/a atendió.	A				R	C
13. El tiempo que el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) dedicó a atenderle	A				R	C
14. Las respuestas del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.	A				R	C
15. La disposición del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) para escuchar y comprender lo que usted le dijo.	A				R	C
16. La confianza que le generó el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) que le atendió.	A				R	C
17. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) de este centro de salud?	A				R	C

Estamento Administrativo						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
6. La amabilidad y cortesía del personal del SOME (Administrativo) que lo/a atendió.	A			R		C
7. La rapidez con que fue atendido/a por personal del SOME.	A			R		C
8. El interés del personal del SOME para que Ud. comprendiera la información que le dieron	A			R		C
9. La disposición del personal del SOME para escuchar y comprender lo que usted les dijo.	A			R		C
10. La confianza que le generó el personal del SOME.	A			R		C
11. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del personal del SOME de este consultorio (centro de salud)?	A			R		C

Personal Profesional						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
18. El interés y la amabilidad del/la profesional que lo/a atendió	A				R	C
19. La explicación que le dio el/la profesional sobre su problema de salud y tratamiento.	A				R	C
20. La posibilidad que le brindó el/la profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.	A				R	C
21. La disposición del/la profesional para escuchar y comprender lo que usted le dijo.	A				R	C
22. La confianza que le generó el/la profesional que le atendió.	A				R	C
23. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió del profesional de este consultorio (centro de salud)?	A				R	C

General del Trato						
Proceso	Dir	Sub	JSec	JSo	EP	OIRS
P33.- Ahora considerando el trato recibido de parte de los administrativos del SOME, paramédicos y profesionales, ¿con qué nota calificaría su experiencia general con el trato recibido hoy en (...)	A		C			R

Fuente: Propia, en base a datos obtenidos en el CESFAM Pedro León Gallo

3.2.6.5.2 Generación de ideas: BrainStorming

Se realizó una reunión de generación de ideas, en la cual se identificaron oportunidades de mejoras para lograr mayor Satisfacción Usaria.

Los participantes de esta reunión fueron los siguientes:

- Director CESFAM Pedro León Gallo
- Subdirectora
- Encargado de OIRS
- Encargado de Salud Familiar
- Jefe de S.O.M.E

Para la generación de ideas anteriores, existen las siguientes restricciones a considerar para identificar mejoras factibles de implementar:

- Dificultad en desvincular trabajadores
- Sin posibilidad de cuestionar licencias médicas reiterativas

Listado de ideas generadas:

- Rotación de personal de su área actual de trabajo según desempeño/reclamos
- Cambio de personal entre CESFAM (ambiente laboral, stress, calidad de vida, etc)
- Gratificación a personal con buen desempeño/felicitaciones
- Realizar reuniones con los encargados de areas, analizar datos y brechas y mostrar su nivel de impacto en la Satisfacción Usaria
- Realizar una encuesta anual interna en el mes de Junio de cada año, compatible con la usada por el Servicio de Salud
- Compartir información con la comunidad y el Comité de Gestion Usaria.
- Capacitar para mejorar habilidades blandas
- Mejorar sistema de selección de personal
- Encuestar en el instante digital

3.2.6.5.3 Análisis de Mejoras: Priorización

Criterios de priorización de mejoras:

1. Criterios para estimar el impacto de la mejora

De acuerdo al listado de ideas generadas y al análisis de brechas, se asociará un nivel de impacto y tiempo de implementación. Según el análisis de procesos realizado en el análisis de brechas anterior, se asociará un nivel de impacto alto de la mejora, a aquellas que impacten en los procesos más críticos que son los asociados a Profesionales y Estamentos Administrativos.

