



PERÚ

Ministerio
de Salud

INO INSTITUTO
NACIONAL
DE OFTALMOLOGÍA

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



EVALUACIÓN DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD AL 31 DE DICIEMBRE 2009

LIMA - PERU



ESQUEMA DEL INFORME SITUACIONAL
(De Enero al 31 de Diciembre 2009.)

Presentación
Resumen Ejecutivo

- 1. Marco Conceptual**
 - 1.1. **Características Generales**
 - 1.2. **Criterios de formulación**
 - 1.3. **Objetivos y Estrategias**
 - 1.4. **Actividades Programadas**

- 2. Fase de Implementación**
 - 2.1. **Socialización**
 - 2.2. **Actividades desarrolladas**
 - 2.3. **Supervisión y monitoreo**

- 3. Evaluación de Resultados**
 - 3.1. **Porcentaje de Actividades Ejecutadas**
 - 3.2. **Descripción del Cumplimiento de indicadores previstos**
 - 3.3. **Logro de Objetivos propuestos**

- 4. Dificultades afrontadas**

- 5. Conclusiones y recomendaciones**



PRESENTACIÓN

Para dar inicio al desarrollo de las actividades del presente año, formulamos el Plan de Gestión de la Calidad del Instituto, el mismo que se encuentra dentro de los alcances de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, y fue propuesto a la Dirección General del Instituto Nacional de Oftalmología con copia a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico para su inclusión en el Plan Operativo Institucional 2009 y su posterior aprobación.

Se estableció en dicho documento los objetivos con las respectivas actividades y metas a desarrollar, con el único propósito de promover y fortalecer en forma permanente la calidad de servicio asistencial y administrativo que venimos brindando a nuestros usuarios.

Uno de los objetivos que nos fijamos fue el de fortalecer la calidad de servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para ayudar a mejorar el estilo de vida que llevan, en ese sentido realizamos diversas acciones con la finalidad de promover, sin embargo es necesario incidir en el tema toda vez que se trata de un proceso permanente.

Durante el presente año cada una de las actividades se ejecutaron gracias a la participación activa de la mayoría de los trabajadores, reconocemos que solos como oficina no podríamos revertir las debilidades institucionales, por lo que es fundamental el compromiso de todos si queremos mejorar integralmente nuestros servicios.

Finalmente, a continuación se muestra los resultados obtenidos, los avances en otros casos y algunas dificultades que hemos encontrado, y recomendaciones que deberán ser considerados en el periodo 2010.

Oficina de Gestión de la Calidad



RESUMEN EJECUTIVO

El Plan de Gestión de la Calidad prevista para el periodo 2009, se ejecutó en forma progresiva en base a nuestra programación, tuvimos algunas dificultades sin embargo estas las consideramos como oportunidad de mejora, por lo que incidimos en nuestra tarea y revertimos a favor del fortalecimiento de la calidad de servicio que venimos brindando a nuestros usuarios.

Entre las actividades que se desarrollaron fueron:

- a) Informar los resultados de la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios y proponer recomendaciones.
- b) Informar los resultados de la encuesta de clima organizacional y proponer recomendaciones.
- c) Implementar procedimientos para mejorar la calidad de atención
- d) Elaborar proyectos de mejora continua de la calidad.

En relación a la actividad a), debo manifestar que la encuesta se llevó a cabo dentro de la programación establecida, procedimos al registro, procesamiento, análisis e interpretación de la información y posteriormente emitimos el informe con las recomendaciones descritas para cada una de las instancias y finalmente, esta información fue puesta en conocimiento del Equipo de Gestión Institucional a través de una charla informativa para la toma de decisión más conveniente.

El mismo procedimiento del párrafo anterior se desarrolló para cumplir con la actividad b), hecho que culminó con la socialización de las recomendaciones.

En este contexto, en relación a la meta descrita en el literal a) y b), podemos manifestar que esta se cumplió en un 100% respectivamente.

Entre otras acciones fue la de formular un plan de trabajo para desarrollar los procedimientos relacionados a la mejora de la atención y realizar eventos relacionados a la Mejora Continua de la Calidad de Atención el mismo que fue previa coordinación con el Área de Capacitación del INO, culminando con el desarrollo de dos eventos denominados “Herramientas de Calidad y Acreditación de Establecimientos de Salud”.

Los literales c) y d) también se cumplieron en un 100%, primero con Resolución Directoral N° 012-2009-INO-D, se aprueba la Directiva Administrativa N° 001, “Mecanismos de Gestión de Quejas y Sugerencias de los Usuarios Externos para la Mejora de la Calidad de Atención en el Instituto Nacional de Oftalmología” y segundo la formulación del Flujo de Ingreso de usuarios Externos e Internos con la fase de implementación que significa todo un proceso permanente y progresivo.



