



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y CIENCIAS
ECONÓMICAS

Mejora del proceso de calidad en atención a usuarios externos en una
institución de línea de salud del estado - Lima 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Licenciado en Administración

AUTOR

Bach. Gonzáles Dávila, Lucy Beatriz

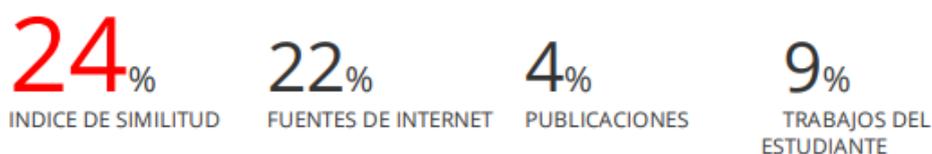
ASESOR

Mg. Muñoz Muñoz, Ricardo

Lima, Diciembre 2022

Informe final para envío

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.usil.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Tecnologica del Peru Trabajo del estudiante	1%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.digemid.minsa.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	docplayer.es Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
9	www.gestiopolis.com Fuente de Internet	

DEDICATORIA

A Dios que me dio salud, a mis hijos: Gerardo, Patricia, Ivana y Nicolás como ejemplo de perseverancia porque todo lo que comienza se logra.



AGRADECIMIENTO

Durante la redacción de este informe, recibí el apoyo de muchas personas a quienes quisiera extender mi más sincero agradecimiento: en primer lugar, a ti Dios, por permitirme realizar mis más grandes sueños en esto y en muchas otras cosas. A Digemid por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente, 18 años de constante aprendizaje. A todos los que han contribuido de alguna manera para el avance de mi carrera y desarrollo personal. Al asesor Mg. Ricardo Muñoz Muñoz, quien amablemente me aconsejó en este informe y siempre pudo ayudarme con su experiencia y conocimiento.



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

La presente propuesta de informe de suficiencia profesional tiene como finalidad mejorar la calidad de atención al usuario externo de digemid, que permita identificar y solucionar problemas en los procesos.

La metodología PHVA es más asimilable a la gestión organizacional de la institución estatal de línea de salud objeto del informe, dado el objetivo permanente y dada la naturaleza de la institución que se rige por las reglas de una entidad pública.

Es importante señalar que inicialmente se realizó un diagnóstico con el apoyo de los resultados ya encontrados (quejas y encuesta), para comprender las circunstancias actuales en las que se encuentra Digemid. Analizar los resultados del diagnóstico, utilizando técnicas de recolección de datos, revisión documental y percepción directa y diagrama de causa y efecto, nos ayudará a implementar la metodología PHVA y, según las oportunidades encontradas, aumentar la calidad de atención en nuestros servicios.

La implementación propuesta es renovar la calidad de atención en los procesos que afectan el servicio brindado al cliente, lo que ayudará a dar seguimiento a sus objetivos y establecer credibilidad. Como resultado, se pone en práctica la dedicación de la institución a la satisfacción del cliente, lo que lleva al liderazgo y la optimización de la gestión de procesos. También deben mejorarse los procesos y las herramientas para recopilar datos de comentarios de los clientes y ponerlos en práctica.

Palabras clave: Satisfacción, mejora continua, oportunidades de mejora, proceso, PHVA.

ABSTRACT AND KEYWORDS

The purpose of this proposed professional sufficiency report is to improve the quality of attention to the external user of digemid, which allows identifying and solving problems in the processes.

The PHVA methodology is more comparable to the organizational management of the state health line institution that is the subject of the report, given the ongoing objective, and given the nature of the institution that is governed by the rules of a public entity.

It is important to point out that initially a diagnosis was made with the support of the results already found (complaints and survey), to understand the current circumstances in which Digemid finds itself. To analyze the results of the diagnosis, using data collection techniques, documentary review and direct perception and cause and effect diagram, it will help us to implement the PHVA methodology and, depending on the opportunities found, increase the quality of care in our services.

The proposed implementation is to renew the quality of care in the processes that affect the service provided to the client, which will help track their objectives and establish credibility. As a result, the institution's dedication to customer satisfaction is put into practice, leading to leadership and process management optimization. Processes and tools for collecting customer feedback data and putting it into action should also be improved.

Keywords: Satisfaction, continuous improvement, improvement opportunities, process, PHVA.

ÍNDICE GENERAL

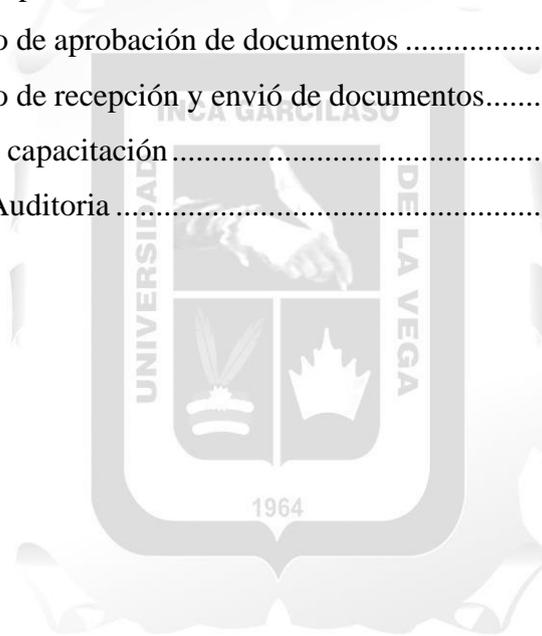
DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO.....	II
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	III
ABSTRACT AND KEYWORDS.....	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE TABLAS.....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	IX
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1.1 Marco histórico.....	20
1.2 Bases teóricas.....	22
1.3 Marco legal.....	28
1.4 Antecedentes del estudio.....	28
1.5 Marco conceptual.....	32
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	35
2.1 Descripción de la realidad problemática.....	36
2.2 Formulación del problema general y específicos.....	41
2.3 Objetivo general y específico.....	41
CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.1 Justificación e importancia del estudio.....	43
3.2 Delimitación del estudio.....	44
CAPÍTULO IV: FORMULACIÓN DEL DISEÑO.....	45
4.1 Análisis Crítico.....	46
4.2 Planteamiento de Alternativas de Solución.....	51
4.3 Evaluación de Alternativas de Solución.....	54

CAPÍTULO V: PRUEBA DE DISEÑO.....	56
5.1 Aplicación de la propuesta de solución.....	57
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
ANEXOS.....	88



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tendencia mensual de evaluación de reclamos 2021	49
Tabla 2 Reclamos por modalidades	50
Tabla 3 Tendencia mensual de evaluación de reclamos 2022	51
Tabla 4 Criterios de evaluación	55
Tabla 5 Plan de actividades con roles y responsabilidades	59
Tabla 6 Flujograma del ciclo PHVA	60
Tabla 7 Esquema de implementación PHVA	60
Tabla 8 Procedimiento de aprobación de documentos	63
Tabla 9 Procedimiento de recepción y envío de documentos.....	65
Tabla 10 Programa de capacitación.....	69
Tabla 11 Informe de Auditoria	75



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Sede de la entidad	X
Figura 2 Organigrama Institucional	XIV
Figura 3 Organigrama Institucional Áreas DG	XV
Figura 4 Organigrama Institucional Direcciones Ejecutivas.....	XVI
Figura 5 Trazabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad.....	XVIII
Figura 6 ciclo PHVA.....	24
Figura 7 Árbol de Problemas.....	39
Figura 8 Espina de Ishikawa	40
Figura 9 Mapa de Procesos de Digemid.....	47
Figura 10 Gráfico estadístico mensual de los reclamos 2021	49
Figura 11 Evaluación de los reclamos 2021	50
Figura 12 Ciclo Deming	54
Figura 13 Compromiso de la Dirección General.....	58
Figura 14 Diagrama de procedimiento de recepción y envío de documentos.....	61
Figura 15 Diagrama de procedimiento para la aprobación y emisión del documento ..	62
Figura 16 Formato relación de participantes.....	70
Figura 17 Declaración de conflicto de intereses	70
Figura 18 Plataforma única del Libro de reclamaciones	72
Figura 19 Registro de atención de reclamos.....	73
Figura 20 Plan de auditoria.....	74
Figura 21 Acta de revisión por la Dirección	77
Figura 22 Petición de Acción Correctiva, se analiza las causas de la no conformidad.	78
Figura 23 Diagrama de Ishikawa.....	79

INTRODUCCIÓN

La institución materia del informe de suficiencia profesional es una entidad pública renombrada como Digemid – Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas con RUC: N° 20131373237, quien inicia sus actividades el 18 de abril de 1990, se encuentra activa y la actividad comercial está relacionada a temas de Salud.

De acuerdo al Reglamento Supremo N° 023-2005-SA, (Reglamento de Organización y Funciones) del MINSA de fecha 1 de enero de 2006, la Digemid- Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas es un organismo experto, autoridad normativa del Ministerio de Salud, en aspectos relacionados con la aprobación médica, certificación y supervisión de los procesos vinculados con la comercialización, entrada, reparto, producción, acopio, publicidad, lanzamiento y venta de artículos farmacéuticos relacionados con la salud., efectivo, seguro, de alta calidad y de uso justo.

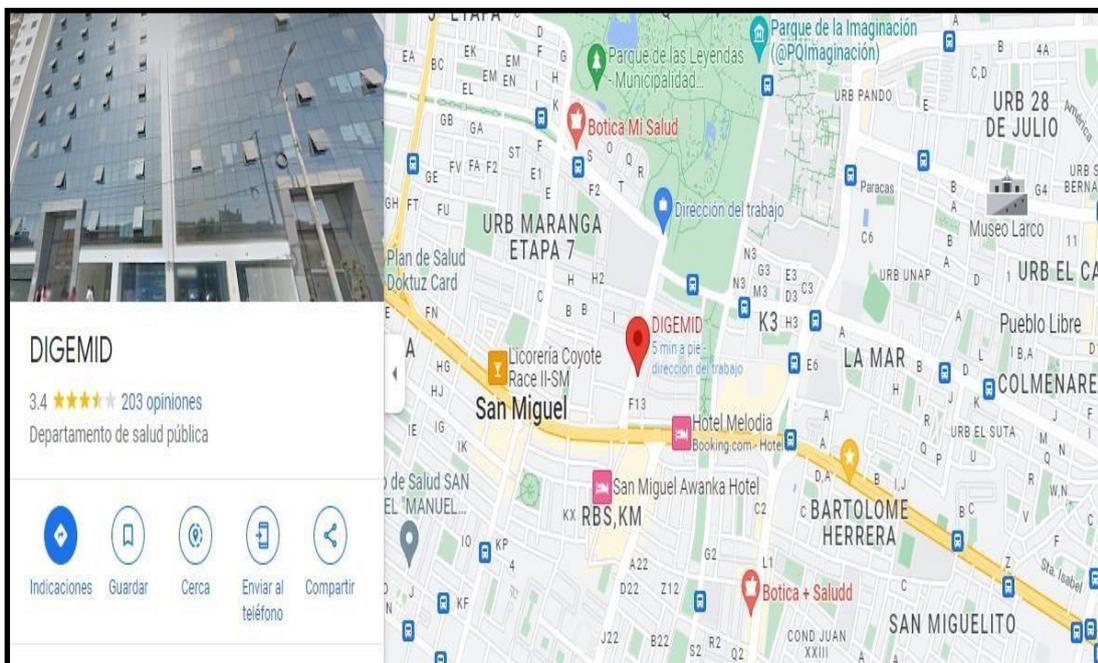
Específicamente realiza servicios de: Dar Autorizaciones sanitarias a todas las empresas farmacéuticas que, fabrican, compran, venden, reparten, almacenan, otorgan y despachan dispositivos médicos, artículos farmacéuticos y productos sanitarios; así mismo como fiscalizar y controlar sustancias psicotrópicas y estupefacientes, tanto de uso médico como científico y diferentes sustancias sujetas a control sanitario. También, el acceso equitativo y uso racional de dispositivos médicos, artículos farmacéuticos, y productos sanitarios, perdurables, fiables y de calidad.

De acuerdo, con la Ley N° 29459, Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, aprobada en el mes de noviembre de 2009, la Agencia Nacional de Productos Farmacéuticos, Médicos y Dispositivos Médicos es el organismo encargado de sugerir y reglamentar las políticas en su ámbito, así como también evaluar, implementar, también se encarga del seguimiento, control, fiscalización, revisión, aprobación y acreditación en estas materias.

La Digemid - Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - Ministerio de Salud, está ubicada en Av. Parque de las Leyendas N° 240 – San Miguel – Lima -Perú.

Figura 1

Sede de la entidad



Breve reseña histórica de la empresa.

La ahora Digemid se creó por los años de 1980, con el nombre de Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud, y era responsable de la gestionar y controlar los medicamentos. En 1985, se crea el Comité Nacional de Medicamentos, Alimentos y Drogas - CONAMAD, unidad que hereda funciones y es vuelve administrativamente autónoma, dejando sin efecto a la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud.

Pasados cinco años, (18 de abril 1990) oficialmente se crea la DIGEMID - Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas mediante Decreto Legislativo N° 584. De esta manera la institución deja de tener autonomía administrativa y financiera para incorporarse como un organismo especialista normativo del Ministerio de Salud. Su objetivo principal es garantizar que el público acceda a las medicinas seguras, eficaces y de alta calidad y su uso apropiado.

La misión y visión de la Digemid está establecida como se ve ahora y que quiere ser en el futuro y ésta publicada en su página web:

La misión se interpreta así:

DIGEMID es un organismo responsable de asegurar la validez, confianza y calidad de los productos farmacéuticos en general y promover su disponibilidad y uso adecuado para favorecer a la salud pública.

La visión se interpreta así:

Ser una autoridad internacional significativa, independiente, eficaz, transparente e innovadora, reconocida por el liderazgo y madurez de su gestión, y que brinde a la población un sentido de confianza y seguridad.

Los servicios que proporciona la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas tienen como ideal garantizar que los residentes accedan a medicamentos seguros, efectivos y de calidad y estos se utilicen adecuadamente.

Estructuralmente, la DIGEMID como Agencia de Medicamentos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios cuenta con cuatro Direcciones de línea: a) Dirección Ejecutiva de Productos Farmacéuticos; b) Dirección Ejecutiva de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios; c) Dirección Ejecutiva de Inspección y Certificación, d) Dirección Ejecutiva de Farmacovigilancia, Acceso y Uso, disponiendo además con áreas administrativas, de asesoría técnica y asesoría legal, las cuales se interrelacionan en cada una de sus actividades, para la ejecución de sus funciones.

DPF - Dirección de Productos Farmacéuticos: Es responsable de la autorización sanitaria de medicamentos en general para uso humano, así como también de la autorización sanitaria de las empresas farmacéuticas que los produzcan o importen, así como el control y fiscalización de estupefacientes con fines médicos.

DDMP - Dirección de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios: Es responsable de la certificación de dispositivos médicos y productos sanitarios, así como la aprobación sanitaria de las instituciones que los producen o importan, a su vez de control e inspección.

DICER - Dirección de Inspección y Certificación: Es responsable de velar por la calidad de los productos farmacéuticos, equipos y productos médicos disponibles en el mercado nacional, también de toma de medidas de control y vigilancia de los mismos. A su vez, coopera el exterminio con la lucha contra el contrabando ilegal de medicamentos, otros medicamentos y productos relacionados a nivel de la república. Además, brinda

supervisión, coordinación, evaluación y apoyo técnico a las diferentes direcciones regionales de salud a nivel nacional.

DFAU - Dirección de Farmacovigilancia, Acceso y Uso: Tiene a su cargo: la regulación, promoción, control, seguimiento y evaluación del uso adecuado de medicamentos, abastecimiento farmacéutico. Implementación del sistema de control farmacológico y técnico, que tiene como propósito identificar, evaluar y prevenir los riesgos relacionados con el consumo de medicamentos que consume la ciudadanía.

DIGEMID, ha definido como sus grupos de interés a aquellas organizaciones que supongan una amenaza grave para la estabilidad de la organización si no se cumplen sus demandas y expectativas.

Usuario Interno: Profesionales, administrativos, especialistas, técnicos, asistentes, auxiliares, empleados de la DIGEMID.

Usuario Externo: Empresas Farmacéuticas: Quien acude a Digemid para solicitar un registro sanitario de funcionamiento de un establecimiento farmacéutico ó registro sanitario de dispositivos médicos, productos farmacéuticos y notificación sanitaria obligatoria de productos sanitarios, mediante pago de tasas establecidas en TUPA del Ministerio de Salud.

Gobierno Central: Propuesta de políticas multisectoriales, normas sanitarias, informes sobre implementación y ejecución de mandatos a nivel nacional.

Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, DIRESAS/DIRIS, Sociedad, Ciudadano, Profesionales, ONG, Instituciones Públicas y Privada, Universidades, Establecimientos de Salud, Colegios: Necesidades de información y requerimientos referidos a los establecimientos y medicamentos, equipos médicos y productos médicos, a nivel nacional.

Proveedores: Suministran bienes y servicios garantizando la operación de la Institución.

Funcionarios: director general, Ejecutivo Adjunto, directores ejecutivos y jefes de Equipos, quienes conforman el comité de gestión de la Institución, donde se consideran acuerdos en base a resultados como un factor relevante para el logro de sus objetivos.

En el año 2007, la Dirección General decide crear el Equipo de Gestión de la Calidad que tiene como objetivos:

Contribuir que Digemid implemente la ISO 9001:2015 en toda la institución con resultados sostenibles a futuro, identificar oportunidades de mejora, enfocarse siempre en las metas trazadas por la gerencia y brindar soluciones técnicas y organizacionales.

El equipo de gestión de la calidad se encuentra en la línea estratégica de la Dirección General, coordina con todas las Direcciones Ejecutivas, Equipos y Áreas, todo lo relacionado a gestión de los procesos y el sistema de gestión de la calidad en Digemid. Esto quiere decir que el equipo se encarga de coordinar con otras oficinas las cuales se encuentren aptas para aumentar el alcance del Sistema y así mejorar los procesos para beneficio de los usuarios externos.

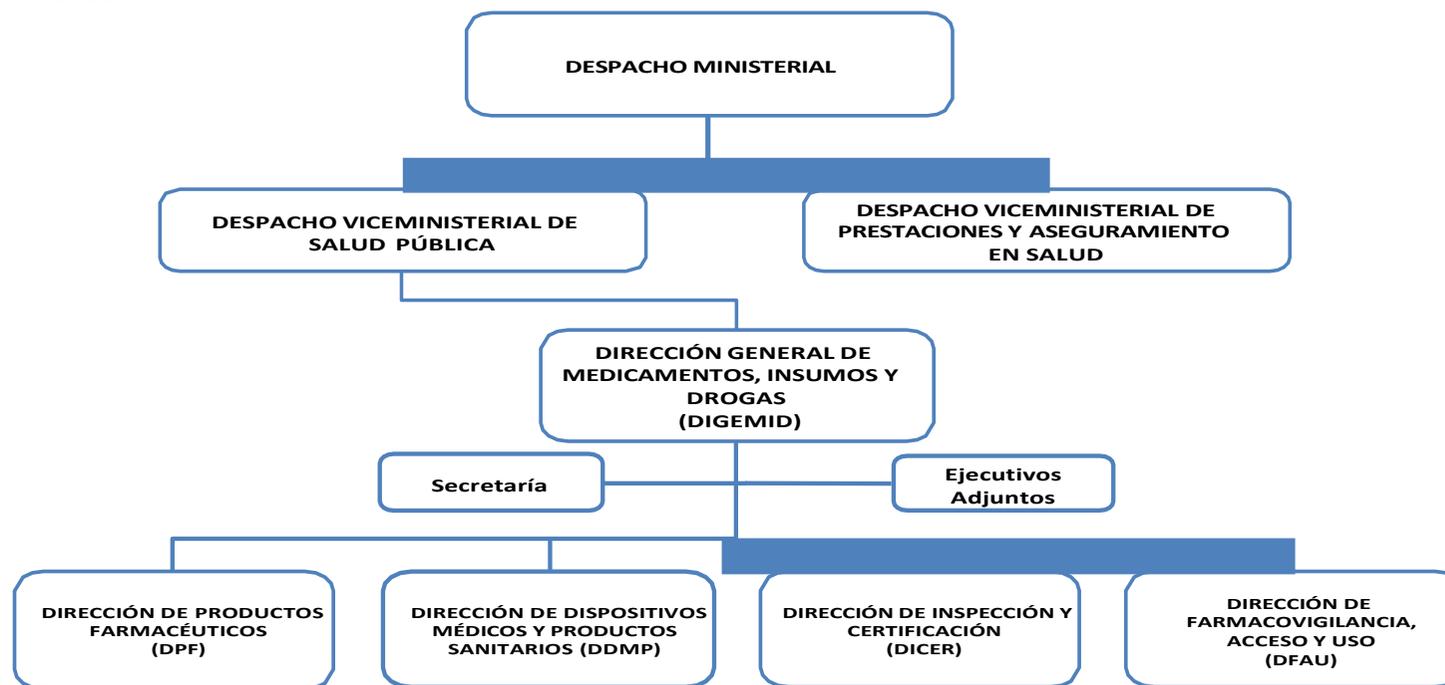


Figura 2

Organigrama Institucional

**DIRECCIÓN GENERAL DE
MEDICAMENTOS, INSUMOS
Y DROGAS**

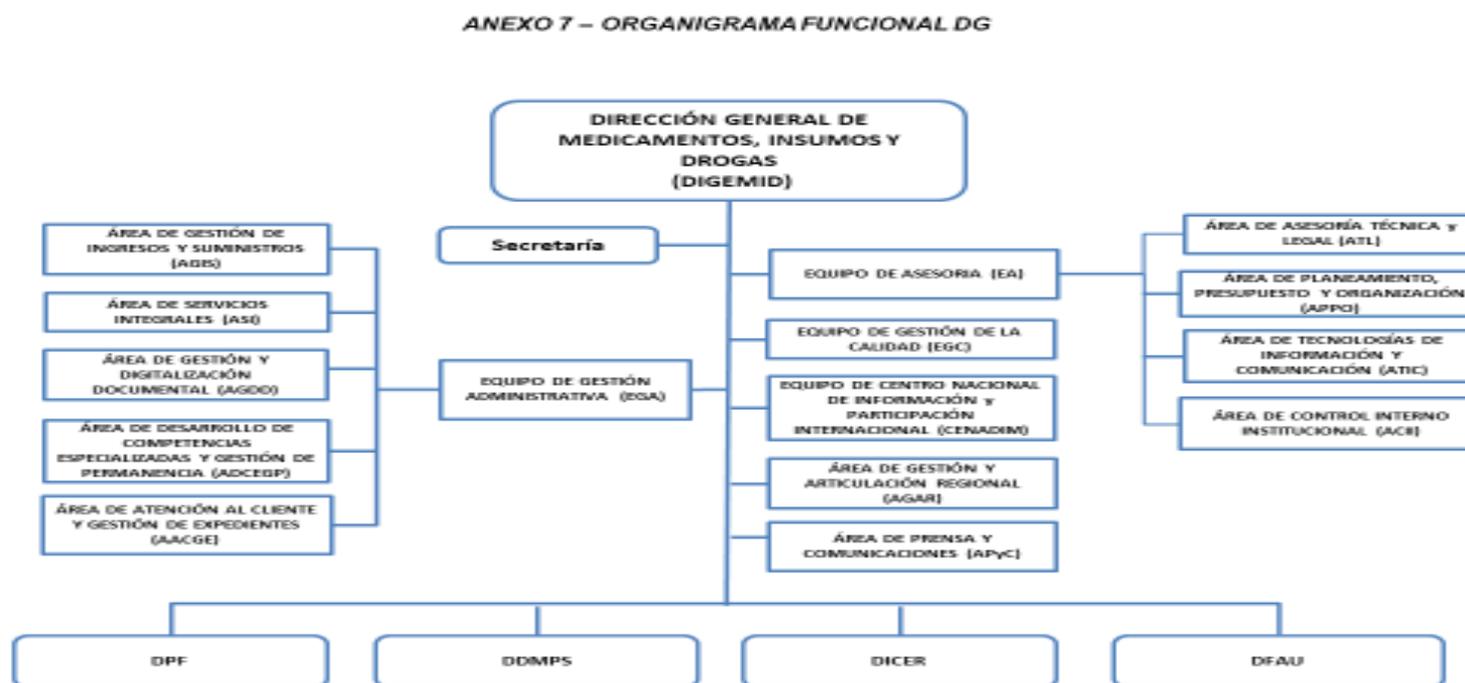
ANEXO 1 – ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fuente: ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL SEGÚN EL D.S. N ° 008-2017-SA