2. Criterios para estimar el nivel de esfuerzo de la mejora:

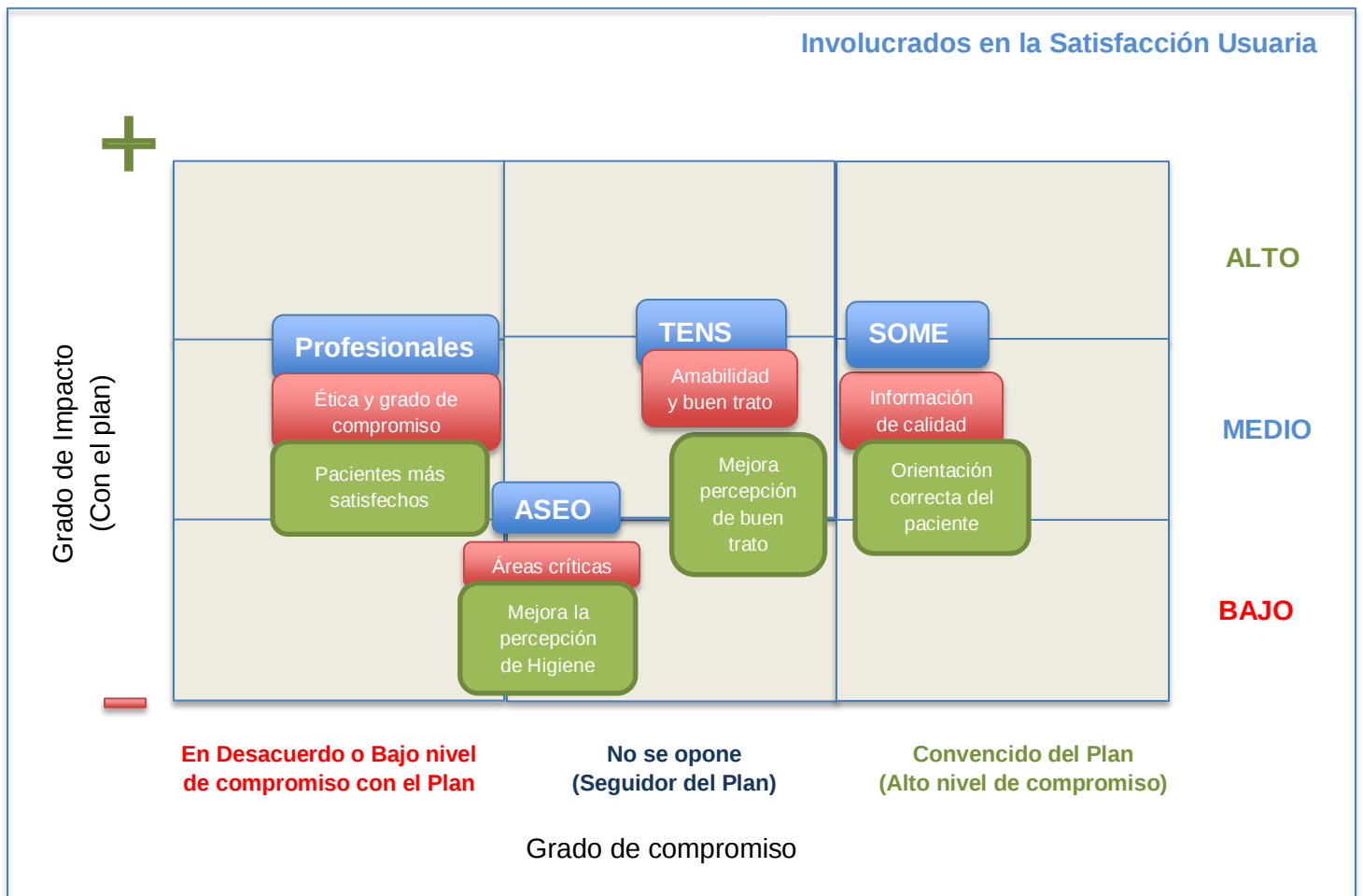
- Tiempo
 - Bajo: 0 a 6 meses.
 - Medio: mas de 6 meses hasta 1 año.
 - Alto: Más de un año.
- Inversión:
 - Baja: < \$500.000
 - Medio: \$500.000 – \$1.000.000:
 - Alta: >\$1.000.000:
- Adopción:
 - Baja: < 33% del personal
 - Medio: 34% - 66% del personal
 - Alta: > 67% personal

Grado de compromiso en adoptar la mejora :

Leyenda

	Área o estamento
	Problema a resolver
	Efecto al resolver el problema

Ilustración 18. Nivel de compromiso e impacto



Fuente: Elaboración propia

Priorización de mejoras:

Las mejoras se clasifican como **Quick Wins (QW)** y **Proyectos Estratégicos (P.E)**, siendo las primeras, aquellas mejoras de rápida implementación, porque no requieren de mayores recursos, se pueden implementar en un breve plazo y no hay resistencia a su implementación, en cambio los P.E, implican un mayor esfuerzo tanto de tiempo, como de recursos humanos y económicos, entendiendo que todas las mejoras que se van a proponer generan un impacto medio – alto.

En la presenta tabla, se señalan las mejoras propuestas, su nivel de impacto y el nivel de esfuerzo estimado:

Tabla 14: Mejoras propuestas, nivel de impacto y esfuerzo

Nº	Área o Sector	Propuestas de Mejora	Tiempo	Inversión	Adopción	Nivel de Esfuerzo	Impacto en la satisfacción usuaria	Quick Wins	Proyectos Estratégicos
			BAJO (B) - MEDIO (M) - ALTO (A)					Q.W	P.E
1	1 Aspectos Generales	Realizar rondas de auditoría y control de Higiene	B	B	B	B	B	X	
2	2 Aspectos Generales	Mejorar recibimiento	M	M	A	M	A		X
3	1 Estamento Administrativo	Información Correcta	M	B	B	B	A	X	
4	2 Estamento Administrativo	Administrar horas	B	B	B	B	A	X	
5	1 Estamento Paramédico	Amabilidad	A	B	M	A	M		X
6	1 Personal Profesional	Canales de comunicación	B	B	B	B	A	X	
7	2 Personal Profesional	Avisar con anticipación Ausentismo	B	B	B	B	A	X	
8	3 Personal Profesional	Aumento de dotación	M	A	M	A	A		X
9	4 Personal Profesional	Reemplazos	M	A	B	B	A		X
10	5 Personal Profesional	Recuperar horas	B	B	B	B	A	X	
11	1 General del Trato	Encuesta Interna	M	B	B	M	A		X
12	2 General del Trato	Selección de personal	M	B	A	M	A		X

Fuente: Elaboración Propia

Esfuerzo de adoptar la mejora (Gestión del Cambio): Análisis de adopción de las mejoras a implementar

Leyenda

Nº	Número asociado al orden de mejoras de la tabla anterior
	Aspectos Generales
	Estamento Administrativo
	Estamento Paramédico
	Personal Profesional
	General del Trato

Ilustración 19. Esfuerzo de adoptar la mejora



Fuente: Elaboración propia

3.2.6.5.4 Descripción de Mejoras

Tabla 15 - 27: Descripción de Mejoras (1 -12)

MEJORA:	1	Realizar rondas de auditoría y control de Higiene
Problema a resolver	Mejorar percepción de higiene	
Area	Aspectos Generales	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Establecer a un auxiliar de aseo como encargado por piso. - Después de cumplir con sus labores de aseo, realizar rondas constantes para asegurar que se conserve la limpieza. - En caso de ausencia de algun auxiliar, deben apoyar entre los presentes el aseo en el piso faltante. - Realizar reuniones cada 3 meses con el encargado de REAS (Residuos en Establecimientos de Atención en Salud) donde se comentaran apreciaciones y mejoras particulares.	