1. MARCO CONCEPTUAL

a. CARACTERÍSTICAS GENERALES

La Oficina de Gestión de la Calidad, depende jerárquicamente de la Dirección General, entre las funciones principales tiene:

- Proponer la incorporación del enfoque de la calidad en el Plan Estratégico, Plan Operativo Institucional y planes de trabajo.
- Proponer indicadores de calidad y el desarrollo de actividades para la mejora continua en coordinación con la Oficina de Planeamiento Estratégico.
- Implementar las normas, estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.
- Asesorar a la Oficina de Personal para la capacitación y sensibilización del personal en los conceptos y herramientas de la calidad.
- Asesorar y apoyar en el desarrollo de los procesos autoevaluación, acreditación y auditoría clínica, según las normas que establezca el Ministerio de Salud.
- Efectuar el monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad en los diferentes Departamentos del Instituto Especializado de Oftalmología e informar y difundir los resultados al Ministerio de Salud y niveles que correspondan.
- Promover la ejecución de estudios de investigación en calidad de servicios de salud.
- Desarrollar y evaluar mecanismos de escucha al usuario para la mejora de la calidad y la participación ciudadana en salud.

b. CRITERIOS DE FORMULACIÓN

Los criterios que se asumieron para la formulación del Plan de Gestión de la Calidad son:

- Que la información registrada como resultado de la encuesta de percepción de usuarios internos y externos, permita implementar estrategias de intervención con el propósito de mejorar y fortalecer la calidad de servicio institucional.
- Contribuir en la mejora del Clima laboral existente, promoviendo la integración e identificación institucional.
- Promover eventos de motivación y sensibilización.
- Canalizar los reclamos y quejas de los usuarios externos previa evaluación para su posterior implementación de mejoras.
- Mejorar la prestación de servicio oftalmológico para satisfacer a los usuarios externos.



c. OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS

OBJETIVO GENERAL DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD

1. Fortalecer la calidad del servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para mejorar su estilo de vida.
2. Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejorar el sistema de atención existente.
3. Formular Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para proponer innovaciones en la atención al Usuario Externo e Interno.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PLAN DE GESTION DE LA CALIDAD

1. Brindar un servicio eficiente a los usuarios externos para satisfacer sus expectativas.
2. Formular procedimientos que ayuden al usuario interno a mejorar el sistema de atención.
3. Implementar las encuestas de Clima Organizacional y de Medición de Calidad desde la Percepción de los Pacientes Ambulatorios para identificar y proponer recomendaciones de mejora.
4. Formular y proponer a la Dirección General los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para su aprobación e implementación.

d. ACTIVIDADES PROGRAMADAS



INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ 1
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS AÑO 2009

MISION: El Instituto Nacional de Oftalmología debe lograr el liderazgo a nivel nacional e internacional en el desarrollo de la investigación científica e innovación de la metodología, tecnología y normas para su difusión y aprendizaje por los profesionales y técnicos del Sector Salud, así como en la asistencia altamente especializada a los pacientes que la requieran e incrementar y sistematizar la interrelación científica internacional en el campo de la oftalmología.

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR		LINEA BASE	VALOR ESPERADO	CRONOGRAMA DE EJECUCION				FUENTE
		DENOMINACION	FORMA DE CÁLCULO			AL I TRIM	AL II TRIM	AL III TRIM	AL IV TRIM	
Fortalecer la calidad del servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para mejorar su estilo de vida.	Brindar un servicio eficiente a los usuarios externos para satisfacer sus expectativas.	% de usuarios externos satisfechos con la atención brindada	Nº de usuarios satisfechos con la atención recibida / total de pacientes encuestados x 100.	60%	69%		60%		69%	Informe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejorar el sistema de atención existente.	Formular procedimientos que ayuden al usuario interno a mejorar el sistema de atención.	Procedimientos implementados	Número de procedimientos implementados	2	3		1		3	Informe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Formular Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para proponer innovaciones en la atención al Usuario Externo e Interno.	Implementar las encuestas de Clima Organizacional y de Medición de Calidad desde la Percepción de los Pacientes Ambulatorios para identificar y proponer recomendaciones de mejora.	% de Recomendaciones implementadas	Nº de Recomendaciones Implementadas / Total de Recomendaciones informadas x100	0%	72%		40%		72%	Informe de la Oficina de Gestión de la Calidad
	Formular y proponer a la Dirección General los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para su aprobación e implementación.	Número de Proyecto aprobado e implementado	Nº de proyectos implementados	2	3		1	2	3	Informe de la Oficina de Gestión de la Calidad