Figura 3

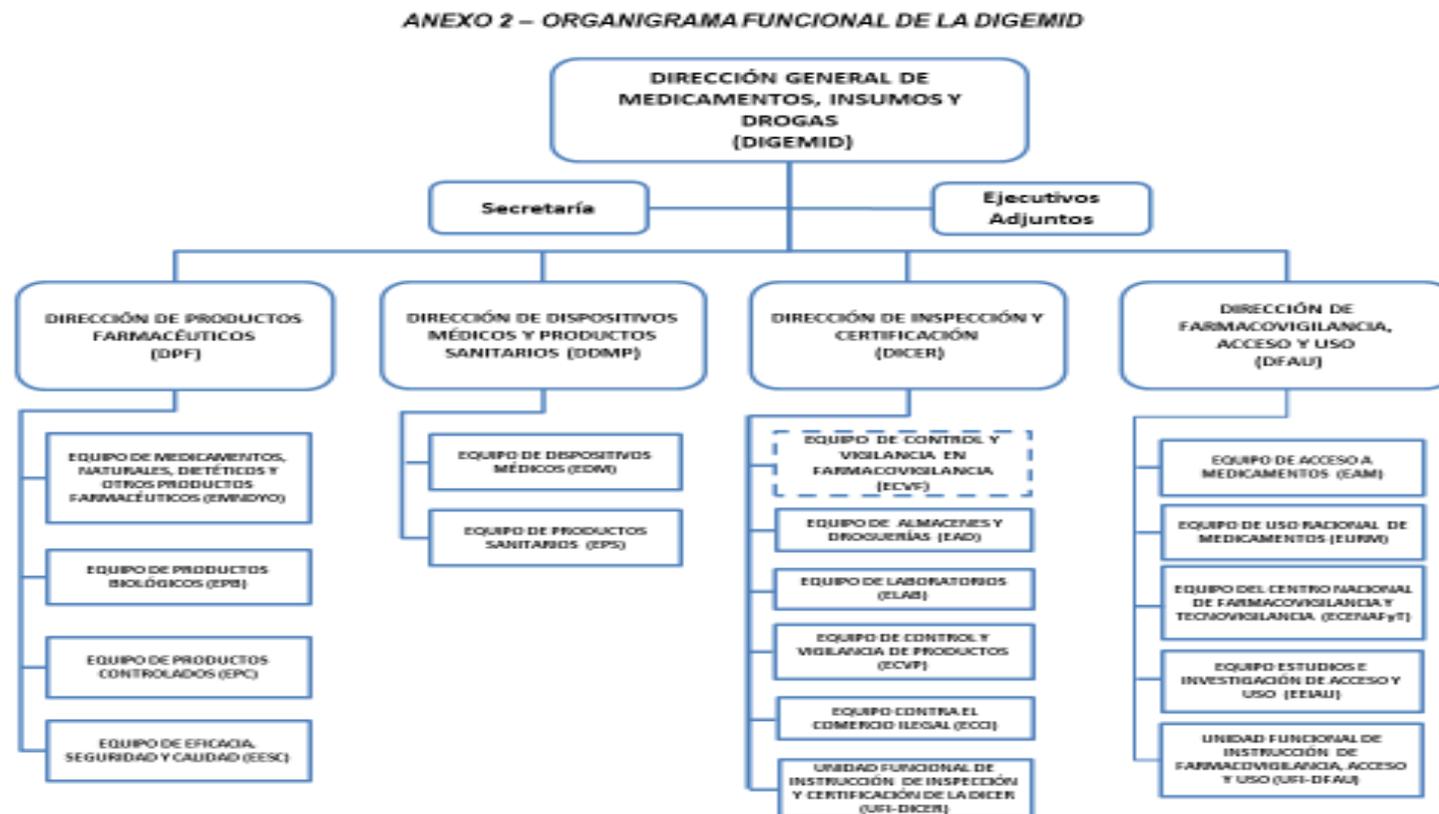
Organigrama Institucional Áreas DG



Organigrama Institucional Áreas DG- En la figura se muestra cómo se distribuye los equipos y áreas de la Digemid

Figura 4

Organigrama Institucional Direcciones Ejecutivas



Digemid en el 2007 implemento el sistema de gestión de calidad en tres actividades y obtuvo su primera certificación ISO 9001:2000, concedida por la Empresa Certificadora Icontec - Colombia. Hasta la fecha nos encontramos con la quinta renovación con la nueva versión de la ISO 9001:2015 y está vigente hasta el año 2025.

Las actividades certificadas son:

Registro y reinscripción de medicamentos, productos sanitarios y dispositivos médicos.

Permiso de exportación - importación de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y precursores bajo control hematológico.

Control y seguimiento de la publicidad de medicamentos, equipos médicos y productos médicos.

Orientación a la consulta de los recursos bibliográficos del Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos, CENADIM.

Fuente: Digemid página web

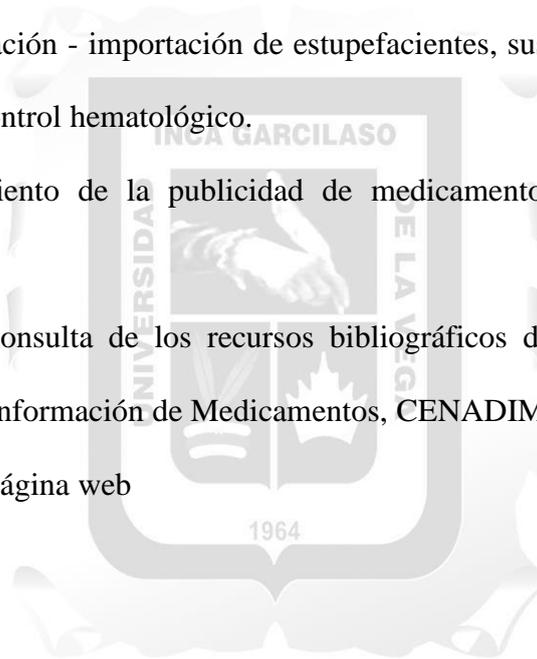
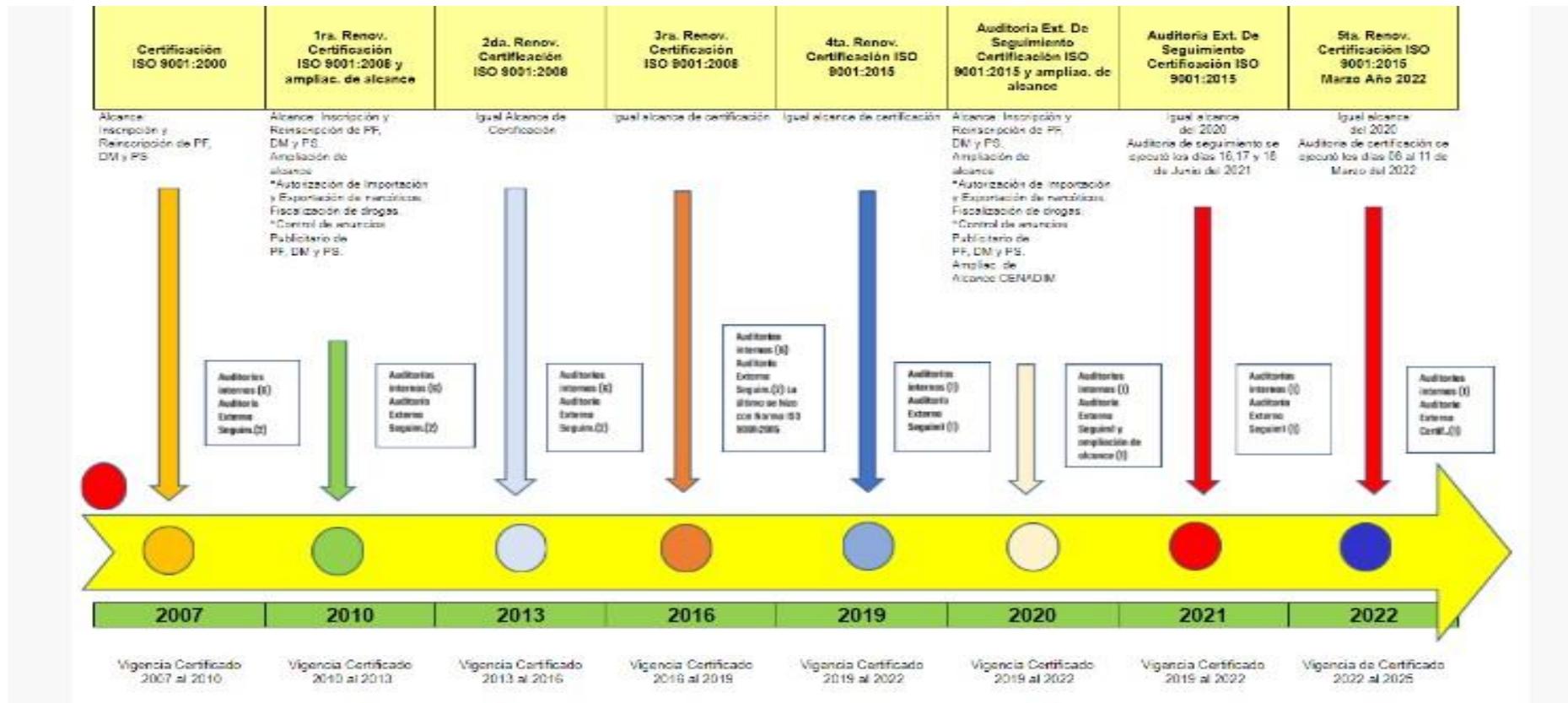


Figura 5

Trazabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente página web de digemid

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN



1.1 Marco histórico

La Norma Técnica Peruana fomenta la adopción de un enfoque basado en procesos en las organizaciones mediante el desarrollo, implementación y mejora de la capacidad del sistema de gestión para aumentar la satisfacción del cliente a través de la ejecución de sus actividades. Las especificaciones establecen que la utilización del enfoque de procesos para el sistema de gestión permite: comprensión, comunicación de los requisitos, la consideración del valor añadido de los procesos, el tratamiento proactivo de los resultados.

Desarrollo de la calidad

Fase Artesanal: En este desarrollo entramos a la edad media, en donde nace el mercado en base a la evaluación de la condición de los productos, se vuelve común la forma de adicionarles una señal, y con este hábito se aumenta el interés por sustentar un buen renombre. Según De Fuentes (1998), los aspirantes y las corporaciones aparecieron en el siglo XIII, prodigio que transformó a los artesanos en directores y auditores de empresas porque conocían profundamente su trabajo, productos y clientes.

Revolución Industrial: Antes de esta etapa, todas las cosas eran hechas a mano y la calidad necesitaba de la reputación del artesano, con la revolución industrial, la artesanía requirió más producción en masa, lo que llevó a la cadena de producción, que por lo tanto requería de personas. Desarrollar un proceso para asegurar la eficiencia del procesamiento. El período de la transformación industrial acarreo la práctica fabril de producción en masa y especialización del trabajo. Por lo tanto, el propósito del control era solo reconocer los artículos que no cumplían con los patrones deseados antes de su presentación al cliente (Garvín, 1988).

Gestión científica: Esta etapa crea un proceso de producción en masa que dificulta complacer las exigencias de los clientes individuales, hace que el producto sea más versátil y reduce la flexibilidad donde se estandariza el proceso. La planificación de la producción gestionada científicamente comenzó en ese momento la primera fase del progreso de la calidad, renombrada como pasar la inspección como control de calidad. En este punto, la industria militar hizo grandes avances en el control de calidad para reducir el número de militares. Para una inspección de calidad más cuantitativo, se creó un sistema estadístico que brinda información precisa sobre los modelos requeridos en la

fabricación de productos militares, como los paracaídas. Luego aparecen las teorías pioneras de la gestión científica de Frederick Winslow Taylor (1911).

Segunda Guerra Mundial 1970 y 1990: Aquí, la calidad tiene dos caras: Occidente, que sigue centrado en el control del producto. Y otro japonés empezó a entender la necesidad de crear procesos para asegurar la calidad del producto. el otro grupo está liderado por Deming, quien actualmente está creando el ciclo PHVA en Japón, que utiliza la redundancia para evitar la producción de productos defectuosos. 1970-1990, CALIDAD TOTAL: En este periodo, la meta es lograr que la calidad en todo ámbito sea independientemente de su empresa. La calidad se enfoca en todo el proceso como un sistema, no solo en la producción. La división de productos y servicios ha desaparecido y el proceso se ve como una herramienta para la satisfacción del cliente. (Evans y Lindsay, 2008)

Los noventas - Actualidad

En esta etapa, se percibe la calidad, en un constante mejoramiento continuo de la calidad total. El desafío se intensifica, las ferias se integran y algunas industrias estadounidenses comienzan a perder liderazgo como la occidental, en áreas en las que ha estado en una posición ventajosa durante décadas (automóvil, acero, semiconductores, etc.), computadoras, etc). En este inicio de fase, el componente humano, que ha desarrollado el trabajo en equipo y la resolución de contratiempos, es muy notable en el detonante del ahorro continuo. La empresa entiende que necesita desarrollar su cerebro y producir su conocimiento, pero de forma sistemática. (Cubillos et al, 2009)

Teorías de la organización pública

La teoría de la organización enfatiza el estudio de la relación entre el estado, su maquinaria y la sociedad, puede considerarse una fuente principal para el estudio de la administración pública. Entender al Estado como una estrategia modesta o mínima, que debe relacionarse con una sociedad civil cada vez más activa, en la realidad de un vasto pluralismo político y cultural, en un contexto económico globalizador, naturalmente no conduce a un fenómeno unificado y resuelto. (Crozier, 1989)

Los conceptos de transformación del estado están más centrados en aceptar la complejidad del contexto estatal, pero en la lógica organizacional informal-lineal, prestan poca atención a su complejidad interna y su estructura multifacética. En este contexto, la

comprensión del Estado desde el punto de vista de asumir que se compone de redes de organizaciones de diferentes niveles puede ofrecer soluciones adecuadas.

Las organizaciones públicas suelen ser complejas y duales. Si bien existen por una razón (tarea) externa y abstracta, deben funcionar en una situación contextual e interna específica, específica y específica, porque cada organización tiene su propia vida, sus propios contextos, situaciones y grupos en determinadas situaciones coyunturales y estructurales. en el lugar. Ambas lógicas no están relacionadas linealmente entre sí, sino que están en constante cambio y al menos crean diferentes problemas y demandas. (Arellano,1997)

La calidad de la atención está directamente orientada al servicio, lo que significa comunicación directa con las personas y, por lo tanto, también servicio al cliente. Esto se aplica a las unidades de salud que han sufrido cambios y adiciones desde el principio de su realidad hasta el presente debido a la necesidad de exigir estándares de calidad con una prestación de servicios muy eficiente.

1.2 Bases teóricas

Teorías de la calidad

Cuando los sindicatos aparecen en la Edad Media, los estándares de calidad son claros. Por un lado, esto es para garantizar el cumplimiento de los bienes entregados a los clientes y, por otro lado, para preservar el desarrollo monopolio de algunos productos en algunos grupos de artesanía. En el pasado, había un vínculo claro entre una persona y los resultados de su trabajo. En cambio, la industrialización, la producción en masa los métodos de producción se han separado en especialidades a las personas de los productos por su esfuerzo, llegando incluso a no distinguir el valor agregado que genera, y con cierta frecuencia, también ignorar lo que la empresa está haciendo donde presta sus servicios. Desde este punto de vista, y con los requisitos que vinculan a la persona con su trabajo, la Calidad Total valora la inteligencia y la dignidad de cada persona., involucrándola activamente en el autocontrol activo de la calidad. (Rojas, 2003)

El concepto de calidad se desarrolla junto con diversas técnicas de gestión. En otras palabras, puede decirnos cómo se vería de forma aislada. De ello se puede concluir que la implementación de la Calidad General tiene necesariamente un estilo de liderazgo general y uno de sus principales valores es el trabajo en equipo.

Rojas menciona a Feigebaum que, en el año 1945 escribió un artículo titulado "La calidad como gestión" en el que explicaba cómo se aplicaba el concepto de calidad a los distintos departamentos de General Electric. Este fue el comienzo de su libro Control de calidad total. En los escritos de Feigenbaum, afirma que las tácticas particulares son parte de un plan de observación. Feigenbaum considera que la palabra "calidad" significa el mejor atención y valor para el cliente, así como la palabra "control" es un instrumento de gestión y consta de cuatro niveles:

- a. Identificar los atributos de condición.
- b. Implantar normas.
- c. Ejecutar en el momento que se superen los accesos.
- d. Acrecentar los modelos de calidad.

En 1950, el alumno de Shewhart, Edward Deming, que había participado en una investigación encargada por el gobierno estadounidense dos años antes, dio su primera conferencia a los industriales estadounidenses y enfatizó el uso de métodos estadísticos de control de condición.

Edwards W. Deming cambió la forma en que se dirigían las compañías, diciendo que la responsabilidad del mejoramiento continuo de la calidad radica en la alta dirección. Es un consultor celebre reconocido internacionalmente cuyo trabajo introdujo nuevos principios de gestión en la industria japonesa, transformando la productividad y calidad. En reconocimiento a su aportación a la economía japonesa, la (JUSE) Unión Japonesa de Ciencia e Ingeniería estableció la condecoración Deming por contribuciones a la calidad y confiabilidad del producto.

Sus aportes cambiaron el estilo de liderazgo en los Estados Unidos y su participación en el espacio de televisión "Si los japoneses pueden, por qué nosotros no". Y sus cursos cautivaron con el interés de gerentes de todas las compañías.

Otra contribución importante es el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar y actuar), que es útil para el desarrollo e implementación de planes de mejora de la calidad en todos los niveles de actividad.

Este enfoque está diseñado y desarrollado para ser utilizado en todas las técnicas como una estrategia de mejoramiento continuo de calidad, se aplica a organizaciones pequeñas y grandes. (Deming, 1989).

El ciclo PHVA se describe así:

Planificación: Determinar los principios y recursos necesarios para que el sistema y sus procesos produzcan y entreguen soluciones alineadas al requerimiento del cliente y la política de la organización, identificando las oportunidades y riesgos.

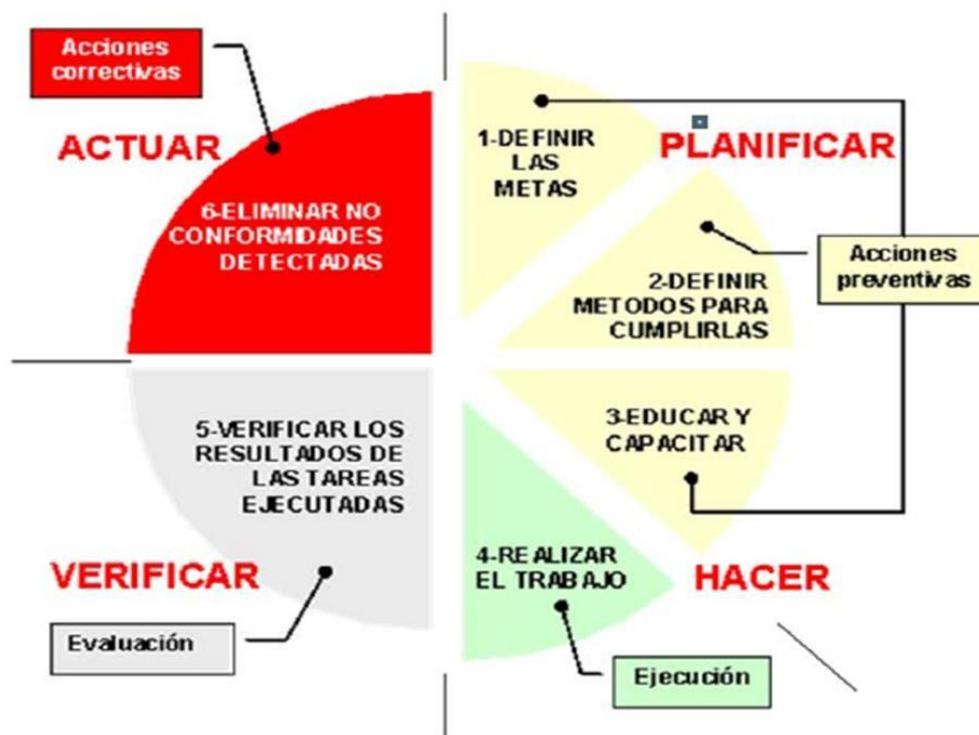
Hacer: Sigue el plan;

Validación: Supervisar y evaluar los procesos, productos y servicios en relación con las políticas, requisitos, principios y actividades programadas, informando sobre los resultados de todo lo ejecutado.

Acción: Elaborar las medidas necesarias para el mejoramiento del trabajo

Figura 6

ciclo PHVA



importancia de los recursos humanos porque se piensa que los errores son el resultado del error humano. Pero en los Estados Unidos, no fue hasta finales de la década de 1970,

cuando las empresas japonesas tenían una fuerte presencia en el mercado, que se apreció plenamente la importancia de la calidad como un componente crucial de la competitividad.

Crosby utiliza la prevención como palabra clave al describir varias especies. Como el paradigma de Crosby busca superar, la calidad se logra a través de la medición, la prueba y la evaluación. Puede ser una pérdida de tiempo y recursos porque este análisis hace que la gente falle, así que tienes que "adelante y arreglarlo". Crosby recomienda cuatro pilares para incluir en una estrategia de marca corporativa:

1. Implicación y actitud de las autoridades: La gerencia debe comenzar a adoptar las actitudes que desea inculcar en la organización, como dicen, "la escalera se mueve de arriba hacia abajo" cuando los empleados no ven la misma actitud de responsabilidad en todos los niveles.

2. Gestión de la calidad profesional: Los miembros de la compañía deben estar capacitados para que todos hablen el mismo idioma y entiendan cada programa de calidad de la misma manera.

3. Programas originales: Estos son los 14 pasos de Crosby, también conocidos como los 14 pasos del control de calidad.

1. Obligación y liderazgo de la dirección.

2. Equipos para mejorar la calidad.

3. Medir la calidad.

4. Calcular y evaluar el precio de la calidad.

5. Conciencia de la calidad.

6. Grupos de acción reparadora.

7. Comités de acción.

8. Instrucción y formación.

9. Ausencia de o días.

10. Definición de metas.

11. Eliminación de la causa subyacente del error.

12. Reconocimiento.

13. Asesoramiento de calidad.

14. Repetir el proceso – mejoramiento de la calidad.

4. Reconocimiento: Amparar a los trabajadores cuando realizan esfuerzos destacados para implementar el programa de calidad. Podemos hacerlo reconociendo que, durante un período determinado, un empleado ha realizado una acción única o diferente en beneficio de la organización y con el fin de contribuir al programa de calidad.