MEJORA:	2	Mejorar recibimiento
Problema a resolver	Mejorar la percepción de buen trato	
Area	Aspectos Generales	
Clasificación	PROYECTO ESTRATÉGICO (P.E.)	
Propuesta de Mejora:	- Realizar un curso cada 3 años en manejo de personas.	

MEJORA:	3	Información Correcta
Problema a resolver	Evitar errores de información entregado a pacientes	
Area	Estamento Administrativo	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Encargado de SOME en sus reuniones revisarán información y corregirán errores para evitar entregar datos equivocados a los pacientes. También se autoriza en caso de dudas llamar de forma inmediata al jefe de programa encargado para evitar errores.	

MEJORA:	4	Administrar horas
Problema a resolver	Falta de horas de atención	
Area	Estamento Administrativo	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Revisar constantemente en el sistema Rayen cupos disponibles de horas para pacientes que han perdido horas por ausencia de profesional. - Con autorización del jefe de programa rellenar cupos disponibles con pacientes que han perdido horas por ausencia de profesional.	

MEJORA:	5	Amabilidad
Problema a resolver	Mejorar la percepción de buen trato (Estamento con mas reclamo)	
Area	Estamento Paramédico	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Realizar un curso cada 3 años en manejo de personas.	

MEJORA:	6	Canales de comunicación
Problema a resolver	Acelerar la información en caso de ausencia laboral	
Area	Personal Profesional	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Continuar con el canal oficial informando ausencias, pero acelerar esta información a traves de llamadas telefónicas o uso de mensajes por telefono celular.	

MEJORA:	7	Avisar con anticipación ausentismo
Problema a resolver	El personal de SOME se entera de forma tardía la ausencia laboral de algun profesional	
Area	Personal Profesional	
Clasificación	QUICK WINS (QW)	
Propuesta de Mejora:	- Dependiendo de la situación, avisar al personal de SOME y/o director antes de las 8:00 am la ausencia laboral.	

MEJORA:	8	Aumento de dotación
Problema a resolver	Falta de personal en relación a la demanda (según datos OMS)	
Area	Personal Profesional	
Clasificación	PROYECTO ESTRATÉGICO (P.E.)	
Propuesta de Mejora:	- Jefes de programa a través de la programación y coordinación junto al encargado comunal informar si existe falta de personal según la población inscrita en el centro de salud, para solicitar nuevos contratos.	

MEJORA:	9	Reemplazos
Problema a resolver	Profesionales no son reemplazados en ausencias laborales extensas por licencia médicas o permisos sin goce de sueldo (igual o superior a 15 días)	
Area	Personal Profesional	
Clasificación	PROYECTO ESTRATÉGICO (P.E.)	
Propuesta de Mejora:	- Jefes de programa a través del encargado comunal informarán licencias o permisos igual o sobre los 15 días laborales. El encargado comunal debe tener un listado de profesionales para reemplazar estas ausencias.	

MEJORA:	10	Recuperar horas
Problema a resolver	Profesionales que tienen ausencias constantes pierden muchas horas de atención.	
Area	Personal Profesional	
Clasificación	QUICK WINS (Q.W.)	
Propuesta de Mejora:	- Bajar horas administrativas y cambiarlas a hora asistenciales.	