PERÚ

Ministerio de Salud

INO INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ 2

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS AÑO 2009

OBJETIVO GENERAL 1: Fortalecer la calidad del servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para mejorar su estilo de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA OPERATIVA					PRESUPUESTO S/.	REQUERIMIENTO FINANCIERO		RESPONSABLE
			META Y CRONOGRAMA DE PROGRAMACION						RDR	RO	
			META	I	II	III	IV				
Brindar un servicio eficiente a los usuarios externos para satisfacer sus expectativas.	Ejecutar la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios.	Encuesta	2		1		1	200	100	100	Oficina de Gestión de la Calidad
	Informar los resultados de la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios y proponer recomendaciones	Informe	2		1		1	50	25	25	
	Ejecutar la encuesta de Clima organizacional a los usuarios internos.	Encuesta	2		1		1	200	100	100	
	Informar los resultados de la encuesta de clima organizacional y proponer recomendaciones	Informe	2		1		1	50	25	25	



**INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Oficina de Gestión de la Calidad**

MATRIZ 2

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS AÑO 2009

OBJETIVO GENERAL 2 : Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejorar el sistema de atención existente.

OBJETIVO ESPECÍFICO	META FÍSICA OPERATIVA							PRESUPUESTO S/.	REQUERIMIENTO FINANCIERO		RESPONSABLE
	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META Y CRONOGRAMA DE PROGRAMACION						RDR	RO	
			META	I	II	III	IV				
Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejora de la atención	Formular un plan de trabajo para desarrollar los procedimientos relacionados a la mejora de la atención	Plan	1	1				100	100	Oficina de Gestión de la Calidad	
	Implementar procedimientos para mejorar la calidad de atención	Informe	3		1		3	3.000	3.000		
	Realizar eventos relacionados a la Mejora Continua de la Calidad de Atención en coordinación con el Area de Capacitación del INO	Evento	6	1	2	2	1	15.000	5.000		10.000



INSTITUTO NACIONAL DE OFTALMOLOGIA
Oficina de Gestión de la Calidad

MATRIZ 2

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS AÑO 2009

OBJETIVO GENERAL 3 :Formular Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para proponer innovaciones en la atención al Usuario Externo e Interno.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META FÍSICA OPERATIVA					PRESUPUESTO S/.	REQUERIMIENTO FINANCIERO		RESPONSABLE
			META Y CRONOGRAMA DE PROGRAMACION						RDR	RO	
			META	I	II	III	IV				
Implementar las encuestas de Clima Organizacional y de Medición de Calidad desde la Percepción de los Pacientes Ambulatorios para identificar y proponer recomendaciones de mejora.	Coadyuvar en la implementación de las recomendaciones como resultado de las encuestas	Informe	4		2		2	400	200	200	Oficina de Gestión de la Calidad y Buen Trato al Usuario Externo
Formular y proponer a la Dirección General los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para su aprobación e implementación.	Elaborar los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.	Proyecto	3		1	1	1	70.000	35.000	35.000	

TOTAL	89.000	43.550	45.450
--------------	---------------	---------------	---------------



2. FASE DE IMPLEMENTACIÓN

a. SOCIALIZACIÓN

Es de interés institucional fortalecer la calidad de servicio en nuestro establecimiento, en ese sentido convenimos formular, aprobar y socializar los alcances de la normatividad relacionado a la Calidad de Servicio en los Establecimientos de Salud, dicho documento difundimos para conocimiento del personal a través de charlas y medios de difusión masiva (trípticos), complementariamente se difundió los alcances de la directiva sobre la administración y manejo de las Quejas y Reclamos de los Usuarios Externos.

Otro de los temas de interés fue, conocer los conceptos, técnicas y estrategias sobre el uso de Herramientas de Calidad, cuya finalidad es promover su aplicación en las oportunidades de mejora que se pudieran presentar.

Asimismo; se desarrolló eventos promovidos por la Oficina de Calidad, sobre la análisis de procesos culminando con la implementación de mapa de procesos en las diferentes unidades orgánicas.

Por otro lado, se desarrolló eventos sobre Acreditación justamente con la finalidad de constituir el Equipo de Evaluación Interna que tenga la responsabilidad de evaluar los procesos y proponer su implementación en el INO.