Juran originario de Estados Unidos, en 1951 publica su primer libro, The Quality Control. Al igual que Deming, dio en Japón seminarios y presentaciones a los distinguidos directivos. Sus pláticas son informativas y tratan de gestión y están enfocadas en planificación, ordenamiento y responsabilidad de gestión de la calidad, buscando establecer propósitos de mejora para lograr la máxima calidad de los productos o servicios, la organización debe laborar en cinco puntos:

1. Conocer el riesgo de una calidad inferior: Al revelar claramente las deficiencias del mal servicio, se vuelve más fácil para los empleados comprender lo que se debe hacer. Por lo tanto, la calidad aumenta con la reducción de mano de obra.
2. Adaptar el producto al uso previsto: Debe crear un producto que tenga como objetivo ser lo más útil posible para los clientes. De esa manera no gastas mucho dinero en cosas que no son realmente divertidas.
3. Asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad: Las empresas siempre deben comunicarse con sus clientes para averiguar si el producto que están produciendo es lo que quieren. De esta forma, es posible saber si el producto o servicio cumple con las expectativas del cliente.
4. Implementar la mejora continua: cuando se termina un producto o servicio, se debe juzgar por cómo se creó. De esta manera, la próxima versión del producto se puede desarrollar de manera eficiente para mejorarlo. Porque si cometes errores, aprendes de ellos.
5. Piense en la calidad como una inversión: Juran creía que el carácter es importante para cualquier negocio porque trae muchos beneficios. Si bien es difícil lograr una alta calidad en el trabajo realizado, te permite fidelizar clientes, aumentar tus ganancias y ser más competitivo que la competencia.

Según Juran, el mejoramiento de la calidad se produce a través de tres actividades.

- Control de calidad: Para mejorar un proceso, primero debe tener el control.
- Mejora o cambio significativo: El objetivo es alterar el procedimiento que nos permita producir una mejor calidad, y para hacer esto, debemos enfocarnos en la causa raíz.
- Planificación, la calidad: Se trata de incorporar plenamente todas las innovaciones y desarrollos en la práctica y nunca perder de vista lo que se ha logrado. Este cambio puede servir para satisfacer las nuevas demandas del mercado.

Ishikawa, nacido en 1915 en Tokio - Japón. Kaoru Ishikawa se graduó de la Universidad de Tokio. Ishikawa es reconocido como uno de los modelos más populares del mundo en la actualidad. La producción a bajo costo fue el principio rector de Ishikawa. Afirma que, según su filosofía tradicional, el desarrollo requiere un cambio de poder. El proceso de diseño, producción y mantenimiento de productos de alta calidad se conoce como control de calidad.

Ishikawa, como muchos otros, enfatizó los aspectos numéricos y prácticos de la industria. Su tarea principal es recopilar información. El diagrama de causa y efecto, también conocido como "diagrama de peces", es la contribución más significativa de Ishikawa. El diagrama de resultados del diseño es una herramienta para localizar, decidir e identificar las causas fundamentales de los cambios en la calidad del diseño.

Ishikawa se refirió a esto como el surgimiento de una nueva generación de calidad. La idea de calidad ha evolucionado desde una etapa donde no existía como tarea sistemática a otra donde el aseguramiento de la calidad comienza con el diseño del producto y su correspondiente proceso.

Teorías recientes de calidad

Aunque puede ser uno de los menos conocidos, Shigeo Shingo tuvo un impacto significativo en la industria japonesa, así como en la estadounidense. Creó el Sistema de Producción Toyota, una colección de innovaciones creadas con Taiichi Ohno. Shingo estuvo a cargo de reducir el tiempo de ensamblaje de cascos de una empresa de cuatro a dos meses. Sus ideas se destacan una gran revolución en la gestión y por realizar varios cambios en ella, ya que sus métodos eran polos opuestos de la tradición. Quienes estudian

superficialmente sus métodos opinan que sus teorías no son muy válidas, pero la mejor prueba de ello es el nombre "TOYOTA" que respalda a una de las mayores empresas automovilísticas de Shingo. (Rojas, 2003)

1.3 Marco legal

El país ha dado pasos significativos para definir el marco legal que define los derechos y roles de las organizaciones en relación a la atención otorgada por las instituciones, así como otros criterios adicionales que pueden ser aplicados a las decisiones de la Organización. Entre ellas tenemos:

Ley N° 26842 - Ley General de salud

Ley N° 27815 - Ley del Código de Ética de la Función Pública

Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado.

Norma Técnica para la Gestión de la Calidad de servicios en el sector público.

Norma internacional ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad - Requisitos, equivalente a la norma nacional NTP-ISO 9001: 2015.

1.4 Antecedentes del estudio

Antecedentes Nacionales

Según Obregón (2020), realizó un estudio titulado: Calidad de atención en el servicio diferenciado para adolescentes, del Centro de Salud El Progreso, Carabayllo, 2020 (Tesis de grado para titularse de Licenciada en Obstetricia) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El propósito de la investigación fue determinar la calidad de los servicios diferenciales para los jóvenes. La investigación utilizó un enfoque cualitativo que consta de métodos descriptivos, observacionales, interdisciplinarios y perspectivas. La muestra estuvo conformada por 84 adolescentes de 12 a 17 años y fue seleccionada aleatoriamente. Se utilizó una encuesta independiente. 64,2% de hombres y mujeres y 35,7% de adolescentes entre 12 y 14 años. El 94,05% de los encuestados eran estudiantes, el 3,57% trabajaban y el 2,38% eran amas de casa. Del 91,67% que estudió en la escuela secundaria, el 8,33% estudió en la escuela primaria. Del 97,62% de los solteros, el 2,38% vivían juntos. El 66,67% de las personas vivían en un núcleo familiar y el 71,43% eran nuevos usuarios. Los aspectos de confiabilidad y materialidad se encontraron en el nivel de mejora de procesos con un 41,43% y 40% de jóvenes insatisfechos, respectivamente. La responsabilidad, la seguridad y la compasión son parte de ello. Se encontró que el

71,73%, 66,43% y 61,91% de los jóvenes están satisfechos, respectivamente. La calidad de atención en las diversas ofertas para jóvenes en el centro de salud de El Progreso estuvo en un nivel aceptable. El 63,73% de los jóvenes se mostró satisfecho y el 36,27% insatisfecho.

Según Chavarry (2019), realizó un estudio titulado: “La percepción de calidad basado en la satisfacción laboral del usuario interno y la percepción de calidad de atención del usuario externo en el área de plataforma de la Agencia Cajamarca: 2016-2017” (Tesis de maestría) Universidad Nacional de Cajamarca. El objetivo de la investigación fue mejorar la relación entre usuario interno y usuario externo mejorando la percepción de satisfacción laboral del usuario interno y la percepción de calidad de atención del usuario externo. Para lograr este objetivo se caracterizó la percepción de satisfacción laboral del usuario interno y la percepción de calidad de atención del usuario externo a través de la identificación de dimensiones. Los resultados muestran que la percepción de satisfacción laboral y calidad de atención del usuario interno están relacionadas con el área de plataforma del Ca. Las dimensiones peor clasificadas para la variable satisfacción laboral son los beneficios económicos y el reconocimiento social y/o personal. La falta de empatía por parte de los trabajadores es el aspecto menos valorado de la variable calidad de atención al usuario externo. Esta investigación puede ser utilizada por la organización para mejorar los aspectos que los usuarios externos valoran menos y por tanto tratar de reducir la imagen negativa que los usuarios tienen de las entidades financieras.

Según Gamonal (2018), realizó un estudio titulado: Mejoramiento de respuesta para la atención de calidad a usuarios externos en el servicio de emergencia del hospital San Ignacio de Casma – 2018 (Tesis de grado para optar el título de Segunda Especialidad en enfermería en emergencia y desastres) Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. El presente trabajo se fundamenta en la problemática evidenciada en el servicio, la cual se ve reflejada en la insatisfacción de la población demandante que acude al hospital. Por lo tanto, también sirve para fortalecer la calidad de la atención que los clientes reciben en dicho servicio, y se ha preparado un plan de concientización para abordar este problema. Para hacer esto, los trabajadores de la salud han sido capacitados en la importancia de la atención de calidad, y se ha realizado talleres para ayudarlos a crear pautas, normas y protocolos para brindar atención de calidad a los usuarios. Es importante señalar que los usuarios que acuden a este servicio esperan encontrar accesibilidad, atención amable y un

servicio eficaz y eficiente. Esto solo es posible si las personas que los ayudan conocen su trabajo como profesionales en una emergencia.

Según Gómez (2017), realizó un estudio titulado: Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. El objetivo general del estudio fue evaluar los factores relacionados con la calidad percibida de la atención complementaria en salud en el Hospital Iquitos III. Este fue un estudio transversal. En 2016 se evaluaron un total de 305 pacientes con el SERVQUAL modificado en el ambulatorio del Centro de Medicina Complementaria (CAMEC). Además, se analizaron los posibles factores influyentes como la edad, el sexo, el nivel educativo, el tipo de paciente (nuevo o en curso) o el estado del encuestado (paciente o acompañante). El índice de satisfacción general fue del 72,9%. El nivel de satisfacción, agrupado por medida, fue: 68,6% para satisfacción, 72,3% para capacidad de respuesta, 77,1% para seguridad, 73,7% para empatía y 73,6% para aspectos materiales. El género y la edad de los mayores de 58 años se asociaron con todas las dimensiones de la evaluación. El resultado obtenido es que las dimensiones de seguridad y empoderamiento presentan el mayor porcentaje de satisfacción, siendo la satisfacción global percibida más fuerte en relación al género y la edad.

Antecedentes Internacionales

Según Robles M., Ascencio R. (2020), realizó el informe sobre: Calidad de la atención: Acceso a la justicia a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar basada en género. Tesis (Magíster en Familia y Género) -- Facultad de Ciencias Sociales y Educación. Universidad de Cartagena – Colombia. El objeto principal de la violencia de género es el hecho de que las mujeres sean mujeres, lo que provoca una afectación desproporcionada y se practica en los ámbitos público y privado. En el informe de la relatoría especial sobre violencia contra la mujer, se dice que la violencia de género es un tipo de violencia muy común en culturas donde las normas patriarcales son fuertes, y que la cultura fomenta la aceptación de la violencia contra la mujer. El modelo ecológico feminista integrado aplicado para este análisis permitió descubrir que, a partir de las historias personales de las funcionarias y las mujeres en las interacciones con la familia, la comunidad y la sociedad, y en general, el contexto en el que se desarrollan a lo largo de toda la vida, permitió mostrar la dinámica de la violencia intrafamiliar basada en el

género. Además, también se mostró cómo cada uno de estos subsistemas transversaliza la cultura de la violencia.

Según Campos (2020), realizó el informe titulado: Mejoras para el fortalecimiento de la calidad de la atención en la Clínica del Pie Diabético del Hospital San Juan de Dios. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública. Universidad de Costa Rica. El objetivo es mejorar la calidad de servicio al cliente en la clínica de pie diabético del Hospital San Juan de Dios en base a los requisitos del “Sistema Internacional de Gestión de Calidad ISO 9001-2008”. Aprendizaje mixto concurrente del modelo dominante. En primer lugar, se observaron los procesos. Luego se realizó una encuesta entre los empleados y usuarios del servicio, todos estos datos fueron analizados utilizando los estándares definidos en la norma ISO. Utilizando los elementos de la norma 9001-2008, se propuso organizar los procesos de atención. Otras personas también han utilizado el servicio y han pedido realizar una encuesta. La mayoría dijo que el mayor problema es la infraestructura del servicio, lo que significa que no está funcionando bien y no cubre las necesidades de la gente. Este estudio muestra la importancia de la calidad en el sector de la salud, ya que se enfoca en las necesidades de cada usuario para hacerlos felices.

Según Rodríguez (2017), realizó un informe titulado: Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso hospitalario en una institución pública de segundo nivel de atención. Tesis para optar el título de maestra en Administración en Enfermería. Universidad Autónoma de San Luis Potosí – México. El propósito de este estudio fue describir la calidad de la atención. Se trata de un estudio no participativo, transversal, observacional y descriptivo realizado de enero a marzo de 2017. Algunos investigadores querían saber si se seguían los procedimientos de seguridad del paciente en el hospital. Para hacer esto, utilizaron una lista de verificación de 39 elementos y observaron investigaciones recientes, pautas de práctica hospitalaria y otras pautas. También hablaron con algunas enfermeras experimentadas. Encontraron que hubo 172 casos donde el estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de la institución médica con el asiento CONBIOETICA-24-CEI-001-20160427. Los empleados observados en la institución tienen un promedio de 14 y 24 años de experiencia, de los cuales el 80,30% tiene título de licenciatura. La calidad de la atención durante el ingreso hospitalario fue aceptable (45,90%). El indicador menos adecuado fue la actividad de prevención de infecciones (29,14%). Los resultados indican una importante falla de actuación de

enfermería en el proceso de admisión de pacientes y un área de mejora a través de intervenciones dirigidas a aumentar la competencia de enfermería.

Según Durant (2016), realizó un informe titulado: Implementación y diseño del modelo de calidad de atención al usuario, caso aplicado en el Hospital Pablo Arturo Suárez. Tesis previa a la obtención de Título de Magíster en Administración de Empresas, con mención en Gerencia de la Calidad y Productividad, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El objetivo de estudio es desarrollar un modelo de calidad para la prestación de servicios de salud pública en el Hospital General Provincial "Pablo Arturo Suárez", centro de salud de segundo nivel. El enfoque por procesos del Hospital General de la Provincia Pablo Arturo Suárez es la base para construir un sistema de calidad que le permita comprender y ordenar con mayor claridad los procedimientos y servicios que brinda su empresa. establecidos por la Constitución de la República de Filipinas y el Plan Estatal para el Buen Vivir. Para garantizar que los derechos y obligaciones de los funcionarios públicos estén en línea con las recomendaciones globales de seguridad del paciente, se creará un modelo de calidad basado en procesos como parte de este trabajo. un medio para recibir atención rápida, respetuosa, gratuita y sin ningún tipo de discriminación y, lo que es más importante, contribuye a reducir el riesgo del paciente durante el curso de la atención; Esto se logra a través de la creación de procedimientos para la gestión del servicio al usuario y sistemas de reporte de incidentes y eventos adversos basados en el enfoque de círculo rápido para la mejora continua.

1.5 Marco conceptual

Para efectos del marco conceptual, se han adoptado algunas definiciones propuestas del Sistema de Gestión de la Calidad - vocabulario que define los términos de gestión de calidad. En particular, se revisaron aquellos más notables para este informe, que abordaron la calidad y temas relacionados.

Calidad: el grado en que el conjunto de características satisface las especificaciones.

Satisfacción del cliente: Percepción de qué tan bien se cumplen sus requisitos.

Sistema: un grupo de elementos con conexiones e interacciones.

Sistema de gestión: Un sistema de gestión para una organización puede incluir una variedad de sistemas de gestión, como un sistema de gestión de la calidad, un sistema de gestión financiera o un sistema de gestión ambiental.

Sistema de gestión de la calidad: un marco de gestión para dirigir y gestionar la calidad de una organización.

Alta Dirección: funcionario que dirige y administra una organización, proporciona recursos humanos y de otro tipo adecuados. Identifica y evalúa las brechas, oportunidades e implementa acciones apropiadas, y supervisa el seguimiento de los procesos y resultados para tomar acuerdos de gestión.

Gestión de la calidad: actividades que se coordinan para orientar y gestionar la calidad de la organización. El establecimiento de políticas y objetivos de calidad, la planificación de la calidad, el control de la calidad, la garantía de la calidad y la mejora de la calidad son componentes comunes de la gestión y el control de la calidad.

Planificación de la calidad: el área de gestión de la calidad que establece objetivos de calidad y especifica los procedimientos operativos y los recursos de apoyo necesarios para lograr esos objetivos.

Garantía de calidad: relacionada con garantizar el cumplimiento de los requisitos de calidad.

Mejora continua: Acciones iterativas que mejora la capacidad de cumplir con los requisitos.

Producto: resultado del proceso.

Procedimiento: una forma específica de realizar una acción u operación.

Manual de Calidad: Documento que describe el sistema de gestión de la calidad de la empresa.

Satisfacción: Es un estado mental que se desarrolla como resultado de contrastar el desempeño real de un artículo con lo que el consumidor esperaba. (Kotler, 1996)

Comunicación: Las comunicaciones internas y externas planificadas y efectivas facilitarán el compromiso y la comprensión del contexto de la organización; Las necesidades y expectativas de los consumidores y otras partes interesadas.

Eficiencia: Relación entre el tiempo real y el tiempo total permitido.

Partes Interesadas: representan una seria amenaza para la sostenibilidad futura de la organización. La empresa elige los resultados que deben presentarse a las partes interesadas para reducir el riesgo.

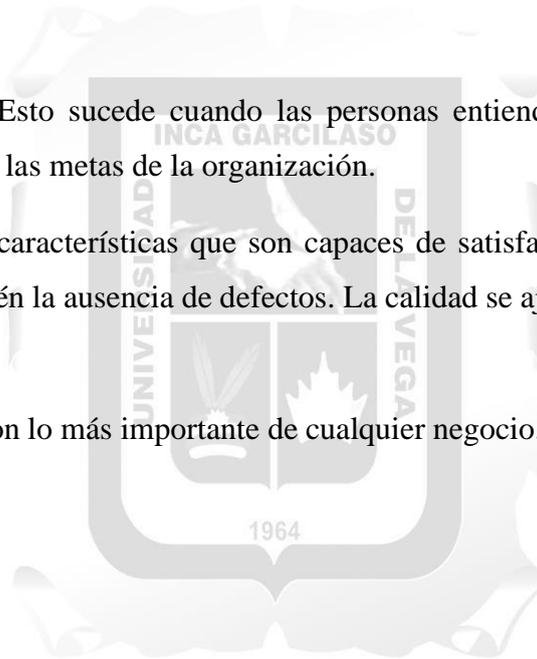
Proceso: actividades o eventos coordinados u organizados que se desarrollan de manera alterna o simultánea o con un propósito específico.

Sistema de Gestión de la Calidad: Es un proceso de acción en el que una organización establece sus objetivos y determina los procesos y recursos necesarios para lograr los resultados deseados.

Toma de conciencia: Esto sucede cuando las personas entienden su rol y cómo sus acciones contribuyen a las metas de la organización.

Calidad: Conjunto de características que son capaces de satisfacer las necesidades del cliente e incluye también la ausencia de defectos. La calidad se ajusta a los requisitos del cliente. (Juran, 1993)

Cliente: Los clientes son lo más importante de cualquier negocio. (Bengochea, 1999)



CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



2.1 Descripción de la realidad problemática

Una buena atención a los ciudadanos en las entidades públicas debe incluir la asistencia de servicios de calidad y entender que cualquier acción o inacción de la institución durante el período de gestión afecta el servicio final al usuario, lamentablemente en algunas instituciones esto no es así.

La Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (en adelante DIGEMID), como se mencionó anteriormente, es el organismo técnico normativo del Ministerio de Salud en la ejecución del proceso de control de medicamentos, proveedores y medicamentos, cuyo objeto funcional es asegurar la eficacia, calidad y seguridad de los medicamentos, productos relacionados y promover el uso racional de los medicamentos.

Los usuarios que realizan trámites DIGEMID son profesionales que se relacionan con laboratorios, farmacias, que para poner sus productos en el mercado deben realizar los trámites de inscripción o reinscripción del registro sanitario, certificación de buena fabricación o almacenamiento, etc., para poder comercializar sus medicamentos y personas que requieren autorización de prescripción.

La Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas ha enfrentado serios desafíos a lo largo del tiempo, cambios normativos derivados de la aprobación del Tratado de Libre Comercio, a través de la Ley N° 29316, ley que reforma, introduce y reglamenta diversas disposiciones para la instrumentación del comercio., acuerdo suscrito entre Perú y Estados Unidos (14 de enero de 2009), se modifica el Artículo 50 de la Ley N° 26842 (Ley General de Salud), relativo a la inscripción y reinscripción en el Registro Sanitario establecido por Decreto Supremo. N° 001-2009-SA y sus modificatorias. Además, a esto se debe agregar los intereses comerciales de las grandes farmacéuticas que quieren apoderarse del mercado.

Se precisa que antes de los cambios normativos la formalidad para la autorización de registro sanitario era muy distendidos en plazos que no permitían realizar una evaluación técnica, ya que se tenía que resolver solo con la presentación de la solicitud únicamente como declaración jurada, no incluía requisitos que permitan evaluar eficacia y seguridad del producto. Así también no establecía criterios de riesgo para la emisión de registros sanitarios de dispositivos médicos que puedan ocasionar eventos adversos durante su uso. En el caso de la apertura de establecimientos Farmacéuticos eran a través de pesquisas post-comercialización (laboratorios, farmacias, droguerías) sin previa

autorización, inspección de calidad de los productos por la Autoridad. Estos cambios normativos tuvieron deficiencias en la ejecución de la organización afectando directamente a los usuarios externos no recibiendo una calidad de atención.

Además de estos problemas normativos existentes, también se han identificados problemas internos que afectan directamente al proceso de calidad de atención entre estas insatisfacciones tenemos: Incumplimiento en los plazos según Ley, plazo máximo que tiene la administración pública para gestionar y solucionar un expediente, Normas en proceso de aprobación, si bien es cierto Digemid las propone y proyecta estas son aprobadas por el MNSA, si se tuviera la autonomía sería diferente, Falta de unificación de criterios legal y técnica, por parte de los profesionales al momento de evaluar un expediente, Inadecuada forma de evaluar los expedientes, a la falta de unificación de opiniones que afecta al administrado: por ejemplo un profesional evalúa un expediente y lo observa, al momento de subsanar y lo presenta nuevamente pasa a otro profesional evaluador y este le observa otras cosas que el evaluador que tuvo primero el expediente no observó. Falta de compromiso del personal es una consecuencia negativa, que se manifiesta en un bajo desempeño laboral, el incumplimiento de los objetivos organizacionales y, en consecuencia, pérdida de confianza por parte de los usuarios. Renuncia por mejoras económicas de parte de los profesionales, personal después de pasar un periodo de trabajo en la Digemid se desplazan a laborar al sector privado y estos dejan expedientes pendientes sin resolver. Equivocación en dar una información correcta, debido que la falta de conocimiento de los tramites que se realizan en la institución. No adquisición de central telefónica que genera malestar tanto para el usuario interno y externo por no poder comunicarse para saber el estado de sus expedientes. Profesional nuevo con poca experiencia, el avance es lento hasta que tengan confianza en evaluar. Contrato de Personal tercero está en un tiempo determinado luego se van por falta de financiamiento, debido a que no hay autonomía financiera. Software obsoleto. Dependencia tecnológica con el MINSa. Líneas telefónicas no contestan. Procesos burocráticos. Reclamos de los usuarios. No se realiza el monitoreo de los planes de Acción para la disminución de expedientes pendientes. Falta de documentación del SIG, procedimientos para control indefinidos y seguimiento, deficiente cultura de calidad, falta de organización en la documentación (procedimientos, Instructivos). Diferentes equipos, áreas y/o distintos cargos de una misma dirección realizan funciones idénticas (duplicidad

de funciones). Ausencia de indicadores de calidad. Personal de Digemid renuente a los cambios cuando se ha querido implementar nuevas formas de trabajar,

Cabe señalar que, si bien Digemid tiene implementado y certificado un sistema de gestión, este no está incluido en todos los procesos.