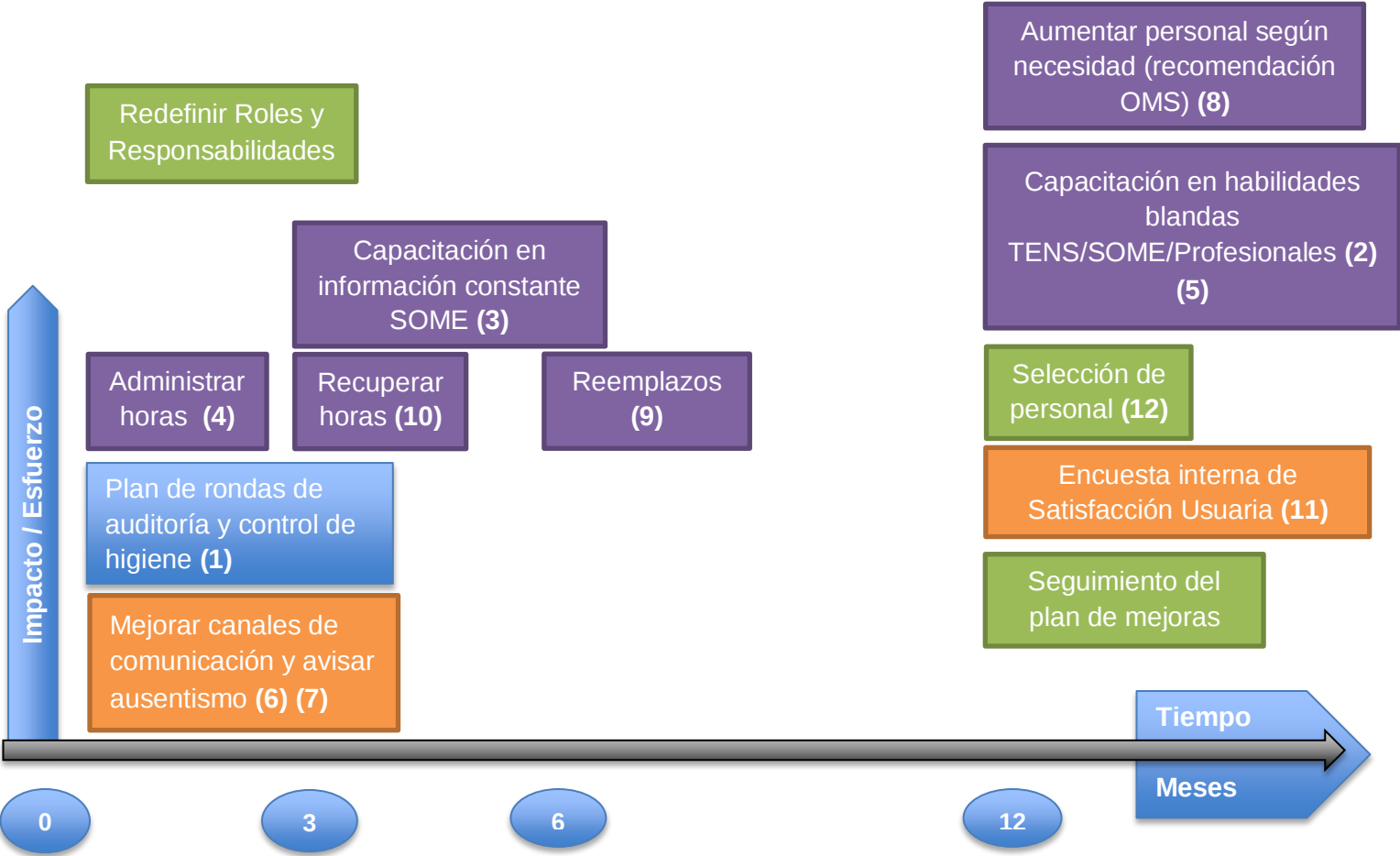
MEJORA:	11	Encuesta Interna
Problema a resolver	Actualmente no existe una evaluación interna compatible con la realizada por el Servicio de Salud.	
Area	General del trato	
Clasificación	PROYECTO ESTRATÉGICO (P.E.)	
Propuesta de Mejora:	- Realizar una encuesta anual (mes de Junio de preferencia) compatible con la realizada por el Servicio de Salud. De esta manera se puede obtener información anticipada de la percepción del usuario y comenzar el trabajo en áreas críticas.	

MEJORA:	12	Selección de personal
Problema a resolver	No existe un sistema de selección de personal estandarizado por parte de la Dirección de Administración de Salud Municipal (Copiapó)	
Area	General del trato	
Clasificación	PROYECTO ESTRATÉGICO (P.E.)	
Propuesta de Mejora:	- Se debe crear un proceso de selección para el contrato de personal de todo tipo de áreas, pasando filtros desde su experiencia y formación, entrevistas y test psicológicos. De esta manera elevamos los estándares de calidad en el personal trabajando en el centro de salud.	

Fuente: Elaboración propia (Mejora 1 – 12)

3.2.6.5.5 Roadmap de Plan de Mejoras

Ilustración 21. Roadmap de mejoras



Fuente: Elaboración propia

Leyenda

Nº	Número asociado al orden de mejoras de la tabla anterior
	Procesos
	Tecnologías
	Personas

3.2. 7 ETAPA 6: VALIDACIÓN

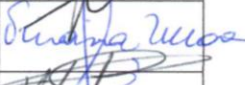
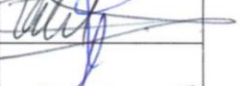
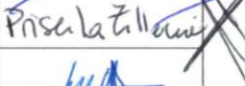
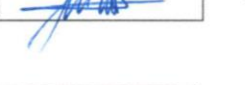
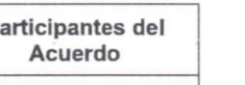
Las mejoras anteriores, se validaron con el director y a la vez su nivel de impacto en la satisfacción usuaria, con esto se demuestra o valida la hipótesis que al aplicar la metodología de excelencia operacional se obtiene un plan de mejoras que permite mejorar la satisfacción usuaria.

Minuta de Reunión Validación de Tesina: Leonardo Muñoz Arrau

Asunto: Validación del Plan de Mejoras para aumentar la satisfacción usuaria en el Centro de Salud Familiar Pedro León Gallo		
Fecha: 21/03/19	Hora desde: 14:30	Hora hasta: 16:30

Autor: Leonardo Muñoz Arrau **Lugar de reunión:** Salón Principal de Reuniones
CESFAM Pedro León Gallo

Participantes

Nombre	Cargo	Firma
Nino Cabib	Director CESFAM Pedro León Gallo	
Viviana Ulloa	Subdirector CESFAM Pedro León Gallo / Encargada de Calidad	
Germán Canihuante	Jefe SOME	
Daniela Rodríguez	Encargado de Salud Familiar	
Marcelo León	Jefe de Sector 1	
Priscila Tillería	Jefe de Sector 2	
Leonardo Muñoz	Encargado de OIRS	