Finalmente, se desarrolló reuniones de trabajo con los miembros del Equipo de Gestión Institucional a fin de interiorizar temas relacionados a Opinión de Usuarios Internos en el marco de Clima Organizacional, Opiniones y Sugerencias de Usuarios Externos en relación a Medición de la Calidad desde la Percepción de los Pacientes Ambulatorios, Flujo de Ingreso y salida de usuarios al INO.

b. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Entre las actividades desarrolladas durante el presente año 2009, propuesto en el Plan de Gestión de la Calidad fueron:

- ✓ Informar los resultados de la encuesta de clima organizacional y proponer recomendaciones.
- ✓ Informar los resultados de la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios y proponer recomendaciones.
- ✓ Formular un plan de trabajo para desarrollar los procedimientos relacionados a la mejora de la atención.
- ✓ Realizar eventos relacionados a la Mejora Continua de la Calidad de Atención en coordinación con el Área de Capacitación del INO



c. SUPERVISIÓN Y MONITOREO

La Oficina de Gestión de la Calidad, es el encargado de supervisar y monitorear el desarrollo de las actividades por ello nuestro compromiso fue total en el seguimiento de la calidad de servicio del Instituto, en ese sentido se realizó las coordinaciones con las diferentes áreas involucradas quienes en su mayoría contribuyeron en el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas.

3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

a. PORCENTAJE DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

**INDICADOR DE EFICACIA
ACTIVIDADES OPERATIVAS AL II SEMESTRE - 2009**

OBJETIVO GENERAL 1:

Fortalecer la calidad del servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para mejorar su estilo de vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META PREVISTA II Sem.	META EJECUTADA	% de EFICIENCIA
Brindar un servicio eficiente a los usuarios externos para satisfacer sus expectativas.	Ejecutar la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios	Encuesta	2	2	100%
	Informar los resultados de la encuesta de medición de calidad desde la percepción de los pacientes ambulatorios y proponer recomendaciones.	Informe	2	2	100%
	Ejecutar la encuesta de Clima Organizacional a los usuarios internos.	Encuesta	2	2	100%
	Informar los resultados de la encuesta de Clima Organizacional y proponer recomendaciones	Informe	2	2	100%
				PONDERADO	100%



OBJETIVO GENERAL 2:

Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejorar el sistema de atención existente.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META PREVISTA II Sem.	META EJECUTADA	% de EFICIENCIA
Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejora de la atención.	Formular un Plan de trabajo para desarrollar los procedimientos relacionados a la mejora de la atención	Plan	1	1	100%
	Implementar procedimientos para mejorar la Calidad de Atención.	Informe	4	6	100%
	Realizar eventos relacionados a la Mejora Continua de la Calidad de Atención en coordinación con el Área de Capacitación del INO.	Evento	6	7	100%
				PONDERADO	100%

OBJETIVO GENERAL 3:

Formular Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para proponer innovaciones en la atención al Usuario Externo e Interno.

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES OPERATIVAS	UNIDAD DE MEDIDA	META PREVISTA I Sem.	META EJECUTADA	% de EFICIENCIA
Implementar las encuestas de Clima Organizacional y de Medición de Calidad desde la Percepción de los pacientes ambulatorios para identificar y proponer recomendaciones de mejora.	Coadyuvar en la implementación de las recomendaciones como resultado de las encuestas	Informe	4	4	100%
Formular y proponer a la Dirección General los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para su aprobación e implementación	Elaborar los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad	Proyecto	3	3	100%
				PONDERADO	100%



PRINCIPALES LOGROS CUALITATIVOS:

- Se Desarrolló (07) eventos de sensibilización del fortalecimiento sobre Atención al Usuario, en la que participaron los miembros del Equipo de Gestión Institucional, Personal de Cada-Admisión- Citas, Personal de Seguridad y Vigilancia, Personal de Limpieza.
- Socialización de los resultados de la Encuesta de Clima Organizacional y Percepción de la satisfacción de los Usuarios Externos, con los miembros del Equipo de Gestión Institucional.
- Formulación y posterior aprobación con Resolución Directoral N° 012-2009-INO-D de la Directiva Administrativa N° 001, “Mecanismos de Gestión de Quejas y Sugerencias de los Usuarios Externos para la Mejora de la Calidad de Atención en el Instituto Nacional de Oftalmología”.
- Formulación de (03) Proyectos de Mejora Continua de la Calidad de Servicio, denominado “Mejoramiento de Flujo de Acceso de Usuarios Externos e Internos” y “Todos tienen un niño dentro” – Clima Organizacional y la ejecución del Proyecto Línea Abierta en el INO.
- Implementación de (04) paneles informativos con información relacionada al Flujo de Atención, Tarifario Institucional, Rol de Médicos, Recomendaciones e información sobre “Cómo cuidar sus Ojos” y los servicios que brinda la institución.
- Registro, Análisis, Procesamiento y socialización de la opinión y sugerencia a través de los buzones.
- Seguimiento y solución del 95% de quejas y reclamos presentados por los usuarios externos, en coordinación con las Direcciones, Oficinas y Departamentos involucrados.
- Implementación de los catálogos INO con información actualizada.