Todo lo mencionado genera insatisfacción por parte de los usuarios que como es justo esperan ser atendidos a la brevedad posible; muchas veces puede darse también por la falta de empatía del personal profesional y administrativo de la institución.

El problema identificado tiene varias causas y de diferente índole:

- Incumplimiento en los plazos según Ley
- Normas en proceso de aprobación
- Falta de unificación de criterios legal y técnica
- Inadecuada forma de evaluar los expedientes
- Falta de compromiso del personal
- Renuncia de profesionales por mejoras económicas
- Equivocación en dar una información correcta
- Falta de central telefónica
- Profesional nuevo con poca experiencia
- Contrato de Personal tercero está en un tiempo determinado luego se van por falta de financiamiento.
- Software obsoleto
- Dependencia tecnológica con el MINSA
- Líneas telefónicas no contestas
- Procesos burocráticos
- Reclamos de los usuarios
- No se realiza seguimiento a los planes de Acción para la disminución de expedientes pendientes.
- Falta de documentación del sistema integrado de gestión.
- Indicadores de calidad no mejorados.
- Ausencia de empatía.

Figura 7

Árbol de Problemas

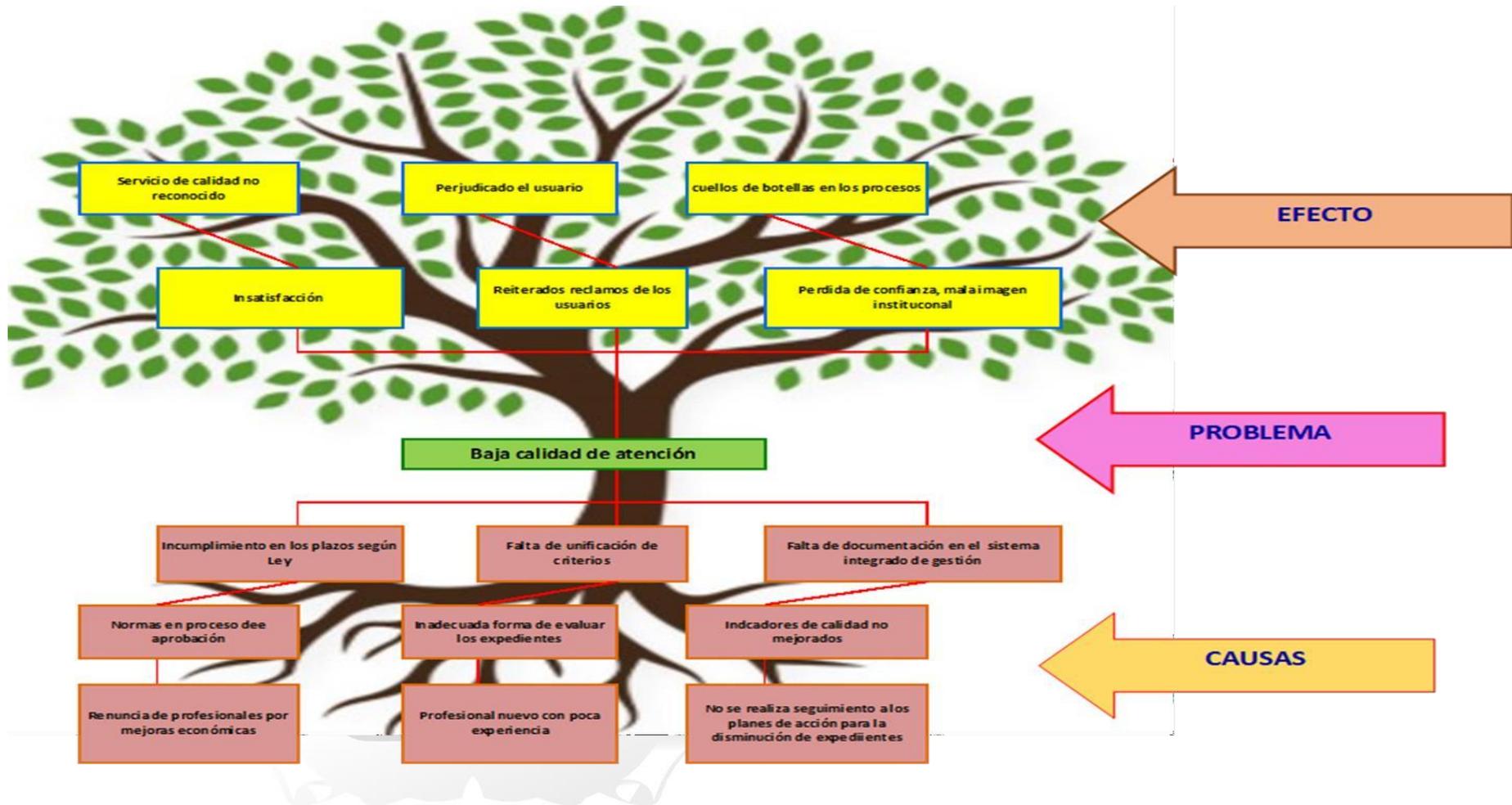
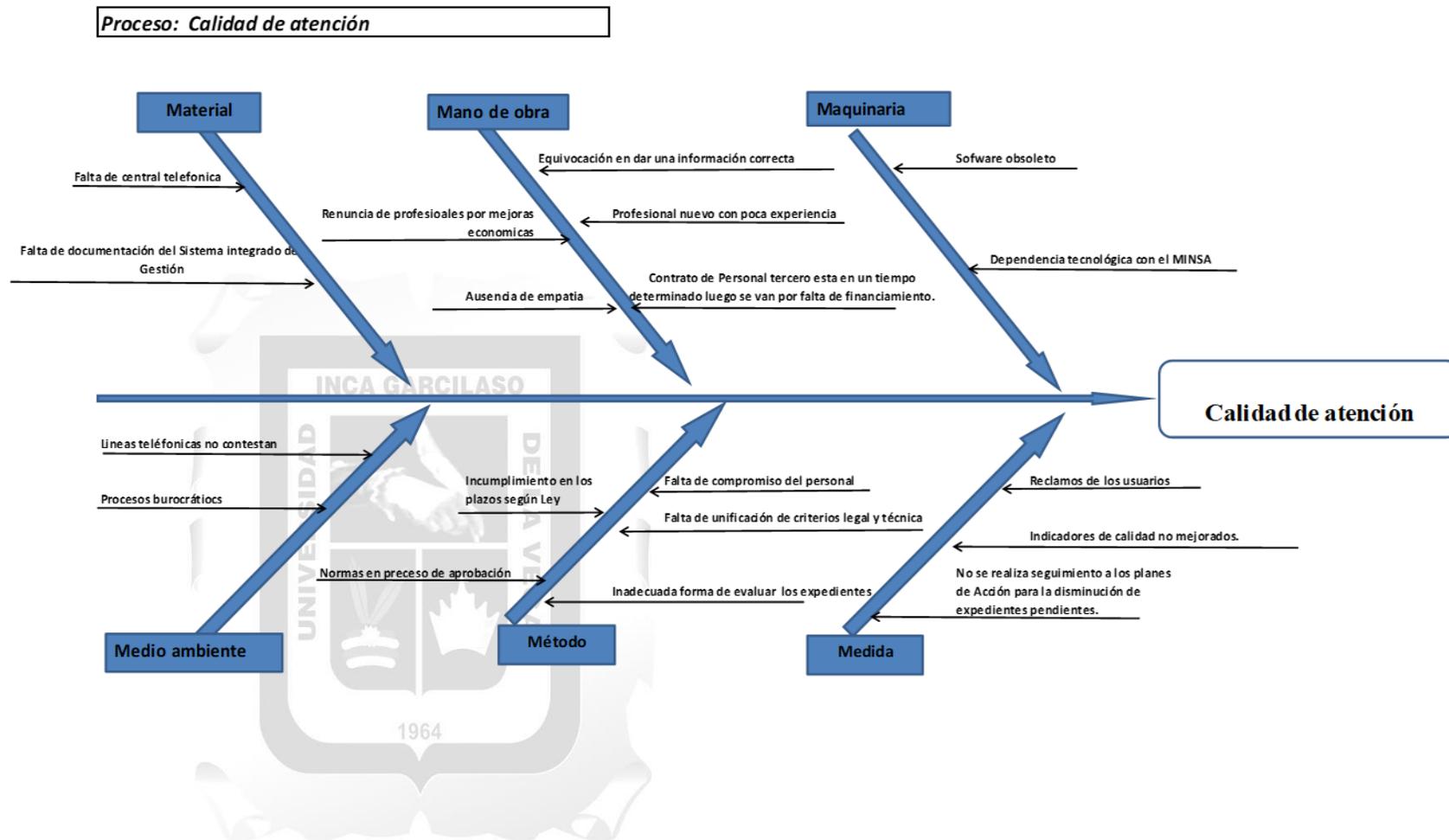


Figura 8

Espina de Ishikawa



2.2 Formulación del problema general y específicos

Problema General

¿Cómo se puede mejorar la calidad de atención a usuarios externos de Digemid?

Problemas Específicos

¿De qué manera mejorar la calidad de atención en Digemid?

¿Qué hacer para que los procesos de calidad de atención dejen de ser indocumentados y descontrolados?

¿Cómo un modelo de mejora de la calidad al servicio de los usuarios externos puede ser una alternativa de solución a los problemas que surgen durante la evaluación de expedientes?

2.3 Objetivo general y específico

Objetivo General

Proponer un modelo para mejorar la calidad de atención al usuario externo de Digemid, que permita identificar y solucionar problemas en los procesos.

Objetivos específicos

Calificar el estado actual de los procesos Digemid

Identificar áreas y actividades procesos relacionados con las causas raíz de los problemas.

Proponer estrategias para abordar las causas fundamentales identificadas.

The logo of the Universidad Inca Garcilaso de la Vega is a shield-shaped emblem. At the top, it reads "INCA GARCILASO". The central part of the shield features a hand holding a quill pen. Below this, the shield is divided into four quadrants. The left side of the shield contains the word "UNIVERSIDAD" and the right side contains "DE LA VEGA". At the bottom of the shield, the year "1964" is inscribed. The entire logo is set against a background of a stylized, draped banner.

CAPÍTULO III: JUSTIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Justificación e importancia del estudio

Justificación teórica

El presente informe surge a partir de hechos observados y reclamos ejecutados por los usuarios que vienen hacer sus trámites a la DIGEMID. En la DIGEMID, este informe de suficiencia profesional será de suma importancia, porque va contribuir significativamente a lograr una mejora en los procesos administrativos y operativos de cada equipo, área, lo que redundará en un aumento de la productividad, reducir las desviaciones detectadas por el servicio al cliente, lo que impacta positivamente en la percepción del cliente, y de igual manera dará lugar a una discusión académica para profundizar en el conocimiento del tema, derivada de revistas científicas, libros y tesis universitarias sobre la metodología PHVA.

Justificación practica

Desde un punto de vista pragmático, el informe servirá para dar a conocer y esbozar los elementos esenciales del servicio de atención que favorezcan la implementación de estrategias de refuerzo interno, con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios del servicio.

Además, permitirá a la Digemid implementar estrategias para mitigar la insatisfacción de los usuarios y tomar las acciones necesarias, para la mejora continua del servicio brindado al usuario.

Así mismo, el objetivo es implementar un modelo de calidad basado en medidas encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios y armonizar las facultades y obligaciones de los empleados con las normas internacionales y nacionales vigentes, asegurando que esta atención sea oportuna , respetuosa, no discriminatoria y sobre todo que contribuya a reducir los riesgos a la calidad de la atención; para ello, mediante la creación de un sistema de reporte de procesos e incidencias y eventos adversos relacionados con la gestión de los servicios al usuario según métodos de mejora continua de ciclo rápido.

La importancia de este trabajo radica en ayudar a mejorar los procesos de Digemid, lograr buenos resultados y brindar el soporte y servicio de calidad que los usuarios necesitan gracias a la mejora continua que involucre a funcionarios, profesional

evaluador, proveedores, personal administrativo, etc. y generar un cambio cultural en la calidad de atención.

3.2 Delimitación del estudio

El entorno en el que se planifica el informe es en la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas – Digemid, jurisdicción del Ministerio de Salud, precisamente el segundo semestre del 2022. El Equipo de Gestión de la Calidad que forma parte de la línea estratégica de la Dirección General, está conformada por el jefe responsable de gestión de calidad, especialista, analista de calidad y el coordinador del libro de reclamaciones. Equipo de Calidad coordina con la Direcciones Ejecutivas, Equipos y Áreas, en los temas relacionados con la gestión de procesos y la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en Digemid.



The logo of the Universidad Inca Garcilaso de la Vega is a shield-shaped emblem. At the top, it reads "INCA GARCILASO". The shield is divided into three sections: the top section shows a hand holding a quill pen, the bottom-left section shows a rabbit, and the bottom-right section shows a sunburst. The words "UNIVERSIDAD" and "DE LA VEGA" are written vertically on the left and right sides of the shield, respectively. At the bottom of the shield, the year "1964" is inscribed. The entire logo is set against a background of a stylized, draped banner.

CAPÍTULO IV: FORMULACIÓN DEL DISEÑO

4.1 Análisis Crítico

Durante la elaboración de este informe de actividad profesional se tuvo en cuenta la metodología descriptiva, propositiva y transaccional, teniendo en cuenta la experiencia adquirida durante los años de trabajo en la institución y teniendo en cuenta los problemas de calidad existentes referente a la calidad de atención de los usuarios externos.

Para la confección de este informe y la selección de alternativas de solución se apoyó en datos registrados, como la evaluación de reclamos y la encuesta de satisfacción realizada en julio de 2022 para su análisis. Tanto, en el resultado de reclamos y de las encuestas, se recolectó la opinión de los usuarios externos sobre la calidad de los servicios individuales de Digemid; Además, se utilizaron técnicas de análisis de documentos para explorar y evaluar la importancia de los documentos de gestión, las normas y los informes relacionados con la institución.

Para conocer un poco de los procesos en Digemid se presenta a continuación el Mapa de procesos del MINSA, donde Digemid es parte integrante en lo que respecta a lo que se refiere a medicamentos.

En el mapa de procesos Nivel O (Figura N° 10) se diagraman los tres procesos: Los estratégicos en donde se determina las políticas internas y estrategias para lograr los objetivos y metas institucionales.

Los misionales que es la razón de ser de la institución está vinculada directamente con el servicio o producto para el cliente.

Digemid tiene más participación en el proceso de otorgamiento de derechos y en los otros procesos tienen participación parcial.

Los de soporte, como su nombre lo dice son el soporte de los procesos estratégicos y misionales, brindar las herramientas necesarias para el desarrollo de sus actividades para que esta sea eficaz y eficiente.

Así mismo, las entradas, salidas y las partes interesadas a quienes damos servicios.

Se observa que, en el mapa de procesos se evidencia la interrelación que existe en todos los procesos de la institución.

Figura 9

Mapa de Procesos de Digemid



En ese sentido, cabe mencionar que la disminución o incremento ocurrida en la cantidad de reclamos presentados se explica a razón de las disposiciones implementadas en el marco del Estado de Emergencia Nacional (vigente desde 15 de marzo de 2020 a la fecha), las cuales redujeron la afluencia de usuarios a las diferentes instituciones y restringieron la presentación de documentos presenciales., toda vez que se aplicó el aislamiento social obligatorio, entre otras, lo que motivo la formulación de los reclamos respectivos.

El análisis de cada uno de los reclamos permitirá las oportunidades de mejora:

Se evidencia que el mayor porcentaje de insatisfacción consignados por el usuario externo está dirigido a errores en la digitación de las Resoluciones Directorales (84.96% del total de reclamos recibidos en el año 2021) errores cometidos en el nombre del producto, en la forma de presentación, en el número de expediente, en la condición de venta, en la parte resolutive de la RD, entre otros. Estos reclamos por corrección son posibles por la falta de un nuevo aplicativo Software que mejore al momento de ingresar la información para la emisión del registro sanitario.

El siguiente aspecto a considerar la mala atención al público (7.68% del total de reclamos), se refiere al trato que se otorga al usuario cuando viene a las instalaciones de DIGEMID, a una información inconsistente, equivocación en dar una información correcta, falta de central telefónica, ausencia de empatía.

En tercer lugar, tenemos al incumplimiento de los plazos establecidos y demoras (7.36% del total de reclamos), el cual está referido, principalmente al tiempo que utiliza el personal profesional para evaluar los expedientes en el otorgamiento del registro sanitario, al incumplimiento por parte de los evaluadores del plazo que disponen para evaluar un expediente y a la demora en dar respuesta a consultas, adicionalmente al incumplimiento de los plazos establecidos hay ciertos problemas que afectan la evaluación misma de los expedientes como son: Normas en proceso de aprobación, falta de unificación de criterios legal y técnica, Inadecuada forma de evaluar los expedientes, falta de compromiso del personal, profesional nuevo con poca experiencia, contrato de Personal tercero está en un tiempo determinado luego se van por falta de financiamiento, No se realiza seguimiento a los planes de Acción para la disminución de expedientes pendientes, falta de documentación del sistema integrado de gestión, indicadores de calidad no mejorados, renuncia de profesionales por mejoras económicas.

Tabla 1

Tendencia mensual de evaluación de reclamos 2021

**MINISTERIO DE SALUD
DIGEMID**

CÓDIGO: SGC-FOR-20 VERSIÓN:1
FECHA:13-10-2017

TENDENCIA MENSUAL DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE RECLAMOS DEL AÑO 2021

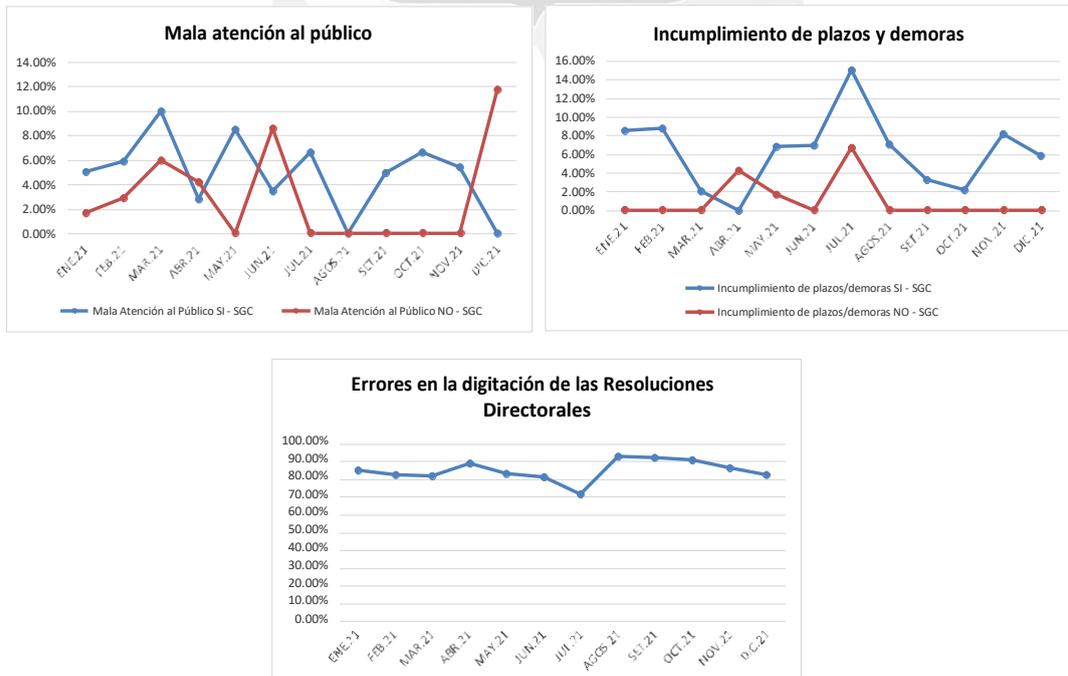
TIPO DE RECLAMO		COMPARATIVO MENSUAL DE EVALUACIÓN DE RECLAMOS 2021												TOTAL
		ENE.21	FEB.21	MAR.21	ABR.21	MAY.21	JUN.21	JUL.21	AGOS.21	SET.21	OCT.21	NOV.21	DIC.21	
Mala Atención al Público	SI - SGC	3	2	5	2	5	2	4	0	3	3	2	0	31
	NO - SGC	1	1	3	3	0	5	0	0	0	0	0	4	17
Incumplimiento de plazos/demoras	SI - SGC	5	3	1	0	4	4	9	4	2	1	3	2	38
	NO - SGC	0	0	0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	8
Errores en la digitación de las Resoluciones Directorales		50	28	41	63	49	47	43	53	56	41	32	28	531
Organización e infraestructura		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL		59	34	50	71	59	58	60	57	61	45	37	34	625

TIPO DE RECLAMO		COMPARATIVO MENSUAL DE EVALUACIÓN DE RECLAMOS 2021												PROMEDIO ANUAL
		ENE.21	FEB.21	MAR.21	ABR.21	MAY.21	JUN.21	JUL.21	AGOS.21	SET.21	OCT.21	NOV.21	DIC.21	
Mala Atención al Público	SI - SGC	5.08%	5.88%	10.00%	2.82%	8.47%	3.45%	6.67%	0.00%	4.92%	6.67%	5.41%	0.00%	4.96%
	NO - SGC	1.69%	2.94%	6.00%	4.23%	0.00%	8.62%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	11.76%	2.72%
Incumplimiento de plazos/demoras	SI - SGC	8.47%	8.82%	2.00%	0.00%	6.78%	6.90%	15.00%	7.02%	3.28%	2.22%	8.11%	5.88%	6.08%
	NO - SGC	0.00%	0.00%	0.00%	4.23%	1.69%	0.00%	6.67%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.28%
Errores en la digitación de las Resoluciones Directorales		84.75%	82.35%	82.00%	88.73%	83.05%	81.03%	71.67%	92.98%	91.80%	91.11%	86.49%	82.35%	84.96%
Organización e infraestructura		0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
TOTAL		100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Figura 10

Gráfico estadístico mensual de los reclamos 2021

GRÁFICOS ESTADÍSTICOS MENSUAL POR TIPO DE RECLAMO DEL 2021



A continuación, presentamos el porcentaje de los reclamos por modalidad:

Mala atención: Esta referida a la atención que dan los funcionarios de la institución con respecto a la atención que se brinda.

Incumplimiento de Plazos y Demoras: Se refiere a la demora en la evaluación de sus expedientes de trámite que se encuentra fuera de plazo.