Asuntos Tratados

Tema	Acuerdos alcanzados/Temas discutidos	Participantes del Acuerdo
Mejora del resultado de encuesta	Realizar encuesta interna	Director / OIRS
Análisis de reclamos	Informar al Director y encargados de programas de áreas críticas	Director / OIRS / Jefes de sector
Informar y participación de la comunidad	Utilización de la reuniones con la comunidad para informar y gestionar acuerdos a sus necesidades	Director / OIRS / Salud Familiar
Responsabilidad de encargados	Mejorar areas críticas reclamadas a traves de los encargados de programas	Jefes de Sector 1 y 2
Aumentar dotación (Reemplazos, honorarios y contrata)	Según necesidades de la comunidad y la Organización Mundial de la Salud	Director / Subdirector / OIRS
Programación de capacitacion	Necesidad de solicitar capacitacion en habilidades blandas para el manejo con usuarios	Director / Subdirector

Compromisos

Actividad	Responsable	Fecha de ejecución
Análisis de reclamos	Director / OIRS	Mayo 2019
Análisis de encuesta	Director / OIRS	Mayo 2019
Participación con la comunidad	Director / OIRS / Salud Familiar	Mayo 2019
Análisis de áreas críticas	Director / OIRS / Jefes de Sector	Mayo 2019
Solicitud de aumento de dotación	Director / Subdirector / OIRS	Agosto 2019
Programación de capacitación	Director / Subdirector /	Agosto 2019



Dr. Nino Cabib Martinez
DIRECTOR
Cesfam Pedro León Gallo

3.2. 8 ETAPA 7: APOORTE AL CONOCIMIENTO

Se compara el porcentaje de solicitudes desde Enero 2019 a Mayo 2019 con las realizadas el 2018.

Podemos apreciar que existe un aumento significativo de las felicitaciones en comparación con los reclamos. También un aumento en 5 meses del total de solicitudes en general, tendencia que debería cerrar el 2019 con un estimado total de 137, un aumento del 83%.

Total:

2018: 75

01 al 05/2019: 57

Tabla 28: Comparación de solicitudes 2018-2019

Tipo de Solicitud	N° 2018	N° 01 al 05/2019	Porcentaje 2018	Porcentaje 01 al 05/2019
Felicitaciones	27	32	36%	56%
Reclamos	41	22	57.7%	39%
Solicitud	6	2	8%	3%
Sugerencia	1	1	1.3%	2%

Fuente: OIRS Pedro León Gallo 2019

Razones:

- Mejora la percepción del usuario respecto al servicio entregado
- Uso de canales electrónicos para dejar sus solicitudes (difusión realiza a la comunidad por el encargado de OIRS durante el 2018)
- Mejora en la atención y más involucramiento del personal en la satisfacción usuaria.
- Mejora cuantitativa en la encuesta realizada el 2019, en la cual no se aprecian brechas.

Tabla 29: Comparación de Resultados 2018 – 2019

Área o Sector	Procesos	2018	Meta	Brecha 2018	05 / 2019	Brecha 2019
Aspectos Generales	Recibimiento	5.6	6.1	0.5	6.7	- 0.6
	Vestuario	5.8	6.1	0.3	6.8	- 0.7
	Identificación	5.9	6.1	0.2	6.7	- 0.7
	Limpieza CESFAM	5.8	6.1	0.3	6.2	- 0.1
	Tiempo de espera	5.8	6.1	0.3	6.4	- 0.3
Estamento Administrativo	Recibimiento/ Amabilidad	5.5	6.1	0.6	6.6	- 0.5
	Rapidez	5.1	6.1	1.0	6.6	- 0.5
	Interés	5.3	6.1	0.7	6.8	- 0.7
	Disposición	5.5	6.1	0.6	6.5	- 0.4
	Confianza	5.5	6.1	0.6	6.7	- 0.6
	Trato General	5.5	6.1	0.6	6.6	- 0.5
Estamento Técnico - Paramédico	Recibimiento/ Amabilidad	5.6	6.1	0.5	6.9	- 0.8
	Dedicación	5.6	6.1	0.5	6.7	- 0.6
	Respuesta	5.6	6.1	0.5	6.7	- 0.6
	Disposición	5.9	6.1	0.2	6.8	- 0.7
	Confianza	5.9	6.1	0.2	6.8	- 0.7
	Trato General	5.9	6.1	0.2	6.8	- 0.7
Persona Profesional	Interés/ Amabilidad	6.1	6.1	0	6.7	- 0.6
	Explicación/Información	6.0	6.1	0.1	6.7	- 0.6
	Opinión	6.1	6.1	0	6.7	- 0.6
	Disposición	6.1	6.1	0	6.7	- 0.6
	Confianza	6.2	6.1	-1	6.6	- 0.5
	Trato General	6.1	6.1	0	6.7	- 0.6
General del Trato	Trato	5.8	6.1	0.3	6.6	- 0.5

Fuente: Resultados 2019 – Encuesta de satisfacción Usuaría interna

4. CONCLUSIONES

1.- Se obtuvieron un conjunto de mejoras de rápida implementación al aplicar la metodología de excelencia operacional.

2.- De acuerdo a la priorización de las mejoras considerando como una de las dimensiones la resistencia al cambio, se identifica que los profesionales son los menos comprometidos a generar cambios, con lo cual se propone comenzar el trabajo de cambio cultural y de excelencia operacional con el estamento administrativo.

3.- Como proyectos estratégicos se lograron los siguientes:

Realizar un curso cada 3 años en manejo de personas (Con priorización en el estamento tecnico-paramédico).

Generar contrataciones según recomendación de la OMS para no tener falta de personal según la población inscrita.