b. LOGRO DE OBJETIVOS PROPUESTOS

OBJETIVOS GENERALES	META	LOGROS ALCANZADOS	OBSERVACIONES
Fortalecer la calidad del servicio que el instituto brinda a los usuarios externos para mejorar su estilo de vida	Socializar los resultados registrados a través de los buzones de sugerencias y de las Encuestas aplicadas a Usuarios externos e Internos para proponer alternativas de solución.	Del número total de quejas, reclamos y sugerencias presentadas el 60% de los mismos se tradujeron en sugerencias y recomendaciones a las diferentes instancias, un 30% de los mismos fueron resueltos en el acto y un 10% de los mismos se encuentran en proceso de solución	La mayoría de los miembros del Equipo de Gestión han sido informados y los responsables de las diferentes unidades orgánicas.



Implementar y proponer procedimientos adecuados para mejora de la atención.	Desarrollar (1) Plan para elaborar Procedimientos y ejecutar (06) eventos relacionados a la Mejora Continua de la Calidad.	Se formuló el Plan lo que representa el 100% de logro y se desarrolló a la fecha (01) evento con el Equipo de Gestión actividad relacionado a la mejora de la calidad	Incidir en la elaboración de mapa de procesos para diferentes servicios asistenciales y administrativos.
Formular Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para proponer innovaciones en la atención al Usuario Externo e Interno.	Se tiene planeado (03) Proyectos de Mejora Continua de la Calidad para el año 2009,	A la fecha se tiene formulado de (03) Proyectos de los cuales 01 proyecto fue ejecutado al 100%, el segundo proyecto tiene un avance del 70% y el tercer proyecto tiene un avance del 40%.	Es necesario el apoyo de las autoridades para la implementación de los Proyectos de Mejora Continua de la Calidad.

4. DIFICULTADES AFRONTADAS

DIFICULTADES
Escasa participación del personal asistencial en los eventos organizados por la Oficina por mayor demanda de atención.
Asignar un promotor de calidad al módulo de Servicio de Tarifa Diferenciado, dejando el puesto de trabajo establecido.
Escasa predisposición al cambio de actitud de algunos trabajadores que genera trato inadecuado a los usuarios externos.
Deficiente organización en el sistema de atención del Servicio de Tarifa Diferenciado.
Corte intempestivos del sistema de Software LOLIMSA que ocasiona dificultad para atender al usuario externo del Sistema INO y Sistema STD.
Atención preferencial limitado en los servicios.
Mayor supervisión de los encargados para verificar la calidad de los servicios de Vigilancia, Limpieza y Concesionario de alimentos.



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Escasa orientación a los usuarios externos por mayor demanda y limitada oferta	Que se contrate (01) promotor para el Servicio de Tarifa Diferenciada a fin de que realice labores de Orientación e información a los usuarios externos.
Escaso involucramiento de algunos servidores de la institución en el quehacer institucional.	Incidir en el desarrollo de talleres y/o charlas de integración.
Resistencia al Cambio de actitud de algunos trabajadores que genera trato inadecuado a los usuarios externos en algunos servicios administrativos y asistenciales.	Incidir en el desarrollo de capacitaciones y talleres de sensibilización.
Deficiente organización en el sistema de atención del Servicio de Tarifa Diferenciado.	Se establezca formalmente la línea de autoridad interna, mapa de procesos, delegue funciones y atribuciones claras e implemente medios de difusión masiva sobre el servicio..
Escaso mantenimiento y/o actualización del Software LOLIMSA ocasiona cortes intempestivos en la atención al usuario externo.	Que la Dirección Ejecutiva de Administración en coordinación con las Oficinas de Logística y Estadística gestione ante la empresa el cumplimiento del servicio de mantenimiento y/o actualización del Software en forma oportuna.
Acceso limitado a la atención preferencial en los servicios de mayor demanda.	Que la Dirección General en coordinación con la Dirección Ejecutiva de Administración disponga la implementación de los accesos de atención preferencial en los servicios que prestan servicios asistenciales.
Mayor supervisión del encargado de los servicios de Vigilancia, Limpieza, Concesionario de alimentos y el Servicio de Fotocopiado.	Que el responsable de la Supervisión de los servicios de terceros informe detalladamente sobre las ocurrencias y medidas correctivas tomadas previas a la firma del acta de conformidad de servicio mensual a la Dirección Ejecutiva de Administración y a la Oficina de Logística.