Errores en la Digitación: Esta referida a las equivocaciones en la redacción de las Resoluciones Directorales

Tabla 2

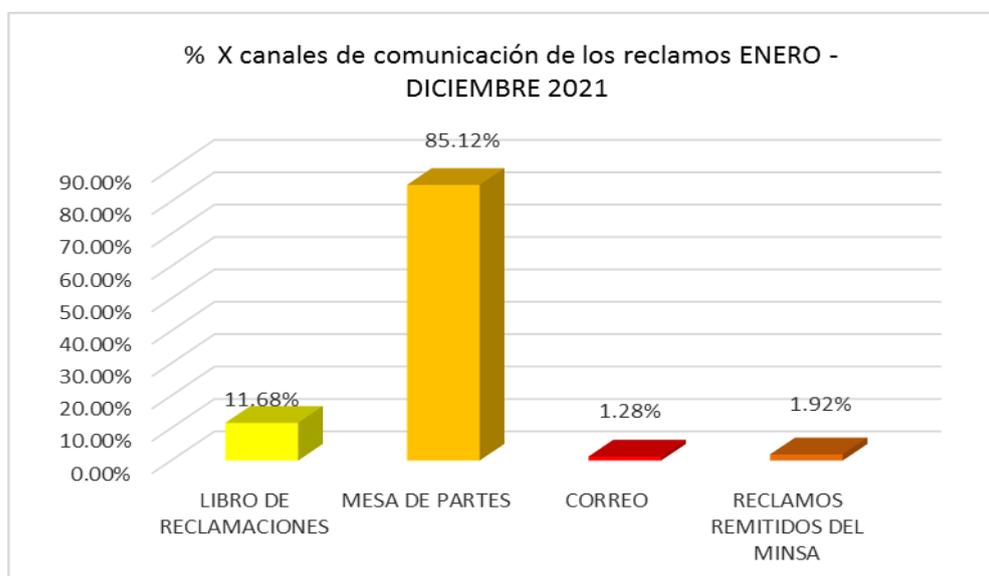
Reclamos por modalidades

**EVALUACIÓN DE RECLAMOS
PORCENTAJE DE RECLAMOS POR MODALIDAD Y CANALES DE INGRESO
ENERO - DICIEMBRE 2021**

MODALIDAD DE RECLAMO	CANALES DE COMUNICACIÓN DE UN RECLAMO (cantidades)				TOTAL	% total modalidad
	LIBRO DE RECLAMACIONES (plataforma Única)	MESA DE PARTES	CORREO	RECLAMOS REMITIDOS DEL MINSA		
Mala atención al público	38	1	2	7	48	7.68%
Incumplimiento de plazos y demoras	35	0	6	5	46	7.36%
Errores en la digitación de las Resoluciones Directorales	0	531	0	0	531	84.96%
TOTAL	73	532	8	12	625	100.00%
% canales	11.68%	85.12%	1.28%	1.92%	100.00%	

Figura 11

Evaluación de los reclamos 2021



En la Tabla 03, se muestra el número y porcentaje de reclamos del 2022, que hasta el mes de setiembre se han recepcionado: tanto los que están con certificación SGC y no certificación SGC, (399 formatos recibidos: 46 reclamos por la plataforma única, 353 reclamos por correcciones ingresados por mesa de parte).

Tabla 3

Tendencia mensual de evaluación de reclamos 2022



4.2 Planteamiento de Alternativas de Solución

En base a las evidencias recogidas se plantean tres métodos cada uno de ellos con bondades de soluciones optimas.

Método Kaizen- Mejora continua

La filosofía japonesa Kaizen guía el modelo de mejora continua. Kaizen nació originalmente de la idea de que la vida se puede mejorar para que podamos vivir de manera plena y rentable.

La creencia última de la filosofía Kaizen es que debemos mejorar constantemente nuestras vidas para hacerlas más plenas y satisfactorias.

Kaizen se refiere al proceso de mejora continua en todos los aspectos de una organización, desde las prioridades estratégicas hasta las operaciones del día a día. El principio de mejora continua se basa en el hecho de que las pequeñas mejoras que realizamos de manera constante en el tiempo pueden conducir a cambios significativos a largo plazo.

El objetivo del método Kaizen es mejorar los procesos para eliminar cualquier desperdicio. El desperdicio en este contexto se refiere al uso ineficiente del tiempo o la redundancia en los procesos. Un ejemplo bien conocido de un modelo de mejora continua es el modelo de fabricación de Toyota, que se centra únicamente en "producir lo que se necesita, cuando se necesita y en la cantidad que se necesita". Desde entonces, este modelo se ha aplicado en muchas empresas, incluidas empresas ajenas a la fabricación.

Al aplicar esta filosofía en los negocios, podemos hacer pequeños cambios gradualmente para lograr grandes cambios a largo plazo.

El mismo concepto se aplica a los negocios, porque mientras sigas mejorando, los negocios prosperarán. La mejora continua de procesos tiene como objetivo optimizar las actividades de valor agregado y eliminar el desperdicio.

Hay tres tipos de desperdicios que se pretenden eliminar con Kaizen:

Muda, que se refiere al desperdicio: prácticas que agotan los recursos, pero no agregan valor.

Mura se refiere a la irregularidad: sobreproducción que deja residuos.

Mira que se refiere a la sobrecarga: los recursos están bajo demasiada presión, como máquinas desgastadas o empleados con exceso de trabajo.

Metodología Six Sigma

Six Sigma es un método de mejora de procesos que tiene como objetivo minimizar la variación en el producto final. Fue desarrollado por el ingeniero estadounidense Bill Smith en 1986 mientras trabajaba en Motorola. En este proceso, los datos estadísticos se utilizan como referencia para ayudar a los gerentes a comprender sus procesos. Un proceso se considera optimizado si produce menos de 3.4 defectos.

Six Sigma se usa ampliamente en la fabricación porque ayuda a reducir errores e inconsistencias. El objetivo en este caso es lograr una regularidad óptima, lo que finalmente se traduce en la satisfacción del cliente.

Hay dos procesos principales que se pueden utilizar en Six Sigma: DMAIC para procesos ya en uso y DMADV para procesos nuevos.

DMAIC es una alternativa de Six Sigma que se usa para optimizar procesos. Es muy importante saber el significado de DMAIC:

Define: referente a la definición de la oportunidad de mejora.

Measure: Medir la utilidad de los procesos vigentes.

Analyze : Examinar los procesos para descubrir las causas que originan los defectos.

Improve: Optimizar los procesos acercándose al origen de las causas.

Control: Verificar los procesos mejorados y estimar el rendimiento de los procesos posteriores para corregirlos.

El proceso de mejora de DMAIC lo podemos ver en la etapa de análisis. En este paso del proceso DMAIC, los equipos utilizan un diagrama de Ishikawa para ver las posibles causas de la falla del producto. La cabeza del pez representa el problema inicial. Luego, cuando vaya a la parte posterior del pez, cada costilla enumera diferentes tipos de categorías de problemas que pueden conducir a un conflicto inicial. Este tipo de análisis visual es muy útil para identificar y diferenciar problemas que pueden tener una causa raíz.

Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA)

El ciclo PHVA (Plan-Do-Check-Act) es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios. El ciclo PHVA es un método de mejora continua. No es un proceso único, sino un ciclo continuo de mejora de procesos e iteraciones. Siguiendo el ciclo PHVA, los equipos desarrollan hipótesis, prueban ideas y las refinan. Es una técnica muy útil para tratar, analizar y resolver problemas empresariales. Así mismo, se basa en un proceso de mejora continua, garantiza una gran flexibilidad y una mejora iterativa, también resuelve problemas de gestión de proyectos y procesos, debido a esta naturaleza, se puede aplicar a muchos proyectos diferentes. Los equipos que utilizan el ciclo PHVA adoptan efectivamente el mejoramiento continuo y la implementación de un proceso iterativo.

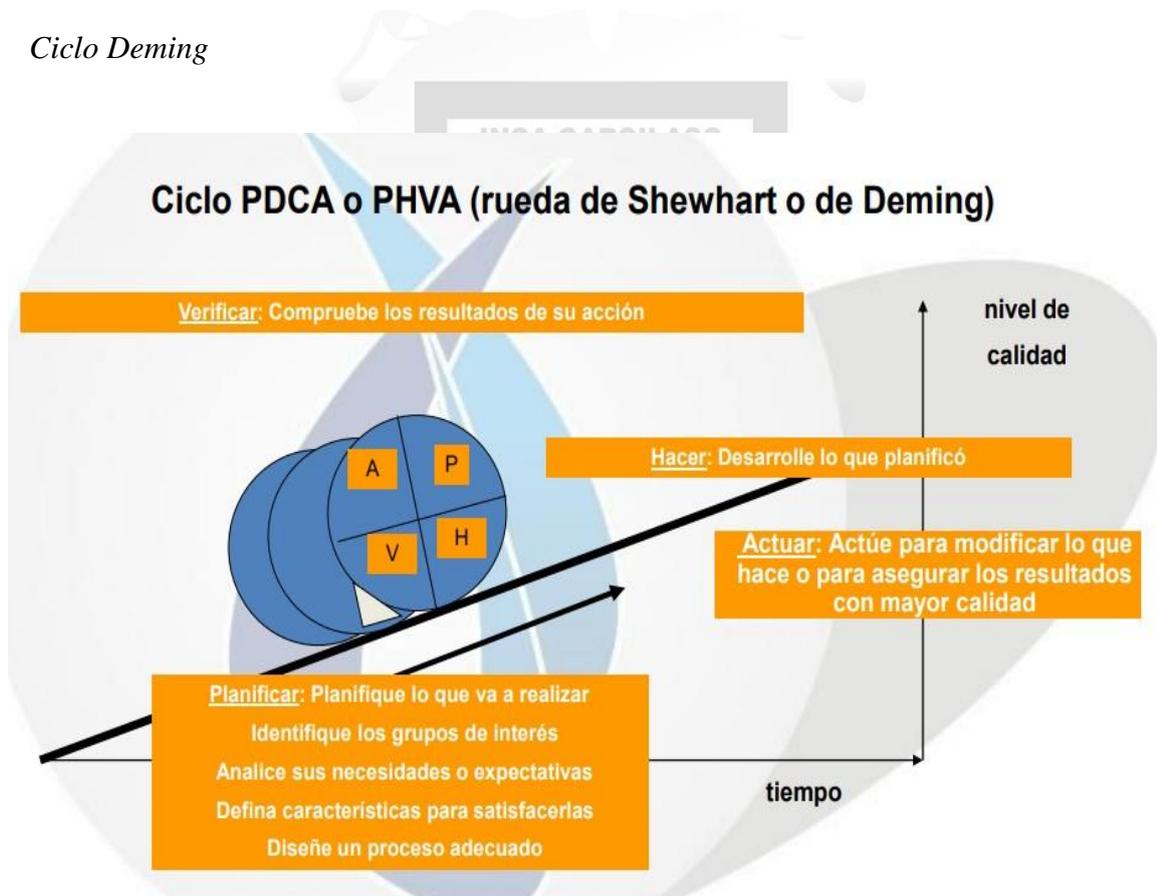
Este método PHVA es útil cuando se quiere:

Mejorar y facilitar un proceso de trabajo repetitivo, fomentar un proceso de rubro nuevo principiar a implementar mejoramientos continuos, insistir cambios rápidamente y ver resultados inmediatos, maximizar resultados y minimizar errores, acreditar soluciones múltiples rápidamente.

Los cuatro pasos del proceso PHVA se encuentran en su nombre: planificar, verificar, hacer y actuar, es un ciclo que cuando llega a su final, se retroalimenta con un comienzo nuevo y así cuantas veces sea necesario.

Figura 12

Ciclo Deming



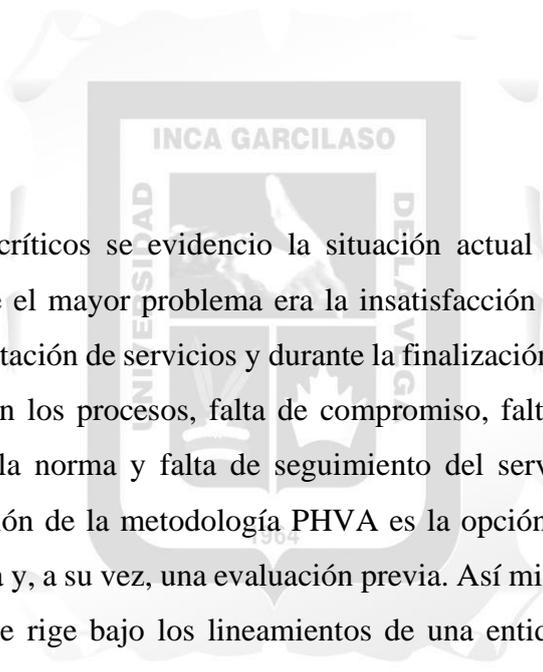
4.3 Evaluación de Alternativas de Solución

Para definir la alternativa de solución que se va aplicar se analizó cada una de ellas en base a ciertos criterios y asignando cantidades de valor (en donde 1, es la puntuación menor y cinco, la mayor). En la tabla siguiente, se detalla los valores de la evaluación, considerando las calificaciones obtenidas en facilidad de la aplicación, resultados

perdurables, admite la incorporación de mejoras y oportunidades y conocimiento de la metodología para la institución.

Tabla 4

Crterios de evaluación



En el análisis críticos se evidencio la situación actual de los procesos de la institución, resultó que el mayor problema era la insatisfacción de los clientes antes y después de la de la prestación de servicios y durante la finalización de ésta, este problema se deriva de brechas en los procesos, falta de compromiso, falta del cumplimiento de algunos requisitos de la norma y falta de seguimiento del servicio al cliente, lo que asegura que la aplicación de la metodología PHVA es la opción más adecuada porque promueve la excelencia y, a su vez, una evaluación previa. Así mismo, dada la naturaleza de la institución que se rige bajo los lineamientos de una entidad pública el ciclo de Deming es la más equivalente a la gestión de la organización.



CAPÍTULO V: PRUEBA DE DISEÑO

5.1 Aplicación de la propuesta de solución

Para resolver el problema tenemos el siguiente paso de diseño:

En la experiencia obtenida puedo indicar que la planificación puede ser considerada como un proceso secuencial orientado a metas de mediano y largo plazo, para ello es primordial el compromiso no solo de los trabajadores si no de la alta dirección, porque es importante que tengan la creencia y la capacidad de aplicar la metodología PHVA para mejorar la calidad de los servicios de los usuarios.

Para la propuesta de solución aplicaremos la etapa planificar:

Planificar: En esta etapa se establecen los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades;

La alta dirección debe demostrar **liderazgo y compromiso** con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:

- a) identificar, comprender y cumplir regularmente con sus requisitos y los requisitos legales y reglamentarios aplicables;
- b) Identificar y abordar los riesgos y oportunidades que puedan afectar nuestra capacidad para mejorar el cumplimiento de productos y servicios y la satisfacción del cliente.
- c) Mantener un enfoque en la mejora de la satisfacción del cliente. De lo contrario, se tomarán las medidas correctivas correspondientes.

Figura 13

Compromiso de la Dirección General

El Compromiso de la Dirección General es de conocimiento de todas las Direcciones Ejecutivas

Como se sabe el principal **objetivo** que alcanza la metodología PHVA es mejorar la calidad de la atención en la organización, y para ello nos enfocaremos en las debilidades que afectan la satisfacción del cliente externo. Entre esos objetivos se menciona:

Propagar el compromiso de todos los trabajadores para lograr el cumplimiento.

Se debe aminorar el número de reclamos y cumplir la atención de servicio en la institución.

Renovar la comunicación con el cliente.

Sensibilización a los trabajadores sobre el sistema de gestión de calidad para el servicio al cliente.

Seguidamente en la Tabla, se elaborará el plan de actividades con el fin de ejecutar la mejora de la calidad de atención, en la cual se indica a los **responsables** de cada actividad con fecha de inicio y final.

Tabla 5

Plan de actividades con roles y responsabilidades

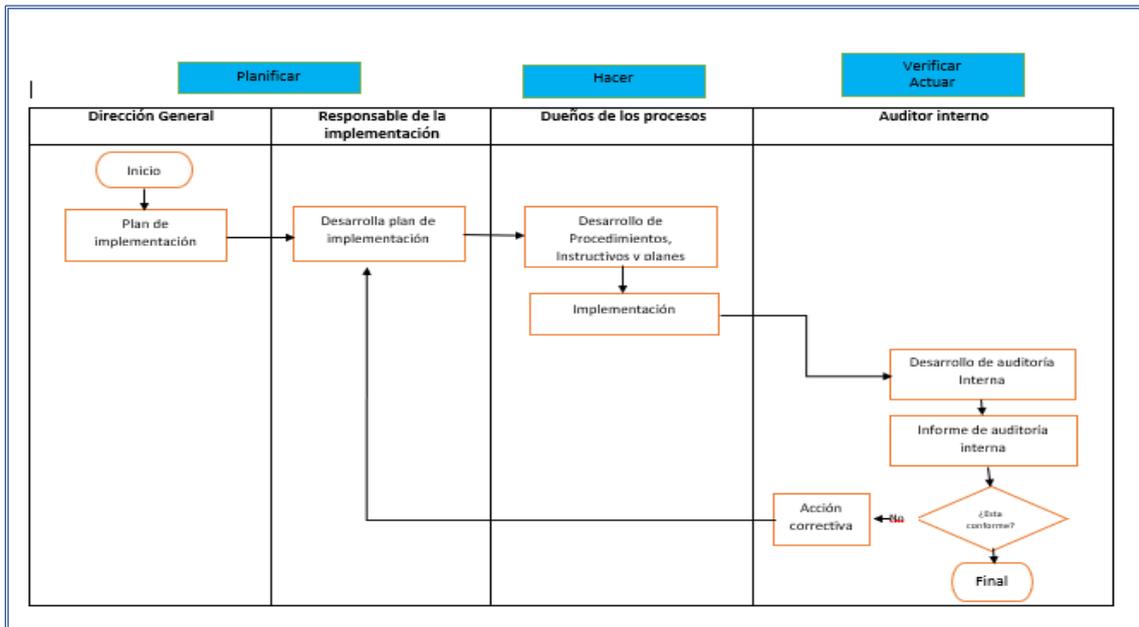


En la tabla 05 se observa la lista del que hacer a efectuar para el proceso de mejora en la calidad de atención, en la cual mencionamos a los responsables de cada actividad como al: Responsables del SGC, Direcciones Ejecutivas, Gestión Administrativa, personal de GC.

A continuación, se presenta el diagrama de flujo, realizado en Bizagui, siguiendo la secuencia lógica a fin de demostrar de una forma óptima el proceso de la metodología PHVA

Tabla 6

Flujograma del ciclo PHVA



A continuación, se presenta el esquema de implementación del PHVA con sus respectivas actividades.

Tabla 7

Esquema de implementación PHVA

ESQUEMA DE IMPLEMENTACIÓN PHVA			
Etapa	Defición	Practica	Actividades
Planificar	Establecer objetivos, políticas y metas en beneficio del cliente.	Definir los lineamientos a seguir y los objetivos de la implementación	Compromiso, política de la institución Objetivos y Roles y responsabilidades
Hacer	Implementar los procesos de mejora.	Elaborar registros de procedimientos Sensibilización	Diagrama de flujo del procedimiento con el cliente . Procedimiento de atención al cliente. Programa de capacitaciones a personal. Programa de capacitaciones , implementación de registros. Elaboración del Plan de mejora de la calidad.
Verificar	Establecer los procesos respecto a los objetivos y requisitos.	Realizar seguimiento a los procesos	Monitorear el avance de la implementación.
Actuar	Tomar acciones para mejorar continuamente	Elaboración del plan para mejorar la calidad de atención	Análisis de los indicadores

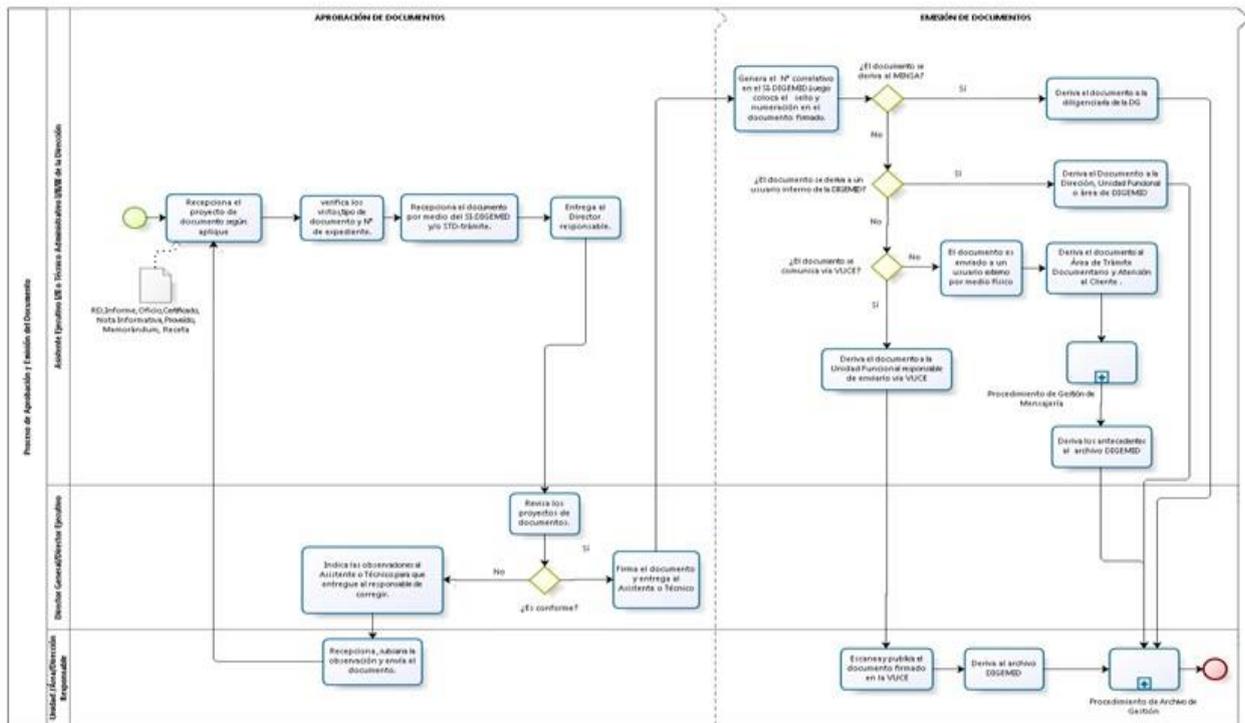
Hacer: En esta etapa se va implementar lo planificado

Una vez implementada la primera fase del ciclo Deming, se propondrá la segunda fase. Este consistirá en implementar las acciones correctivas ya descritas en el Plan de Acción. El conocer las necesidades y expectativas del usuario nos permite rediseñar nuestros servicios y así proporcionar una alta calidad de atención, para esto tenemos que tener un orden tanto en nuestros procesos y más aún en nuestras actividades que se realiza y para esto se tiene que elaborar un flujo de la a tención procedimientos en el cual se establece el paso a paso de nuestras de las actividades realizadas.

En la figura 14 se presenta el diagrama del procedimiento de recepción y envío de documentos de los clientes, que consistió en Identificar la secuencia ordenada de actividades que se realizan para recepcionar y entregar las solicitudes recibidas por los usuarios externos al responsable en DIGEMID, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.