Tener un listado de profesionales para hacer reemplazos para ausencias laborales por licencias o sin goce de sueldo por periodos igual o mayor a 15 días.

Crear una encuesta compatible a la aplicada por el Servicio de Salud para así obtener datos con anticipación y trabajar en las áreas críticas.

Crear un proceso de selección para el contrato de personal de todo tipo de áreas.

4.- La redefinición de roles permite obtener un mejor control de áreas críticas, mejora la comunicación y se pueden establecer mejoras de manera más eficiente. Resultados plasmados en la encuesta interna 2019.

5.- Cabe señalar que este plan de satisfacción usuaria entrega una guía metódica aplicable a cada centro de salud de atención primaria, adaptable a sus necesidades específicas.

5. BIBLIOGRAFÍA

Desarrollo de un programa de Excelencia Operacional para la Subdirección de Operaciones de la Dirección de transferencia y desarrollo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Carolina Torres, 2018

Tabla de resultados APS, 2018

Reglamento Interno de Formulario de Solicitudes Ciudadanas – CESFAM Pedro León Gallo, 2017

5.1 WEBGRAFÍA

<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3982/TTRASO%20510.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

<http://oirs.minsal.cl/atencionusuario.aspx>

<http://www.productividadchile.cl/wp-content/uploads/2016/04/Cap%C3%ADtulo-6.-Excelencia-Operacional.pdf>

<http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Objetivos+Sanitarios+de+la+d%C3%A9cada+2011-2020.pdf>

<http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/342/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://www.ssbiobio.cl/satisfaccionusuaria.html>

<http://www.sscoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/calidad/INFORME%20DE%20ENCUESTA%20Y%20PLAN%20DE%20MEJORA%20SATISFACCION%20USUARIA%20CESFAM%20DR%20SA.pdf>

<http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-2648.html>

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282004000200013

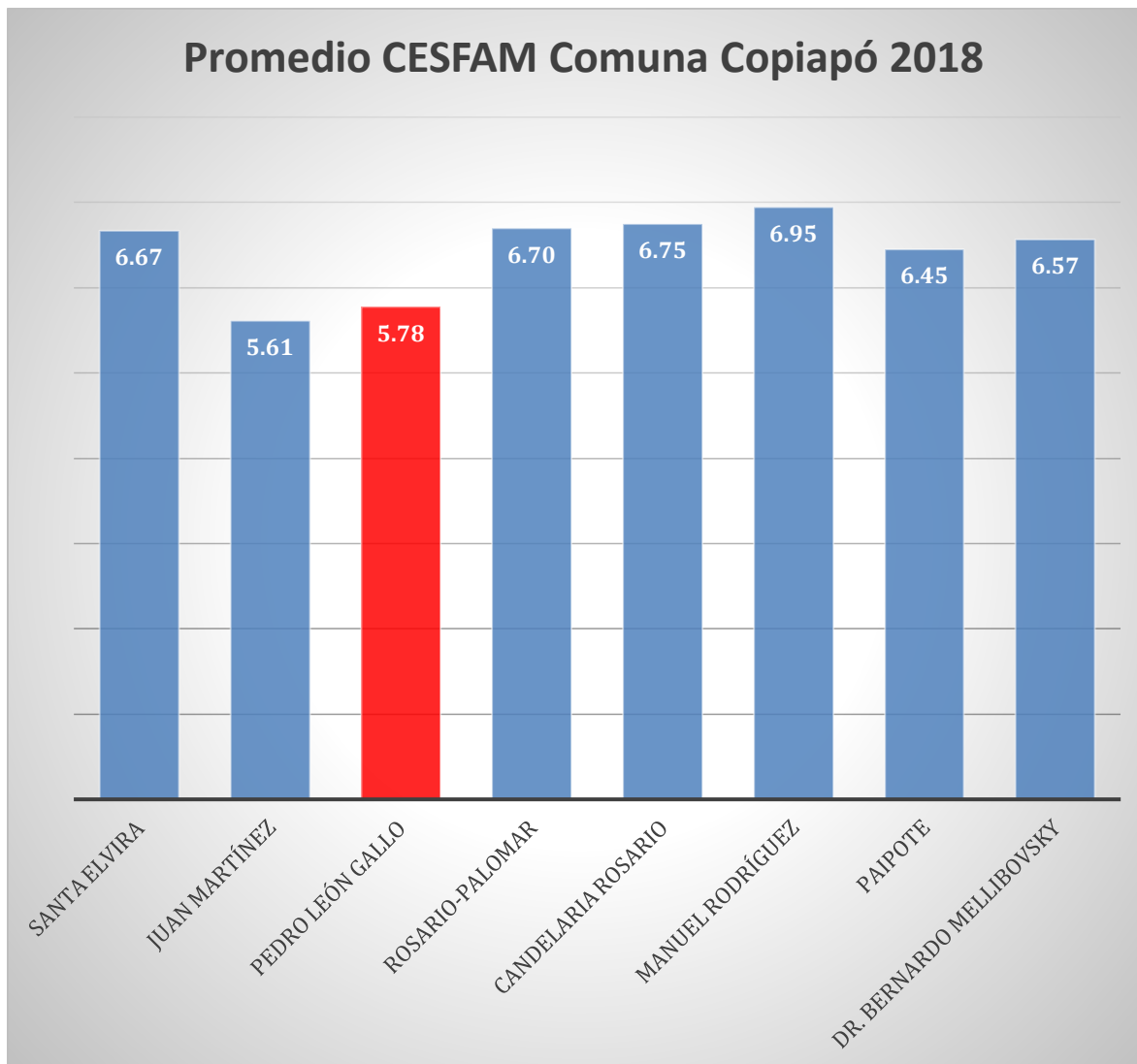
<https://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-Buen-Trato-2.pdf>

https://es.wikipedia.org/wiki/Lluvia_de_ideas

6. ANEXOS

Anexo 1. Resultado Comuna de Copiapó 2018



Anexo 2. Reunión Médicos

ACTA REUNION ESTAMENTO MEDICO 24/01/2019

Asistente:

- Dr. Riveros
- Dr. Saavedra
- Dr. Herrera

- 1) Se da inicio a exposición por odontólogo Dr. Leonardo Muñoz sobre OIRS en donde se revisan los siguientes puntos.