Figura 14

Diagrama de procedimiento de recepción y envío de documentos

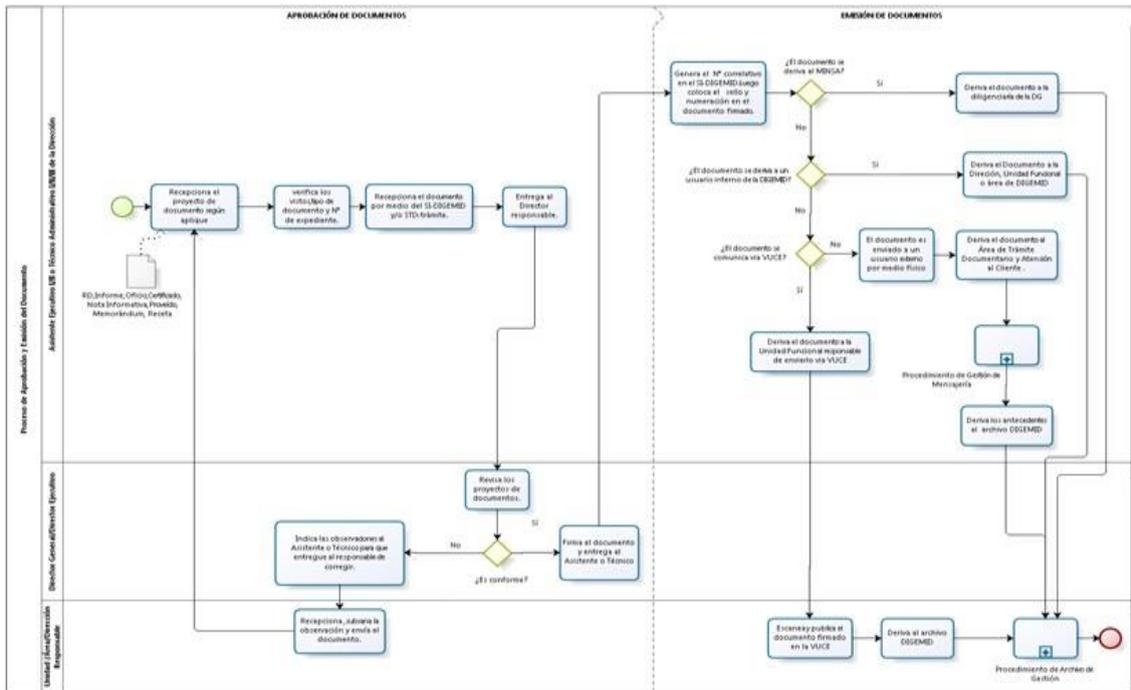


En la figura 15 se presenta mediante un diagrama el procedimiento de los clientes que nos ayudara a cumplir la secuencia ordenada de actividades que se realizan los

involucrados para aprobar y emitir documentos al usuario interno o externo, dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad vigente.

Figura 15

Diagrama de procedimiento para la aprobación y emisión del documento



1964

Elaboración de un procedimiento de funciones:

Evaluación: La Falta de procedimientos clave para las actividades en el sitio, lo que genera confusión de responsabilidades.

Por otro lado, como parte de las acciones a implementar o actualizar, se introducirán descripciones de puestos, que a su vez determinarán procesos operativos, a partir del responsable de cada área, para determinar actividades y responsabilidades específicas, reduciendo supuestos o actividades indefinidas en un puesto.

En la tabla 08 se muestra el procedimiento de aprobación de documentos en el cual se detalla el paso a paso como se aprueban los documentos tiene por finalidad mejorar el proceso de aprobación y emisión de documentos, y derivarlo al usuario interno o externo, bajo sustento técnico y reglamentario.

Consta de las siguientes fases:

Aprobación de documentos: en el cual se detalla la aprobación de los documentos Resolución Directoral, Informe, Oficio, Certificado, Receta Médica, Proveído, Nota Informativa o Memorándum.

Emisión de documentos: Se detalla el cómo se deriva los documentos ya evaluados por medio del Sistema de trámite del MINSA, por tramite de la VUCE y cuando el documento es enviado a un usuario externo por medio físico.

Tabla 8

Procedimiento de aprobación de documentos

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.1.	APROBACIÓN DE DOCUMENTOS	
1.1.1.	Recepciona los proyectos de Resolución Directoral, Informe, Oficio, Certificado, Nota informativa, Proveídos, Memorándum, Proveídos o Receta Médica; con sus documentos adjuntos.	Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección
1.1.2.	Verifica aspectos generales de estos documentos proyectados, como son: vistos buenos de las personas responsables, clasificación del tipo de documento, y de ser necesario el N° de expediente de acuerdo al reporte de derivación de expedientes y anexos.	Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección
1.1.3.	Recepciona los documentos, por medio del SI-DIGEMID, módulo de trámite documentario y si aplica se recepciona también por el STD-Tramite; luego entrega al director responsable de firmar el documento.	Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección
1.1.4.	<p>Revisa los proyectos de Resolución Directoral, Informe, Oficio, Certificado, Receta Médica, Proveído, Nota Informativa o Memorándum.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando encuentra alguna observación, lo señala y devuelve al Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección; quien se encarga de derivarlo al responsable de la Unidad Funcional, Área, o director según corresponda. • Cuando el documento se encuentra conforme, lo firma, y entrega al Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección-para que continúe con el flujo de emisión del documento. 	Director General /Director Ejecutivo
1.2.	EMISIÓN DE DOCUMENTOS	
1.2.1.	Genera el N° correlativo del documento por medio del SI-DIGEMID. Luego coloca el sello y la numeración en el documento.	Asistente Ejecutivo I/II o Técnico

		Administrativo I/II/III de la Dirección
1.2.2.	<p>Deriva el documento dependiendo del caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cuando el documento es enviado al MINSA</u>, se deriva a través de la diligenciaría de la DG, por medio del SI-DIGEMID y se aplica el procedimiento Archivos de Gestión. <p>Tipos de documentos para ser emitidos al MINSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución Directoral. 2. Informes 3. Oficios 4. Notas Informativas 5. Memorándum 6. Proveídos <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cuando el documento se envía a un usuario interno de la DIGEMID</u>: deriva el documento a la Dirección, Unidad Funcional o área que figura en el documento, por medio del SI-DIGEMID, módulo de trámite documentario y de ser necesario también se envía por el STD., luego se aplica el procedimiento Archivos de Gestión. <p>Nota: Las Resoluciones Directorales (Rectificación, Multa, Reconsideración y Prescripción) que envía la DICER primero es fedateada, luego se envía al Asistente Ejecutivo I/II de la Dirección General, adjuntando la Nota Informativa elaborada. Posteriormente el cargo de la Nota Informativa será enviado al archivo por parte de la Dirección Ejecutiva.</p> <p>Tipos de documentos para ser emitidos a otras Direcciones, Unidades o Áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oficios. 2. Informes. 3. Memorándums 4. Notas Informativas. 5. Proveídos 6. Resolución Directoral <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cuando el documento es enviado a un usuario externo, por medio de la VUCE</u>, deriva el documento a la Unidad Funcional responsable de realizar dicho envío, por medio del SI-DIGEMID, módulo de trámite documentario. (Actividad 7.2.3. hasta Actividad 7.2.7.) <p>Tipos de documentos para ser emitidos por la VUCE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resoluciones Directorales 2. Certificados 3. Oficios <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cuando el documento es enviado a un usuario externo por medio físico</u>; deriva el documento al área de Trámite Documentario y Atención al Cliente el cual cumple el procedimiento Gestión de Mensajería, por medio del SI-DIGEMID, módulo de trámite documentario. Así mismo se deriva al Archivo Institucional, para aplicar el procedimiento Archivos de Gestión. <p>Nota:</p>	Asistente Ejecutivo I/II o Técnico Administrativo I/II/III de la Dirección

	<p>Todos los documentos firmados emitidos por la DICER (Oficios, Informes, Notas Informativas, Resoluciones Directorales, Certificados) son escaneados y almacenados en una carpeta digital, el mismo que sirve como información para consulta a la Directora Ejecutiva.</p> <p>Tipos de documentos para ser enviados a través de Atención al Cliente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oficios 2. Informes 3. Notas Informativas 4. Resoluciones Directorales 5. Certificados 6. Recetas médicas 	
1.2.3.	Recepciona los documentos que serán comunicados vía VUCE al administrado, por medio del SI-DIGEMID.	Unidad Funcional Responsable
1.2.4.	Escanea la Resolución Directoral o Certificado.	Unidad Funcional Responsable
1.2.5.	Ingresa con el N° de SUCE a la VUCE, luego corrobora el N° de expediente con el registrado en la Resolución Directoral o Certificado.	Unidad Funcional Responsable
1.2.6.	Envía la Resolución Directoral al Usuario externo por medio de la VUCE, módulo de “Borrador de Documento Resolutivo” donde selecciona el archivo almacenado en la computadora y procede a cargar el archivo; luego en la pestaña de datos del solicitante, ingresa el N° de Resolución Directoral y fecha de emisión de esta misma. Termina el proceso dando click en transmitir.	Unidad Funcional Responsable
1.2.7.	Deriva el expediente al archivo institucional por medio del SI-DIGEMID; módulo de Administración del expediente. Luego en el módulo de trámite documentario del SI-DIGEMID, genera el registro de “Derivación de Expedientes y anexos”, que adjunta al expediente. Se realiza el procedimiento Archivos de Gestión .	Unidad Funcional responsable

En la tabla 09 se muestra el procedimiento de recepción y envío de documentos que tiene por finalidad recepcionar y entregar las solicitudes recibidas por los usuarios externos al responsable en DIGEMID, bajo sustento técnico y reglamentario.

Tabla 9

Procedimiento de recepción y envío de documentos

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1.3.	RECEPCIÓN Y REVISIÓN DEL DOCUMENTO	
1.3.1.	<p>Recibe el documento en vía físico en vía virtual o vía VUCE por parte del usuario externo.</p> <p>A. <u>Trámite vía Físico</u> Para los procedimientos TUPA (incluye también cambios menores), NO TUPA y los procesos de cosméticos, productos absorbentes de Higiene Personal y Productos Sanitarios de Higiene Doméstica.</p>	Técnico Administrativo II del Área de Atención al Cliente y Trámite Documentario

	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el usuario externo, realice un trámite TUPA, realiza previamente su pago respectivo en el Banco de la Nación, el Operador de Atención, utiliza el voucher de pago (previamente canjeado en caja de DIGEMID) e ingresa el código que aparece en este al SI-DIGEMID, módulo de trámite documentario. <p>Considerar que existen procedimientos TUPA que no requieren pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando el usuario externo, realice un trámite NO TUPA, no realiza pago alguno, y el Operador de Atención prueba en el buscador del SI-DIGEMID, módulo de registro de expediente, según el motivo de la solicitud. De ser el caso, que no identifique el código de trámite, lo ingresa como “otros trámites” asignándole el responsable de atención que aparece en la solicitud del documento. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Trámite vía Virtual:</u> Mediante la página web de Digemid (www.digemid.minsa.gob.pe) el administrado tiene acceso a la Aplicación Web de la Ventanilla Virtual de DIGEMID – VI. Esta plataforma permite remitir documentos digitalizados. El administrado transmite su documento en la plataforma web y ésta se visualiza en la Intranet Institucional en la aplicación “Gestión de Tramite Virtuales”. Al momento de ingresar el documento, se le asigna en automático un número de solicitud, el cual será atendido por el personal técnico administrativo II <p>Para los procedimientos TUPA (incluye también cambios menores), NO TUPA y los procesos de cosméticos, productos absorbentes de higiene personal y productos sanitarios de higiene doméstica. Cuando el usuario externo, realice un trámite TUPA, realiza previamente su pago respectivo en el Banco de la Nación, este voucher debe ser escaneado e incluido a los demás requisitos que corresponden al trámite a realizar. Cuando el usuario externo, realice un trámite NO TUPA, no realiza pago alguno, y el Operador de Atención, prueba en el buscador SI-DIGEMID, módulo de registro de expediente, según el motivo de la solicitud. De ser el caso, que no identifique el código de trámite, lo ingresa como “otros trámites” asignándole el responsable de atención que aparece en la solicitud del documento</p> <p>C. <u>Trámite vía VUCE</u></p> <p>Realiza la revisión previa de documentos para los procesos de Inscripción y Reinscripción de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos.</p>	
1.3.2.	<p>Revisa los requisitos señalados en la Ley de Procedimiento Administrativo General – Ley N° 27444, y sus modificatorias y, si corresponde, lo señalado en el Texto Único de Procedimientos Administrativos – TUPA y su modificatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la información del documento sea conforme, continúa la actividad 7.2.1. • Cuando la documentación no está conforme para los siguientes procesos, se procede de la siguiente manera: <p>A. <u>Trámites vía Físico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos TUPA y NO TUPA <p>Se coloca el sello “Documento Incompleto” en el expediente que ingresa y en el cargo, los firma, y mantiene retenida la documentación por un plazo máximo de 48 horas, para que el usuario complete la documentación faltante o subsane las omisiones detectadas.</p>	Operador de Atención.

	<p style="text-align: center;">✓ Cambios Menores</p> <p>Se coloca las observaciones en el documento y se entrega al administrado, dando por concluido el proceso.</p> <p style="text-align: center;">✓ Productos Cosméticos, Productos Absorbentes de Higiene Personal y Productos Sanitarios de Higiene Doméstica</p> <p>Entrega de manera inmediata el documento físico al administrado indicándole las observaciones, dando por concluido el proceso.</p> <p>B. <u>Trámites vía Virtual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos TUPA y NO TUPA <p>La aplicación “Gestión de Tramite Virtuales”, permite al personal Operador de Atención, “Observar” la solicitud, otorgando al Administrado 48 horas hábiles para que pueda subsanar por el mismo medio.</p> <p>Esta opción, también está habilitada para trámites que correspondan a:</p> <p>Productos cosméticos, productos absorbentes de higiene personal y productos sanitarios de higiene doméstica.</p> <p>C. <u>Tramite vía VUCE</u></p> <p>Coloca la observación en la pestaña comunicación de la SUCE, para que en un plazo de 48 horas el administrado subsane.</p> <p>De no subsanar las observaciones en el plazo establecido o resultar no conforme la corrección, se da por concluido el trámite.</p>	
1.4. REGISTRO, DERIVACIÓN Y EMISIÓN DEL DOCUMENTO		
1.4.1.	<p>Registra la información requerida de acuerdo a cada proceso:</p> <p>I. <u>Trámite Físico para procedimientos TUPA (incluye cambios menores) y NO TUPA</u></p> <p>Se registra en el SI-DIGEMID módulo de trámite documentario. Continúa el punto 7.2.2</p> <p>EXCEPCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para procesos de Cambios Menores de Productos Farmacéuticos, se registra en el SI-DIGEMID, Imprime dos etiquetas autoadhesivas con el número de expediente asignado y su respectivo código de barras, luego genera el reporte de “Derivación de Expedientes y Anexos” y se deriva y entrega físicamente al área de archivo. <p>Se aplica el procedimiento de Archivos de Gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Para procesos de Cambios Menores de Dispositivos Médicos, se valida los datos en el aplicativo LIBROS y se registra en el SI-DIGEMID, Imprime dos etiquetas autoadhesivas con el número de expediente asignado y su respectivo código de barras, luego genera el reporte de “Derivación de Expedientes y Anexos” y se deriva y entrega físicamente al Especialista de Evaluación, que de estar conforme lo derivará al área de archivo. <p>Se aplica el procedimiento de Archivos de Gestión.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Trámite Físico para los procesos de Productos Cosméticos, Productos Absorbentes de Higiene Personal y Productos Sanitarios de Higiene Doméstica</u> 	Operador de Atención.

	<p>Se registra en el aplicativo SBELLA – Revisión Previa; Luego se entrega el documento al Especialista de Evaluación.</p> <p>Si el Especialista considera conforme el expediente deriva al Operador de Atención para que se genere el número de expediente.</p> <p>✓ <u>Trámite Virtual</u> para procedimientos TUPA (incluye cambios menores) y NO TUPA</p> <p>Se registra en el SI-DIGEMID módulo de trámite documentario la solicitud y por último se carga al servidor institucional el archivo adjunto remitido por el Administrado. Finalizado el ingreso, el SI-DIGEMID en automático genera un número de expediente a la solicitud. Este expediente es remitido al Administrado mediante un correo electrónico desde la cuenta digemidvirtual@minsa.gob.pe en automático indicándole a su vez a que número de solicitud corresponde.</p> <p>✓ <u>Trámite vía VUCE</u></p> <p>Se registra en la SUCE, pestaña APROBADO, y el sistema automáticamente genera el comprobante de pago virtual (CPB). Luego el sistema envía a la bandeja de cada Especialista de Evaluación de cada Unidad o Área según corresponda.</p>	
1.4.2.	<p>Imprime dos etiquetas autoadhesivas con el número de expediente asignado y su respectivo código de barras, una la adhiere en la primera página de la documentación que ingresa y la otra en el cargo que entrega al usuario.</p>	Operador de Atención.
1.4.3.	<p>Ingresa al SI-DIGEMID, módulo de listado de reportes, luego se procede a seleccionar en el buscador el nombre de destinatario de los documentos, los cuales serían de la Dirección, las unidades funcionales y de los evaluadores para generar el reporte de “Derivación de Expedientes y Anexos”.</p>	Operador de Atención.
1.4.4.	<p>Imprime dos cargos del reporte de “Derivación de Expedientes y Anexos” del SI-DIGEMID, a fin de corroborar la relación de expedientes al usuario interno.</p>	Operador de Atención.
1.4.5.	<p>Haciendo uso del reporte de “Derivación de Expedientes y Anexos” ordena los documentos, según lo clasificado.</p>	Operador de Atención.
1.5.	ENTREGA DE DOCUMENTOS	
1.5.1.	<p>Se dirige a cada una de los usuarios internos, entregando los documentos recogidos un día antes, de acuerdo a la Matriz de Derivación Interna de Documentos Vía Físico (Anexo 2).</p> <p>Nota:</p> <p>Cuando no se encuentra presente el destinatario, los entregará a la secretaria de la Unidad Funcional o de la Dirección.</p> <p>La acción de la entrega de los documentos urgentes, es en el transcurso del día y los demás documentos por trámite regular al día siguiente.</p> <p>En caso se entregue un documento a una persona distinta a quien el usuario externo haya dirigido, el receptor de este, debe devolver el documento dentro de las 24 horas, después de haberlo recepcionado.</p>	Operador de Atención.

1.6. ANALISIS DEL PROCESO		
1.6.1.	Extrae trimestralmente el reporte estadístico por el SI-DIGEMID respecto a los trámites ingresados.	Operador de Atención.
1.6.2.	Elabora el Informe trimestral de supervisión de plataforma de atención al cliente y analiza el desempeño de cada Operador de Atención Luego envía trimestralmente el informe al Coordinador.	Operador de Atención.
1.6.3.	Recepciona el informe y coordina las acciones correctivas o de mejora con el personal a su cargo. Luego envía mensualmente al jefe de Gestión Administrativa, el reporte respecto al proceso de trámite documentario	Coordinador del Área de Atención al Cliente y Trámite Documentario
1.6.4.	Recepciona el reporte mensual, revisa y realiza las gestiones administrativas	Jefe de Gestión Administrativa

Plan de capacitación:

Evaluación: En la práctica se realizan inducciones al personal nuevo que ingresa elaborar, no obstante, se hace una retroalimentación después de esta.

Acción a realizar: Se realizará la capacitación al personal, enfocándonos en la norma ISO 9001:2015 para lograr los objetivos de la institución y mejorar los objetivos marcados, enfocándonos en la fuerza laboral y compromiso de los trabajadores. Llevar a cabo comunicaciones internas y externas, incluidas revisiones creíbles y oportunas, estableciendo buenos objetivos de comunicación y gestión que son esenciales para el éxito de la organización. Es importante señalar nuevamente que la capacitación está destinada a todo el grupo de trabajo.

Para ello se elaboró un programa de capacitación para fortalecer los conocimientos sobre importancia del requisito de la norma ISO 9001:2015.

Tabla 10

Programa de capacitación



Implementación de registros:

Diagnóstico: No había ningún registro de control de las capacitaciones al personal.

Figura 16

Formato relación de participantes

Este formato es utilizado para evidenciar la sensibilización al personal así como registrar a los participantes en las capacitaciones

MINISTERIO DE SALUD
DIGEMID

CODIGO: RRHH-FOR-004 VERSION: 2
FECHA: 22-09-2017

RELACIÓN DE PARTICIPANTES

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD :

ORGANIZADOR (ES) :

FECHA : **HORARIO** :

LUGAR: :

EXPOSITOR (ES): :

TOTAL DE PARTICIPANTES REGISTRADOS EN EL DIA : _____ **NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD** : _____

N° PART.	APELLIDOS Y NOMBRES	DNI	INSTITUCION/ DIRECCIÓN / UNIDAD / EQUIPO / AREA	FIRMA
1.				
2.				
3.				

Declaración de conflicto de intereses

MINISTERIO DE SALUD
DIGEMID
Código: FDSH-PCR-012 Versión: 1
Fecha: 07-12-2017

DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES

Yo, _____, identificado(a) con D.N.I. _____, domiciliado (a) en _____, en calidad de personal nombrado () , designado () o contratado () de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud.

Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones de la normatividad vigente:

- Literal f) del artículo 14 de la Ley Nº 27012, Ley del Código de Ética de la Función Pública, "el servidor público está prohibido de mantener relaciones o de adoptar situaciones en cuyo caso concurra sus intereses personales, laborales, económicos o financieros, pudieran estar en conflicto con el cumplimiento de los deberes y funciones a su cargo".
- Literal h) del artículo 14 del Reglamento Interno de los Servidores Civiles del Ministerio de Salud (Decreto Nº 154-2017/MINSA), constituye una prohibición: "Intervenir directa o indirectamente, en asuntos en los que el propio servidor, su cónyuge o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o afinidad, tengan intereses personales, laborales o económicos, pudieran estar en conflicto con el cumplimiento de sus deberes y funciones. (En supuesto también se aplica a los actos administrativos en los que el funcionario o servidor tiene capacidad decisoria o arbitrariedad influya en su celebración)".

Declaro bajo juramento (marque con una X):

- Que no tengo intereses, laborales, personales, económicos o financieros, relacionados con las labores asignadas en la DIGEMID, de acuerdo con los regulados establecidos en la normatividad vigente.
- Que considero tener alguna situación de conflicto de interés en los últimos 2 años, conforme detalle en el anexo 1 de la presente declaración.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las consecuencias previstas en la legislación vigente.

Dando conformidad de lo manifestado y en aceptación de los compromisos asumidos, firmo la presente declaración.

Lima, _____ de _____ 2017.

- Declaración de conflicto de intereses, es firmado por todos los trabajadores

Estrategias para mejorar los procesos de seguimiento de clientes.

A nivel de estado se implementó la plataforma única del libro de reclamaciones, en la cual el usuario registra su insatisfacción y el MINSA deriva por esta misma plataforma a la oficina reclamada quien da respuesta al usuario teniendo en cuenta los criterios de idoneidad para la respuesta indicado en el DS N° 07-2020-PCM.

Se evidencia el registro de la plataforma única del libro de reclamaciones

Figura 18

Plataforma única del Libro de reclamaciones

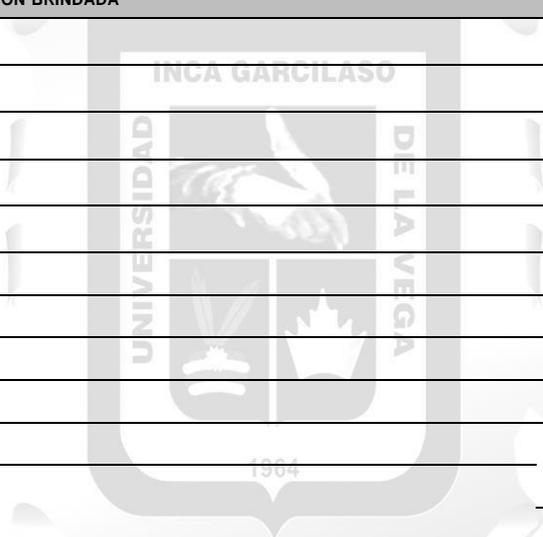
The screenshot shows the 'Ingresa tu reclamo' (Enter your complaint) form on the 'Libro de Reclamaciones' website. The header includes the 'gob.pe' logo and the text 'Libro de Reclamaciones'. Below the header, there are two links: 'Nuevo reclamo' and 'Seguimiento de reclamo'. The main heading is 'Ingresa tu reclamo', followed by a sub-heading 'Cuéntanos qué sucedió' and a progress indicator with steps 1, 2, and 3. The form consists of six numbered steps:

1. ¿En qué entidad ocurrió la situación que origina tu reclamo?
Seleccione institución: [dropdown menu]
2. ¿En qué sede te encontrabas?
Seleccione sede: [dropdown menu]
 El problema no ocurrió en una sede física.
3. ¿Cuándo ocurrió la situación que origina el presente reclamo?
05/11/2022 [calendar icon]
4. ¿Aproximadamente a qué hora sucedió?
01:21 [clock icon]
5. Describenos ¿qué sucedió?
Detalla cuál fue el problema que ocasionó que presentes este reclamo de la manera más detallada posible.
[text area]
Quedan 4000 caracteres.
6. Adjuntar archivos (opcional)
Puedes subir un máximo de 20 MB en fotos, videos y/o textos que ayuden a evidenciar tu reclamo.

Así mismo, se sugerirá que designen por cada Dirección Ejecutiva un responsable de la gestión de los reclamos y un responsable de sede quien se encargará de hacer seguimiento a la eficacia de la respuesta de los reclamos. También se brindará el siguiente formato para ser llenado en el área de atención al cliente y el cliente entonces dará su conformidad a su atención inmediata y personalizada así evitaremos más reclamos. A continuación, se presenta el registro de atención y procesamiento de los reclamos en la siguiente figura.

Figura 19

Registro de atención de reclamos

REGISTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMO				
FECHA	DÍA	MES	AÑO	HOJA DE RECLAMACIÓN N°
I. IDENTIFICACIÓN DE USUARIO				
NOMBRE				
DOMICILIO				
DNI /CE				
TELÉFONO/E-MAIL				
AUTORIZA SER NOTIFICADO A TRAVÉS DE SU CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO			SI	NO
II. DENTIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN BRINDADA				
				
1964				
				FIRMA DEL USUARIO
III. ACCIONES ADOPTADAS POR LA ENTIDAD (Atención inmediata)				
			Firma de usuario dando conformidad de su atención inmediata	
Firma entidad				

- Este registro de atención de reclamos es utilizado en caso que el administrado visite la institución.

Verificar: En esta fase se realiza el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados;

Auditorías internas:

Se planifica y establece auditorías por intervalos específicos para proporcionar información acerca del cumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Se elabora un plan de auditoría en el cual se indica los procesos a auditar, el auditor y a los responsables a auditar.

Figura 20

Plan de auditoría

		MINISTERIO DE SALUD DIGEMID PLAN DE AUDITORÍA N° 01-2022	
FECHA:	Del 26 al 28 de Octubre 2022		
OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad de la DIGEMID conforme con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, Normatividad Vigente; y este implementado y se mantiene de manera efectiva.		
ALCANCE:	Todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la DIGEMID		
CRITERIOS DE AUDITORÍA:	Norma ISO 9001:2015 todos los documentos del SGC (Manual, procedimientos, flujogramas, registros, reglamentos) y otros documentos que la organización determine que son necesarios)		
AUDITOR LIDER:	Lic. Arturo Manuel Oliva Candela (AO)		
AUDITORES INTERNOS:	Lic. Lucy Gonzales Dávila (LG), Q.F. Vicky Flores Valenzuela (VF), Sra. Rosario Isasi Alvarado (RI).		
EXPERTOS TÉCNICOS:	No hay		
OBSERVADORES:	Auditores en Formación: Johank Narciso Preciado Magallanes (JP), Rumi Cabrera Carrasco (RC), Rosely Maribel Robles Hilario (RR), Madeleine Miranda Jara (MM), Cesar Augusto Rosales Rodrigo (CR), Angie Quintanilla Chacaliza (AQ), Madvin Rocio Palacios Ladera (MP), Mao Gerson Geronimo Sulluchuco (MG), Maria Celia Vargas Trujillo (MV), Cesar Pastor Sotomayor (CP), Noemi Jesus La Torre Paredes (NL)		

Fecha	Hora	Proceso a Auditar			Requisitos	Auditor	Auditado (Cargo y Nombre)
		Nivel 0	Nivel 1 Dependencia	Nivel 2			
26/10/2022 8:30am-08:45am REUNIÓN DE APERTURA (Participantes: Representantes de la Alta Dirección, Equipo Auditor y Responsables del Proceso)							
DÍA 1: Miércoles 26 de Octubre 2022 MAÑANA							
26/10/2022	9 am a 10-30 am	Gestión de Logística	Equipo de Gestión Administrativa-Área de Gestión de Ingresos y Suministros	.....	4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 9.1.3, 10.3.	AO/MP	Lic. Kervin Mancilla Maldonado Sra. Delia Santos Toledo
26/10/2022	9 am a 10-30 am	Gestión de Logística	Equipo de Gestión Administrativa - Área de Servicios Integrales	.....	4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 9.1.3, 10.3.	VF/CR	Lic. Kervin Mancilla Maldonado Sr. Alfredo León López
26/10/2022	10:45 am a 12:20 am	Administración Documentaria	Equipo de Gestión Administrativa-Área de Gestión y Digitalización Documental	.....	4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 9.1.3, 10.3.	LG/MG	Lic. Kervin Mancilla Maldonado Sr. Martha Huamán
26/10/2022	10:45 am a 12:20 am	Administración Documentaria	Equipo de Gestión Administrativa - Área de Atención al Cliente y Gestión de Expedientes	.....	4.1, 4.2, 4.3, 4.4.1, 4.4.2, 5.2.2, 6.1, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 7.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5.1, 7.1.6, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 8.1, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 9.1.3, 10.3.	RI/MM	Lic. Kervin Mancilla Maldonado Sr. Daniel Pomajambo Córdova
DÍA 1: Miércoles 26 de Octubre 2022 TARDE							

Informe de auditoría interna: Es el método preferido para informar a la alta dirección de la organización de las observaciones y sugerencias sobre los resultados del trabajo realizado. Cada informe es una comunicación, por lo que cada auditor necesita desarrollar sus habilidades de comunicación.

Tabla 11

Informe de Auditoria

1. DATOS DE LA AUDITORÍA INTERNA	
Auditoría Interna N.º	01-2022
Norma de Referencia	ISO 9001:2015
Periodo de Auditoría	Con MEMORANDUM MÚLTIPLE N° 1977-2021 -DIGEMID-DG-GC/MINSA del 05/10/2021 se comunicó la auditoría interna que se realizará del 26/10/2022 al 28/10/2022 adjuntando el Plan de auditoría correspondiente.
Lugar de la Auditoría	Av. Parque de las Leyendas N° 210 – N° 240 San Miguel. Se realizó en forma virtual
Equipo Auditor	Q.F. Vicky Flores Valenzuela – Auditor Líder Lic. Arturo Manuel Oliva Candela– Auditor Interno Lic. Lucy Gonzáles Dávila – Auditor Interno Sra. Rosario Isasi Alvarado - Auditor Interno Q.F. Rumi Amaru Cabrera Carrasco -Auditor en formación Ing. Johank Narciso Preciado Magallanes – Auditor en formación Q.F. Roselly Maribel Robles Hilario – Auditor en formación Q.F. Madeleine Miranda Jara – Auditor en formación Q.F. Angie Quintanilla Chacaliaza – Auditor en formación Q.F. Madvin Rocio Palacios – Auditor en formación Q.F. Mao Gerson Geronimo Sulluchuco – Auditor en formación Q.F. Maria Celia Vargas Trujillo – Auditor en formación Sr. Cesar Pastor Sotomayor – Auditor en formación Q.F. Noemi Jesús La Torre Paredes – Auditor en formación
2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA INTERNA	
El Alcance de la Auditoría Interna del Sistema de Gestión de la Calidad es aplicable a todos los procesos de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, se tomó como referencia Mapa de Procesos DIGEMID aprobado con documento MEMORANDUM MULTIPLE N° 2928-2017-DIGEMID-DG-EA-OGC/MINSA del 01-12-2017 y Organigrama Funcional con MEMORANDUM MÚLTIPLE N° 2180-2019-DIGEMID-DG-EA/MINSA del 17-09-2019 y la conformación de Equipos de Trabajo según RD N° 047-2021-DIGEMID-DG-MINSA del 09.07.2021. La auditoría tiene el alcance a los procesos implementados y certificados, en el SGC ISO 9001:2015.	
2.1 EXCLUSIONES REPORTADAS: De acuerdo con la Norma ISO 9001:2015, en la DIGEMID no aplica el requisito 8.3 Diseño y Desarrollo de los productos y servicios, por ser DIGEMID un Organismo Público y que está bajo los lineamientos de requisitos legales (Decretos Supremos, Leyes, Resoluciones Ministeriales, normas supranacionales y otros).	
3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA INTERNA	
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento al cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001-2015, legales y otros requisitos establecidos por la institución en todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la DIGEMID • Determinar la conformidad del Sistema de Gestión de la calidad de la DIGEMID con los requisitos de la norma del sistema de gestión y verificar su mantenimiento. • Identificar oportunidades de mejora en el sistema de gestión. 	
4. DEFINICIONES	
<p>4.1 NO CONFORMIDAD: Incumplimiento de un requisito. Una No Conformidad en la DIGEMID es el incumplimiento de un requisito de la norma ISO 9001:2015, política o documentos (procedimientos, instrucciones o formatos) del SGC, cuya repetición pone en riesgo la efectividad del Sistema de Gestión y/o la calidad del servicio suministrado.</p> <p>4.2 OBSERVACIÓN: Es una falla aislada o esporádica en el contenido o implementación de los documentos del SGC, o cualquier incumplimiento parcial en un requisito de la norma de referencia que no llega a afectar directamente o de manera crítica al SGC.</p>	

4.3 OPORTUNIDAD DE MEJORA: Acción recomendada, que al ser implementada implica una mejora en el SGC.

5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES				
FORTALEZAS		DEBILIDADES		
<ul style="list-style-type: none"> Compromiso de la Dirección con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad. El compromiso del personal con las actividades y tareas propias de sus puestos. Existe Sistema Integrado (SI DIGEMID) donde se aprecia Link de documentos ISO y se puede apreciar la trazabilidad de los expedientes ingresados. Se destaca la predisposición de las diversas Direcciones Ejecutivas, Equipos de trabajo y Áreas auditadas e implementadas y certificadas en ISO quienes brindaron todo su apoyo en esta auditoría. Elaboración, actualización y aprobación de los documentos de gestión del SGC alineados al SGC ISO 9001:2015, como: Plan estratégico, Matriz de indicadores de Gestión del riesgo, Misión-Visión, Política de la Calidad, Compromiso de la Dirección, responsable de implementación del SGC, Estructura documentaria, Organigrama Funcional, mapa de procesos. Mantenimiento de la certificación ISO desde el año 2007 hasta el 2022 con una vigencia hasta el 2025, en 5 actividades. Aprobación de normas importantes referidas a la emergencia sanitaria COVID-19. 		<ul style="list-style-type: none"> Falta de comunicación interna entre las diferentes Equipos de trabajo y áreas de la organización. Incumplimiento de plazos en la evaluación de los expedientes por falta de personal evaluador y por emergencia sanitaria COVID-19 Seguimiento y evaluación de las asistencias técnicas de los Procesos descentralizados. La falta de personal en las actividades de la organización (incertidumbre de la condición del personal por terceros, CAS y practicante), no se ha cubierto la necesidad de los requerimientos de las diferentes dependencias por limitaciones presupuestarias por la pandemia covid-19 Cambio de funcionarios frecuentes. Falta de previsión de riesgos por emergencias sanitarias como la COVID-19. Falta de capacitación más continua en especialidades para el personal profesional Químico Farmacéutico y administrativo. Implementación de sistemas de información digitales rápidos y eficaces para la trazabilidad, seguimiento y monitoreo de la información para la toma de decisiones. Falta de conocimiento de la matriz de objetivos y los indicadores de calidad por parte de los colaboradores de la DIGEMID. 		
6. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA INTERNA				
6.1 NO CONFORMIDADES:				
Se evidenciaron - 05 - No Conformidades (NC) durante la auditoría interna N°01-2022				
Las No Conformidades se resumen en el siguiente cuadro:				
ÁREA/ PROCESO	PAC	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	AUDITOR
Administración de Otorgamiento de Derechos	01-2022	Se evidenció un bajo porcentaje en el cumplimiento de plazos en los servicios prestados para el otorgamiento del registro sanitario de productos farmacéuticos: Año 2020: 7.36%, Año 2021: 5.35% (al 01.10.2021), no cumpliendo con el indicador de los objetivos de la calidad.	Dirección de Productos Farmacéuticos – Equipo de medicamentos, Naturales, Dietéticos y otros PF – Equipo de Productos Biológicos	Lucy Gonzales
Procesos de Recursos Humanos	02-2022	Se evidenció que en el Área de Atención al cliente falta actualizar sus procedimientos de atención al cliente.	Gestión Administrativa-Atención al cliente	Arturo Oliva
Procesos de Recursos Humanos	03-2022	Se evidenció que en RRHH no se ha realizado la sensibilización que se da al personal nuevo o rotado sobre las labores específicas a realizar (funciones), no se elaboró procedimiento (NCm ISO 7.5.3.). En Auditoría realizada se mantiene observación se cierra PAC N° 05-2020 y se levanta una nueva PAC N° 05-2021	Gestión Administrativa-RRHH	Arturo Oliva
Procesos de la Organización	04-2022	Se evidenció que en algunos equipos no se permite visualizar de manera óptima los documentos ISO. Se evidencio en la auditoría interna, que en las diferentes dependencias de DIGEMID se ve un rotulo en letras rojas	Ejecutiva adjunta-ATIC	Vicky Flores

		que ocupan todo el espacio en la pantalla, no permitiendo la visualización correcta. (NCm ISO 4.4.1.)		
Procesos de la DIGEMID	05-2022	Se evidenció en las Direcciones (General, Adjunta, Ejecutivas), Gestión Administrativa y otras dependencias no han evaluado la Matriz de Gestión de Riesgos (NCM ISO 6.1.) Nota. – CENADIM si realizó la evaluación de su matriz de riesgos. En Auditoría interna realizada se evidencio la no evaluación de la Matriz de Riesgo por la pandemia COVID-19 por lo que se cierra esta no conformidad PAC N°07-2020 y se levanta una nueva PAC N° 07-2021	Dirección (Gral., Adjunta, Ejecutivas, Gestión Administrativa	Lucy Gonzáles
6.2. OBSERVACIONES Y/O SITUACIONES DETECTADAS:				
Las Observaciones (OBS) y/o situaciones detectadas identificadas durante la Auditoría Interna se detallan a continuación:				

Luego de la presentación del informe toca la revisión con la dirección la cual trata de una reunión con la alta dirección, durante la cual se revisa todo el sistema de gestión implantado en la organización con el fin de asegurar su adecuación, coherencia y eficacia, identificando posibles necesidades de cambio, stakeholders, indicadores, falta de recursos y otros elementos. Es conducido por el responsable del sistema de gestión.

Figura 21

Acta de revisión por la Dirección

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

MINSITERIO DE SALUD
DIGEMID

Fecha: 03-03-2022
Página: 1 de 5

**DG/GC-REG-011
VERSION: 1**

ACTA DE LA REVISION POR LA DIRECCIÓN

REVISIÓN DEL SISTEMA

Siendo las 9.30 horas del día 03 de marzo del 2022 y estando presentes:
La Químico Farmacéutica Carmen Ponce Fernández, Directora General de la DIGEMID, la Q.F. Lidia Castillo Solórzano, Ejecutiva Adjunta y Jefe del Equipo de Asesoría de la DG, las Directoras: Q.F. Ana Gabriela Silva Flor Directora de la Dirección de Productos Farmacéuticos, la Q.F. Marisa Papen Bernaola Directora de la Dirección de Inspección y Certificación, el Q.F. Lida Hildebrandt Pinedo Directora de la Dirección de Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, la Q.F. Maruja Crisante Núñez Directora de la Dirección de Farmacovigilancia Acceso y Uso, el Sr. Felipe Carrasco Retamozo responsable de Equipo Gestión Administrativa, el Lic. Arturo Manuel Oliva Candela Jefe de Equipo Gestión de la Calidad, la Q.F. Roselly Robles Jefe de Equipo CENADIM y la servidoras Lic. Lucy Gonzáles Dávila y Q.F. Vicky Flores Valenzuela personal del Equipo Gestión de la calidad se llevó a cabo la Revisión por la Dirección año 2021, para evaluar el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2015 implantado en la DIGEMID.

El Lic. Arturo M. Oliva Candela presentó el Informe de Revisión por la Dirección 2021, el cual incluyó resultados del Plan de Actividades 2021, Cambios Externos e Internos en el SGC, Desempeño y Eficacia del SGC, Adecuación de los Recursos, Riesgos y Oportunidades de Mejora.

CONCLUSIONES

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (DIGEMID), fue creada por Decreto Legislativo N° 584-1990, de fecha 18 de abril del año 1990, como un Organó de Línea del Ministerio de Salud, y a la fecha depende del Viceministerio de Salud Pública.

La DIGEMID, es la Autoridad Técnico - Normativa a Nivel Nacional y Sectorial, responsable de proponer la regulación y normar dentro de su ámbito, así como evaluar, ejecutar, controlar, fiscalizar, supervisar, vigilar, auditar, certificar y acreditar en temas relacionados a lo establecido en la ley antes mencionada, orientadas a

Actuar: tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario

En esta fase se evalúan las no conformidades encontradas durante la implementación de la mejora con el fin de implementar las acciones correctivas necesarias para asegurar que el proceso funcione según lo previsto. Del mismo modo se evaluarán los efectos que puedan tener las tareas, los pasos correctivos propuestos y verificar los resultados. La siguiente figura muestra el registro con el que se enumeran las acciones correctivas y acciones de mejora, llama petición de acción correctiva en la que se va analizar conjuntamente con los dueños de los procesos las causas del incumplimiento de los requisitos de la Norma ISO.

Con el análisis de los PACS, conjuntamente con los dueños de los procesos de las No conformidades se programará las actividades de mejora para resolver y levantar la no conformidad.

Figura 22

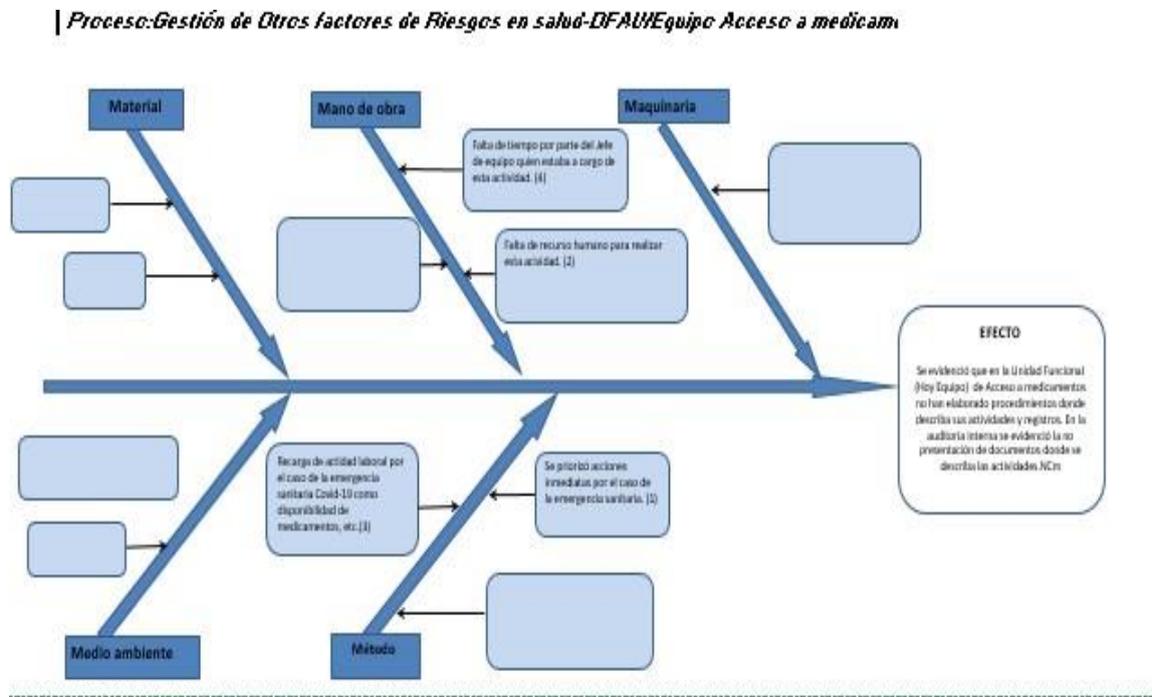
Petición de Acción Correctiva, se analiza las causas de la no conformidad

The image shows two forms from the Ministry of Health (MINSA) related to corrective actions. The left form is titled 'PETICIÓN DE ACCIÓN CORRECTIVA Y OPORTUNIDAD DE MEJORA' and includes fields for 'Problema', 'Fecha de Problema', 'Nº de PACS', and 'Acción Correctiva'. It also has checkboxes for 'No conformidad' and 'Oportunidad de Mejora'. The right form is titled 'SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA DE ACCIÓN CORRECTIVA/OPORTUNIDAD DE MEJORA' and includes a table for tracking the execution of corrective actions, with columns for 'Nº', 'Fecha de Ejecución', 'Responsable', and 'Fecha de Seguimiento'. Both forms are from the 'DIRECCIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS INESUMOS Y DROGAS'.

Para identificar de las causas de las peticiones de acción correctiva se utilizará la herramienta el diagrama de Ishikawa, que ayuda mucho en la gestión de calidad.

Figura 23

Diagrama de Ishikawa



Adicionalmente, es necesario implementar un comité de mejora continua integrada por un responsable de cada Dirección Ejecutiva, Ejecutiva Adjunta y gestión administrativa los dueños de los procesos



CONCLUSIONES

Primera: En concordancia al objetivo general se propuso el modelo y mejoró la calidad de atención al usuario externo de Digemid, permitiendo la identificación y así mismo la solución de los problemas en proceso, confirmando que la práctica de la metodología del ciclo PHVA es completamente integral en términos de actividades sugeridas para la mejora continua, ayudando a garantizar que los procesos se lleven a cabo de manera ordenada y que se entiendan las necesidades de los usuarios internos y externos.

Segunda: En concordancia con el primer objetivo específico se califica la situación actual de los procesos de la institución, con ayuda del diagrama de Ishikawa y estadística de los reclamos, se agrupan y se tiene como resultado la falta de procedimientos en procesos, falta de compromiso, incumplimiento de algunos requisitos de la norma, seguimiento del servicio al cliente, demora en la atención de los expedientes, falta de unificación de criterios legales y técnicos, ausencia de una cultura de servicio al cliente, esto evidencia que el mayor problema es la insatisfacción de los clientes antes y después de la prestación de servicios y durante la finalización de ésta, es por ello que se decide aplicar la metodología PHVA por ser la más adecuada y por qué promoverá la eficacia. Así mismo, dada la naturaleza de la institución, el ciclo de Deming es más equivalente a la gestión de la organización.

Tercera: En concordancia con el segundo objetivo específico se identificó con ayuda de la auditoría interna las áreas y procesos que afectan la insatisfacción de los usuarios como: procesos de apoyo: área de atención al cliente, área de tecnología de información, área legal; procesos misionales: Equipo de registro sanitario, productos farmacéuticos y dispositivos médicos.