- Al momento de que un paciente no sea visto por la ausencia de un profesional Médico Este debe ser **re-agendado** con un médico **distinto** al de la hora original.

- Es importante que SOME al momento de informar la ausencia **diga específicamente el motivo**: ej. Se cambia la hora por curso programado, enfermedad, etc y no que el Médico no lo va atender o que no vino.

- **Agregar un canal de información inmediato** que más le acomode al profesional con SOME o TENS para informar una ausencia, sin dejar de usar el correo como medio oficial para informar al Director del CESFAM. De esta manera se puede avisar con más anticipación al paciente y evitar el registro y espera de la atención que no sucederá.

- Mejorar **tasa de ausencia** (ligado a varios motivos mencionados en la reunión)

- Informar nuevamente la **falta de tres médicos horario completo** a la Dirección del Establecimiento para poder suplir la falta de hora que los pacientes hacen ver a través de reclamos en la OIRS.

(1 médico cada 3500 personas)

- 2) Como estamento medico reiteramos nuestro compromiso con mejorar la atención de los paciente, pero recalamos la necesidad de establecer reuniones periódicas con la dirección de este CESFAM para coordinar diversos temas que atañan los pacientes en general

Dr. Felipe Herrera Cortés
Médico Cirujano
RUN: 17.276.316-2

Dr. Esteban M. Saavedra T.
RUC: 18.249.722-7
Médico

CHRISTOPHER RIVEROS C.
MÉDICO CIRUJANO
18.124.472-0

Anexo 3. Reunión REAS

Acta Reunión REAS 29 de marzo 2019

Se realiza reunión en el Box 74, a las 15:30 horas donde asisten:

- Elizabeth
- Carlos Barraza
- Javier
- Ninfa Ahumada
- Carmen Silva
- Leonardo Muñoz – OIRS
- Soledad Muñoz – Encargada REAS

Temas a tratar:

1. Encuesta de satisfacción – ítem aseo
2. Calendarización aseo sala REAS y retiro de contenedor asimilable a domiciliarios
3. Entrega de guantes y mascarillas
4. Otros

Se abre la reunión presentando al encargado de OIRS, quien expondrá sobre las encuestas de satisfacción usuaria y la encuesta interna que se hizo en el transcurso del año 2018.

Sobre el tema, se les explica a los auxiliares asistentes que se da la nota recibida el año anterior, hay que tomar medidas sobre el aseo en los puntos críticos para mejorar las calificaciones en el 2019.

Auxiliares indican que les gustaría que fuera más específica la encuesta por piso para ver realmente cuáles son los sitios en los que hay problemas. Pero ellos exponen que no hay colaboración por parte de funcionarios y menos de los pacientes, por lo que exponen varias situaciones desagradables para ellos también y solicitan exponer su punto en las reuniones ampliadas.

Sra Ninfa y Don Javier indican tener problemas en la sala del primer piso donde guardan sus cosas, implementos de aseo y sala que se dispuso para hacer arrastre mecánico de instrumental previo a llevarlo a esterilización, indicando que queda muy sucio cada vez que las TENS lo usan y que temen de la contaminación cruzada que se pueda generar.

Luego de buscar varias opciones, indican que hay un baño que está en la salida hacia la ambulancia que figura con el nombre de Sala de Guardias, que no tiene ningún uso relevante y que creen que podrían trasladarse ahí para dejar los casilleros, las mopas y sus instrumentos de trabajo. Quedamos en exponer esta solución a Don Nino.

Se plantea hacer un calendario para aseo de sala REAS, donde el aseo profundo se hará 1 a 2 veces al mes por Don Carlos, Ninfa y Carmen. Y el resto del mes, al menos 1 vez a la semana se turnarán con Don Javier y la Sra. Ely.

Debido a los problemas con el contenedor de residuos asimilables a domiciliarios, se tomó el acuerdo de dejar a cargo al auxiliar a cargo del zócalo, quién puede solicitar ayuda a cualquier de sus compañeros para sacarlo y para entrarlo-, pero queda dentro de las labores de este auxiliar.

Respecto la entrega de guantes y mascarillas, indico y reitero que se los deben solicitar al encargado de REAS, a Viviana Flores quien está en el box 74 o a Bárbara Cataldo en caso de que no estén ninguna de las dos primeras, quién tiene acceso al box. Se les prohíbe solicitar guantes en otra parte.

Dentro de los otros puntos tratados:

- Solicitan que se les asigne un color que los diferencie del resto de los funcionarios de salud y que les entreguen un uniforme del color designado, ojalá como traje clínico para tener bolsillos y poder guardar llaves y demás objetos.
- Solicitan más elementos para hacer aseo, como difusores, esponja y más botellas de cloro por piso.
- En el primer piso, indican que al hacer la limpieza en donde se encuentra el monumento, deben soportar malos olores (debido a la acumulación de fecas de palomas), lo que les dificulta la limpieza de la zona y ellos quedan impregnados en ese olor.
- Se recuerda la IMPORTANCIA del uso de zapatos de seguridad en la sala REAS, y con el manejo de corto-punzante.

Anexo 4. Encuesta 2019

Estimado paciente:

En busca de mejorar continuamente nuestra atención lo invitamos a contestar la siguiente encuesta anónima.

Marque con una X cada pregunta, con nota de 1 a 7 según su apreciación (1 como la mas baja y 7 como la mas alta) y escribir el área visitada (ej. SOME, OIRS, Vacunatorio, Medico, Dental, etc)

Aspectos Generales	Nota						
	1	2	3	4	5	6	7
1. La forma en que lo recibieron y saludaron cuando usted llegó a este centro de salud o cuando fue atendido.							
2. El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).							
3. La identificación (o picha) que usan las personas que trabajan en este lugar para que usted los reconozca.							
4. La limpieza de este consultorio (centro de salud).							
5. Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado/a hasta que fue atendido/a.							
P33.- Ahora considerando el trato recibido de parte de los administrativos del SOME, paramédicos y profesionales, ¿con qué nota calificaría su experiencia general con el trato recibido hoy?							

Estamento Administrativo Área visitada:	Nota						
	1	2	3	4	5	6	7
6. La amabilidad y cortesía del personal del SOME (Administrativo) que lo/a atendió.							
7. La rapidez con que fue atendido/a por personal del SOME.							
8. El interés del personal del SOME para que Ud. comprendiera la información que le dieron							
9. La disposición del personal del SOME para escuchar y comprender lo que usted les dijo.							
10. La confianza que le generó el personal del SOME.							
11. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del personal del SOME de este consultorio (centro de salud)?							

Estamento Técnico-Paramédico Área visitada:	Nota						
	1	2	3	4	5	6	7
12. La amabilidad y cortesía del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) que lo/a atendió.							
13. El tiempo que el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) dedicó a atenderle							
14. Las respuestas del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.							
15. La disposición del auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) para escuchar y comprender lo que usted le dijo.							
16. La confianza que le generó el auxiliar de enfermería (técnico-paramédico) que le atendió.							
17. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió hoy por parte del/los auxiliares de enfermería (técnico-paramédico) de este centro de salud?							

Personal Profesional Área visitada:	Nota						
	1	2	3	4	5	6	7
18. El interés y la amabilidad del/la profesional que lo/a atendió							
19. La explicación que le dio el/la profesional sobre su problema de salud y tratamiento.							
20. La posibilidad que le brindó el/la profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.							
21. La disposición del/la profesional para escuchar y comprender lo que usted le dijo.							
22. La confianza que le generó el/la profesional que le atendió.							
23. Considerando todo lo anterior y en términos generales ¿con qué nota calificaría usted el trato que recibió del profesional de este consultorio (centro de salud)?							

Anexo 5. Formado de Minuta

Minuta de Reunión Validación de Tesina: Leonardo Muñoz Arrau

Asunto: Validación del Plan de Mejoras para aumentar la satisfacción usuaria en el Centro de Salud Familiar Pedro León Gallo		
Fecha: 21/03/19	Hora desde: 14:30	Hora hasta: 16:30

Autor: Leonardo Muñoz Arrau **Lugar de reunión:** Salón Principal de Reuniones
CESFAM Pedro León Gallo

Participantes

Nombre	Cargo	Firma
Nino Cabib	Director CESFAM Pedro León Gallo	
Viviana Ulloa	Subdirector CESFAM Pedro León Gallo / Encargada de Calidad	
Germán Canihuante	Jefe SOME	
Daniela Rodríguez	Encargado de Salud Familiar	
Marcelo León	Jefe de Sector 1	
Priscila Tillería	Jefe de Sector 2	
Leonardo Muñoz	Encargado de OIRS	

Asuntos Tratados

Tema	Acuerdos alcanzados/Temas discutidos	Participantes del Acuerdo
Mejora del resultado de encuesta	Realizar encuesta interna	Director / OIRS
Análisis de reclamos	Informar al Director y encargados de programas de áreas críticas	Director / OIRS / Jefes de sector
Informar y participación de la comunidad	Utilización de la reuniones con la comunidad para informar y gestionar acuerdos a sus necesidades	Director / OIRS / Salud Familiar
Responsabilidad de encargados	Mejorar áreas críticas reclamadas a través de los encargados de programas	Jefes de Sector 1 y 2
Aumentar dotación (Reemplazos, honorarios y contrata)	Según necesidades de la comunidad y la Organización Mundial de la Salud	Director / Subdirector / OIRS
Programación de capacitación	Necesidad de solicitar capacitación en habilidades blandas para el manejo con usuarios	Director / Subdirector

Compromisos

Actividad	Responsable	Fecha de ejecución
Análisis de reclamos	Director / OIRS	Mayo 2019
Análisis de encuesta	Director / OIRS	Mayo 2019
Participación con la comunidad	Director / OIRS / Salud Familiar	Mayo 2019
Análisis de áreas críticas	Director / OIRS / Jefes de Sector	Mayo 2019
Solicitud de aumento de dotación	Director / Subdirector / OIRS	Agosto 2019
Programación de capacitación	Director / Subdirector /	Agosto 2019

Anexo 6. Información a la comunidad 23/05/19