Cuarta: En concordancia con el tercer objetivo específico se propuso estrategias para abordar las causas identificadas, estas medidas de mejora evaluadas es hacer seguimiento al cumplimiento del ciclo PHVA, poner en marcha los planes de acción para mejorar los procesos y de esta manera dar calidad de atención al usuario. Realizando auditorías internas, realizando encuestas de satisfacción, para conocer las necesidades de los usuarios. Capacitar a los trabajadores para mejorar una cultura de servicio al cliente y la importancia y divulgación de los diversos elementos del proceso. Es importante valorar también a los procedimientos de apoyo porque ellos dan soporte a los procesos estratégicos y operativos.



RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda propiciar evaluaciones periódicas del desempeño de los empleados para asegurar que las habilidades de cada colaborador estén alineadas con los objetivos de la organización. También debe implementar un programa de incentivos no monetarios para los empleados que se desempeñen al más alto nivel.

Segunda: Se recomienda establecer estrategias de comunicación entre los profesionales y administrados con el fin de identificar sus necesidades y estas socializarlas en sus reuniones periódicas con su personal, así mismo fomentar y mantener grupos de trabajo con la industria. Estos grupos pueden servir como un foro para la discusión, intercambio y colaboración más estrecha con el fin de dar respuesta a sus necesidades.

Tercera. Se recomienda la Implementación de cursos cortos en la plataforma Virtual de la página web de la entidad dirigido a establecimientos farmacéuticos que permita el fortalecimiento de conocimientos de los tramites que se realizan en la DIGEMID. Adicionalmente, esto requiere implementar programas de capacitación en cursos de atención al cliente para fortalecer una verdadera formación de servicio en los trabajadores de la institución.

Cuarta: Se recomienda que las Direcciones que controlan los procesos desarrollen herramientas que permitan identificar con mayor precisión los problemas que puedan surgir y poner en peligro los objetivos de la institución, y para aquellos que ya existen, dar seguimiento a estas no conformidades mediante la implementación de acciones concretas.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Campos, A. y Sosa, M. (2020). *Mejoras para el fortalecimiento de la calidad de la atención en la clínica del pie diabético del Hospital San Juan de Dios*. Repositorio de la Universidad de Costa Rica. <https://hdl.handle.net/10669/81116>
- Chávarry, L. (2019). *Percepción de calidad de parte del usuario interno y externo en el banco de crédito del Perú, agencia Cajamarca*. Repositorio de la Universidad Nacional de Cajamarca. <http://hdl.handle.net/20.500.14074/3158>
- Crosby, P. (1988). *Dinámica gerencial*. México: McGraw Hill.
- Cubillos, M. y Rozo, D. (2009). *El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad*. *Revista de la Universidad de La Salle*, (48), 80-99.
- Arellano, D. (1997) en su Documento de Trabajo *Análisis Organizacional: Una Perspectiva desde la Estrategia – CIDE. 1997, enfoca la perspectiva estratégica del Análisis Organizacional*.
- De Fuentes, P. (1998). *Evolución del concepto de calidad: una revisión de las principales aportaciones hasta su situación en el entorno competitivo actual*. *Alta Dirección*, 199, pp. 204-212.
- Deming, E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*.
- Durant, F. (2016). *Diseño e implementación del modelo de calidad de atención al usuario, caso aplicado en el Hospital Pablo Arturo Suárez*.
- Evans, J. & Lindsay W. (2008). *Administración y control de calidad (7 ed.) Cengage Learning*.
- Feigenbaum A. (1994). *Control total de la calidad (3 ed.) México: Editorial Continental*. pp 202-223
- Gamonal, M. (2018). *Mejoramiento de respuesta para la atención de calidad a usuarios externos en el servicio de emergencia del hospital San Ignacio de Casma - 2018*. <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/4063>
- Garvín, D. (1988). *Managing Quality: the Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press.
- Infantes, F. (2017). *Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016*. *Revista peruana de medicina integrativa*, 2(2), 133-139.
- Laoyan, S. (2022) *Metodologías de mejora de procesos y cómo hacer una propuesta*, <https://asana.com/es/resources/process-improvement-methodologies>

<https://www.digemid.minsa.gob.pe/>

ISO 19011:2012 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.

<https://www.une.org/encuentra-tu-norma/busca-tu-norma/norma?c=N0049016>

ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad-Fundamentos y Vocabulario.

<https://www.iso.org/obp/ui/es/#iso:std:iso:9000:ed-4:v1:es>

ISO 9004:2009 Directrices para la Mejora de Desempeño,

<https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:9004:ed-3:v1:es>

Juran, J. M. y Gryna, F. M. (1993). Manual de control de la calidad. Madrid: McGraw-Hill.

Juran, J. (1981). Planificación y análisis de la calidad. McGraw-Hill.

Kotler, P. y Armstrong, G. (1996) Principios de Marketing. Séptima edición, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Ley N° 26842, Ley General de Salud, <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>

Ley N° 29316, *Ley que Modifica, Incorpora y Regula Diversas Disposiciones a fin de Implementar el Acuerdo Promoción Comercial Suscrito entre Perú y los Estados Unidos de América.*

Ley N° 29459, Ley General de Salud
<https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf>

Crozier, M. (1989) *Estado moderno. Estado modesto, México, FCE*

Norma internacional ISO 9001:2015 *Sistemas de Gestión de Calidad - Requisitos, equivalente a la norma nacional NTP-ISO 9001 2015.*

Obregón, D. (2020). *Calidad de atención en el servicio diferenciado para adolescentes, del Centro de Salud El Progreso, Carabayllo, 2020.*

Reglamento Supremo N° 023-2005-S.A. *Reglamento de Organización y Funciones – MINSA, 2006*

Robles M. y Ascencio R. (2020). *Calidad de atención: Acceso a la justicia a las mujeres víctimas de violencia intra familiar basada en género.*
<https://repositorio.unicartagena.edu.co>

Rodríguez C. (2017). *Calidad de la atención de enfermería en el proceso de ingreso Hospitalario en una Institución Pública de segundo nivel de atención.*
<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/>.

Rodríguez, A. (2020). *Las 4 Teorías de la Calidad Principales y sus Características.*
Recuperado de <https://www.lifeder.com/teorias-calidad/>.

Rojas, D. (2003). *Teorías de la calidad. Orígenes y tendencias de la calidad total*. Recuperado de <https://www.gestiopolis.com/teorias-de-la-calidad-origenes-y-tendencias-de-la-calidad-total/>



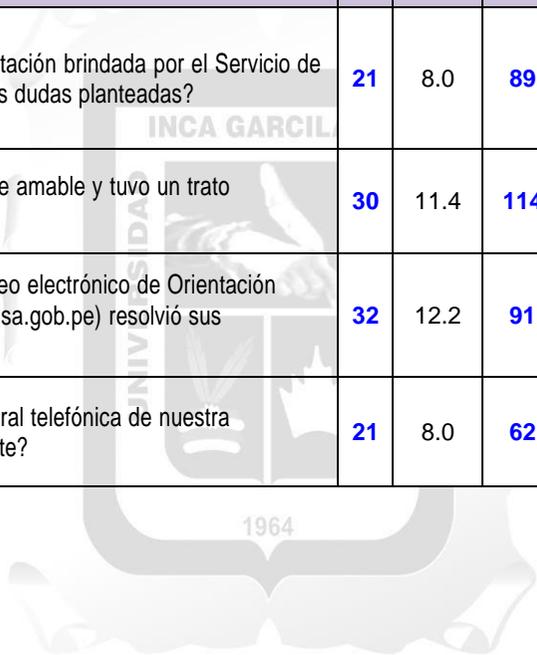
ANEXOS

Resultados de la encuesta de satisfacción del usuario externo julio 2022

Indicador que sirve para estimar el grado de satisfacción percibida por nuestros usuarios, identificando sus necesidades y las oportunidades de mejora, para luego elaborar estrategias de control, acciones correctivas y analizar riesgos para la toma de acción es concretas.

INDICADORES	RESULTADOS												TOTAL	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS +MS
	5		4		3		2		1		TOTAL					
	TOTALMENTE SATISFECHO		MUY SATISFECHO		NEUTRAL		POCO SATISFECHO		NADA SATISFECHO							
INFORMACIÓN GENERAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%				
¿Cómo considera usted la atención en general que brinda la DIGEMID?	24	9.1	82	31.2	71	27.0	58	22.1	28	10.6	263	100.0	40.3			
¿La página Web Institucional se presenta en un formato adecuado y amigable?	24	9.1	104	39.5	76	28.9	45	17.1	14	5.3	263	100.0	48.7	41.7		
¿La información disponible en la página Web Institucional perteneciente a sus diferentes Direcciones, áreas técnicas le satisface sus necesidades?	25	9.5	97	36.9	66	59.0	59	22.4	16	6.1	263	100.0	46.4			

¿Si solicitó información de acceso público, esta fue atendida dentro de los plazos establecidos?	26	9.9	81	30.8	70	26.6	50	19.0	36	13.7	263	100.0	40.7	
¿Considera usted que la atención telefónica y/o personalizada de los profesionales de Digemid es efectiva y eficiente?	27	10.3	58	22.1	47	17.9	71	27.0	60	22.8	263	100.0	32.3	
ATENCIÓN AL CLIENTE - EQUIPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS +MS								
¿Considera usted que la orientación brindada por el Servicio de Atención al Cliente resolvió sus dudas planteadas?	21	8.0	89	33.8	66	25.1	53	20.2	34	12.9	263	100.0	41.8	43.0
¿El personal que lo atendió fue amable y tuvo un trato considerado?	30	11.4	114	43.3	62	23.6	34	12.9	23	8.7	263	100.0	54.8	
¿El servicio que brinda el correo electrónico de Orientación General (atenciontramite@minsa.gob.pe) resolvió sus consultas de manera eficaz?	32	12.2	91	34.6	68	25.9	47	17.9	25	9.5	263	100.0	46.8	
¿El servicio que brinda la central telefónica de nuestra Institución es efectivo y eficiente?	21	8.0	62	23.6	62	23.6	50	19.0	68	25.9	263	100.0	31.6	



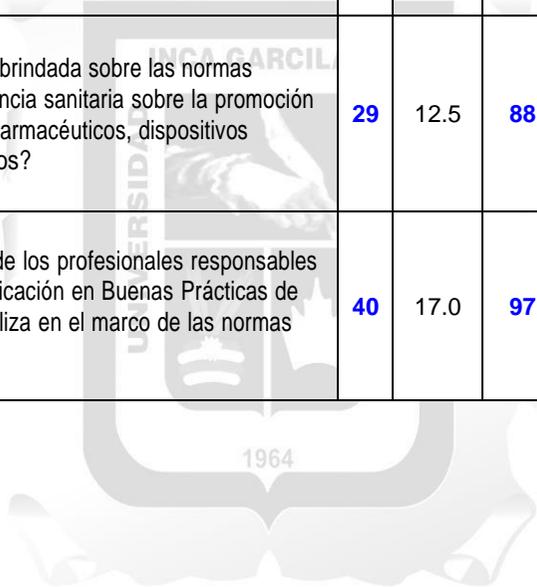
¿Considera usted que el personal perteneciente al Servicio de Atención al Cliente de nuestra Institución está capacitado y actualizado para atención e información al público?	26	9.9	80	30.4	76	28.9	51	19.4	30	11.4	263	100.0	40.3	
DIRECCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS +MS								
¿Considera que la presentación de expedientes en el Equipo de Medicamentos, Naturales, Dietéticos y Otros Productos Farmacéuticos o Equipo de Productos Biológicos a través de la VUCE (Ventanilla Única de Comercio Exterior) le ha brindado comodidad?	25	10.9	99	43.2	65	28.4	27	11.8	13	5.7	229	87.1	54.1	49.8
¿Su solicitud de trámite de Productos Farmacéuticos fue resuelta en los plazos establecidos?	23	10.0	67	29.3	53	23.1	40	17.5	46	20.1	229	87.1	39.3	
¿Considera que el proceso de notificación del Equipo de Medicamentos, Naturales, Dietéticos y Otros Productos Farmacéuticos o Equipo de Productos Biológicos a través del buzón electrónico de la VUCE señalado en el "detalle mensaje" ha simplificado el proceso, en reemplazo a la notificación por servicio de mensajería?	29	12.7	97	42.4	62	27.1	28	12.2	13	5.7	229	87.1	55.0	

¿Considera que la atención mediante citas para consultas relacionadas al registro sanitario de Medicamentos, Naturales, Dietéticos y otros Productos Farmacéuticos y de Productos Biológicos facilita la presentación de sus expedientes?	27	11.8	73	31.9	78	34.1	24	10.5	27	11.8	229	87.1	43.7	
¿Considera que el uso del FORMATO DE COMUNICACIÓN EN EL REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, disponible en la página web Institucional. ¿Ha facilitado mantener actualizado los Registros Sanitarios bajo su responsabilidad?	26	11.4	104	45.4	64	27.9	22	9.6	13	5.7	229	87.1	56.8	
EQUIPO DE PRODUCTOS CONTROLADOS - DIRECCIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS +MS								
¿Su solicitud de trámite de Certificado Oficial de Importación o Exportación de sustancias y medicamentos sujetos a fiscalización sanitaria fue resuelta en el plazo establecido?	51	22.8	57	25.4	101	45.1	15	6.7	0	0.0	224	85.2	48.2	47.3
¿Considera que las observaciones efectuadas en las notificaciones a su solicitud de trámite de Certificado Oficial de Importación o Exportación de sustancias y medicamentos sujetos a fiscalización sanitaria son claras y precisas?	17	7.6	86	38.4	101	45.1	20	8.9	0	0.0	224	85.2	46.0	

¿Las respuestas a sus consultas, brindadas por el Equipo de Productos Controlados son satisfactorias?	17	7.6	90	40.2	102	45.5	15	6.7	0	0.0	224	85.2	47.8	
EQUIPO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS - DDMP	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS+MS								
¿Considera que la presentación de expedientes y/o solicitud a través de la VUCE (Ventanilla Única de Comercio Exterior) le ha brindado comodidad?	31	12.8	118	48.6	68	28.0	13	5.3	13	5.3	243	92.4	61.3	49.6
¿Su solicitud de trámite de Dispositivos Médicos, fue resuelta en los plazos establecidos?	21	8.8	80	33.3	70	29.2	36	15.0	33	13.8	240	91.3	42.1	
¿Considera que el proceso de notificación a través del buzón electrónico de la VUCE ha simplificado el proceso de notificación, en reemplazo a la notificación por servicio de mensajería?	34	14.1	112	46.5	62	25.7	20	8.3	13	5.4	241	91.6	60.6	
¿Considera que la información publicada en la página Web de la DIGEMID sobre los trámites de dispositivos médicos, es clara y precisa?	22	9.1	96	39.8	72	29.9	34	14.1	17	7.1	241	91.6	49.0	
¿Considera que la atención mediante citas para consultas relacionadas al registro sanitario de Dispositivos Médicos, facilita la presentación de sus expedientes?	25	10.5	85	35.9	78	32.9	26	11.0	23	9.7	237	90.1	46.4	

¿Las notificaciones de observaciones a las solicitudes de Dispositivos Médicos son claras y precisas?	22	9.3	83	35.0	67	28.3	36	15.2	29	12.2	237	90.1	44.3
¿Cómo considera usted la atención telefónica y /o personalizada de los profesionales del Equipo de Dispositivos Médicos?	22	9.1	83	34.4	85	35.3	33	13.7	18	7.5	241	91.6	43.6
EQUIPO DE PRODUCTOS SANITARIOS - DDMP	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%									
¿Su solicitud de trámite de productos Sanitarios, fue resuelta en los plazos establecidos?	21	8.2	113	44.0	78	30.4	23	8.9	22	8.6	257	97.7	52.1
¿Las observaciones a las solicitudes de Productos Sanitarios son claras y precisas?	18	7.0	110	42.8	83	32.3	26	10.1	20	7.8	257	97.7	49.8
¿Considera que la atención mediante citas para consultas relacionadas al registro sanitario de Productos Sanitarios, facilita la presentación de sus expedientes?	19	7.4	111	43.2	87	33.9	23	8.9	17	6.6	257	97.7	50.6
¿Cómo considera usted la atención telefónica y/o personalizada de los profesionales del Equipo de Productos Sanitarios?	20	7.8	100	39.2	85	33.3	29	11.4	21	8.2	255	97.0	47.1
¿Cómo considera las respuestas a sus consultas, brindadas por el Equipo de Productos Sanitarios?	21	8.3	101	39.9	91	36.0	26	10.3	14	5.5	253	96.2	48.2

DIRECCIÓN DE INSPECCIÓN Y CERTIFICACIÓN	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS+MS
¿La orientación e información brindada sobre las normas relacionadas al control y vigilancia sanitaria de establecimientos farmacéuticos fue clara y precisa?	30	12.6	91	38.2	71	29.8	28	11.8	18	7.6	238	90.5	50.8	51.8
¿La orientación e información brindada sobre las normas relacionadas al control de calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios fue clara y precisa?	30	12.8	93	39.6	67	28.5	29	12.3	16	6.8	235	89.4	52.3	
¿La orientación e información brindada sobre las normas relacionadas al control y vigilancia sanitaria sobre la promoción y publicidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios?	29	12.5	88	37.9	71	30.6	27	11.6	17	7.3	232	88.2	50.4	
¿Considera que la actuación de los profesionales responsables de las auditorías para la Certificación en Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA) se realiza en el marco de las normas vigentes?	40	17.0	97	41.3	58	24.7	25	10.6	15	6.4	235	89.4	58.3	



¿Considera que la actuación de los profesionales responsables de las auditorías para la Certificación en Buenas Prácticas de Distribución y Transporte (BPDT) se realiza en el marco de las normas vigentes?	38	16.8	90	39.8	67	29.6	17	7.5	14	6.2	226	85.9	56.6	
¿El proceso de inspección para la Certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL) es satisfactorio?	27	12.2	76	34.4	87	39.4	18	8.1	13	5.9	221	84.0	46.6	
¿Considera como adecuados los medios para comunicar la falsificación de un producto farmacéutico o dispositivo médico?	28	12.3	92	40.5	66	29.1	20	8.8	21	9.3	227	86.3	52.9	
¿Su solicitud de trámite sobre autorizaciones sanitarias de laboratorios, fue resuelta en los plazos establecidos y normativos?	25	11.2	79	35.4	70	31.4	30	13.5	19	8.5	223	84.8	46.6	
DIRECCIÓN DE FARMACOVIGILANCIA, ACCESO Y USO	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº de personas contestaron encuesta	%	% TS+MS	PROMEDIO % TS+MS
¿Considera suficiente la publicación de información sobre seguridad (Alertas, boletines, informes, comunicados, etc.) en la página web de DIGEMID para dar a conocer los posibles riesgos con el uso de medicamentos, dispositivos médicos y productos sanitarios?	21	9.5	89	40.5	67	30.5	32	14.5	11	5.0	220	83.7	50.0	48.7

¿Cree usted que la información de seguridad publicada en la página web de DIGEMID es clara y entendible?	21	9.6	96	43.8	64	29.2	27	12.3	11	5.0	219	83.3	53.4
¿Considera que los canales utilizados para reportar una reacción adversa a medicamentos son apropiados?	22	10.2	75	34.9	76	35.3	30	14.0	12	5.6	215	81.7	45.1
¿Considera que los canales utilizados para reportar una reacción adversa a medicamentos son suficientes?	23	10.7	70	32.7	77	36.0	31	14.5	13	6.1	214	81.4	43.5
¿Considera que los canales utilizados para reportar un incidente adverso a dispositivos medicamentos son apropiados?	22	10.3	69	32.4	84	39.4	24	11.3	14	6.6	213	81.0	42.7
¿Considera que los canales utilizados para reportar un incidente adverso a dispositivos medicamentos son suficientes?	24	11.3	63	29.7	85	40.1	28	13.2	12	5.7	212	80.6	41.0
¿Considera que la atención brindada por el personal de la Farmacia Institucional se desarrolló en forma oportuna y en el marco de un trato amable y respetuoso?	23	10.8	67	31.6	90	42.5	20	9.4	12	5.7	212	80.6	42.5
¿Haría uso de la plataforma del Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos - OPPF para identificar el lugar donde puede adquirir su medicamento?	35	16.2	86	39.8	58	26.9	21	9.7	16	7.4	216	82.1	56.0
¿Cree usted que el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos - OPPF sirve para encontrar el medicamento al alcance de su bolsillo?	29	13.4	80	37.0	66	30.6	21	9.7	20	9.3	216	82.1	50.5
¿Considera usted que la Línea telefónica 113 Salud - Minsa opción 2 le debe brindar información del Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos - OPPF?	23	10.7	68	31.6	92	42.8	16	7.4	16	7.4	215	81.7	42.3

¿Considera usted que la plataforma del Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos - OPPF debe brindar el nombre producto prescrito en la receta?	24	11.1	80	37.0	75	34.7	20	17.0	17	7.9	216	82.1	48.1
¿Estaría de acuerdo en utilizar la plataforma Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos - OPPF a fin de encontrar su medicamento al alcance de su bolsillo?	30	13.8	91	41.9	63	29.0	16	7.4	17	7.8	217	82.5	55.8
¿Considera usted que la plataforma del Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos – OPPF debe brindar información del producto prescrito por departamento, provincia y distrito?	34	15.7	81	37.5	68	31.5	16	7.4	17	7.9	216	82.1	53.2
¿Considera de utilidad la información que se brinda a través del Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos?	27	12.5	96	44.4	55	25.5	19	8.8	19	8.8	216	82.1	56.9

PROMEDIOS TOTALES

47.41



Comentarios de texto libre: En la encuesta de deja un espacio para que los usuarios manifiesten sus insatisfacciones de una forma libre, el cual sirve para conocer sus necesidades y que es lo que esperan de Digemid.

Se debe dar prioridad al cumplimiento de plazos para la revisión de los expedientes.
Demora en las atenciones
1.- Primordialmente cumplir con los plazos establecidos para cada tramite presentado, puesto que los mismo se duplican o triplican. 2.- La VUCE, anteriormente permitía saber el nombre del evaluador, pero esta opción fue retirada, dificultando realizar el seguimiento pertinente del trámite y vulnerando el derecho de los administrados de conocer la identidad de las autoridades y personal de servicio de la entidad bajo cuya responsabilidad son tramitados los procedimientos.
El desglose puede mejorar
ignoro que es el formato de comunicación? ¿qué es atención mediante citas? DM excede los plazos
No cumplen los plazos para otorgar los registros
Mi representada tiene expedientes más de un año que no son evaluados y muchas veces se ha enviado correos pidiendo celeridad y no se tiene respuesta
Si facilita, pero sería bueno que se notifique dando así conformidad al proceso
Para el caso de la vuce, las notificaciones sobre observaciones (en algunas ocasiones) no son claros, poco entendibles. tampoco ofrecen una línea para comunicarse con el evaluador y consultar a detalle, solo un correo. Al enviar correo (como respuesta a la notificación), puede llevar hasta un mes sin recibir comunicado, sin considerar que las respuestas son poco explicativas.
A la fecha aún no atiende la central telefónica 1964
Coloco neutral porque no trabajo con esas áreas
Falta mayor comunicación con el usuario
Tenemos expedientes con muchos meses de demora. Por ejemplo, tenemos un expediente que sólo es cambio de nombre que fue presentado en octubre del año 2021 y hasta el momento no tenemos respuesta., hemos mandado correo al área correspondiente solicitando se pueda verificar porque la demora, pero hasta el momento no sabemos nada.
Tenemos varias solicitudes de trámite de Productos Farmacéuticos que hasta el momento no han sido resueltas, y ya han pasado el plazo establecido en el TUPA, hemos solicitado citas virtuales, y no hemos tenido respuesta con el área de productos farmacéuticos.
No realizo tramites de productos farmacéuticos
HAY UNA DEMORA EN RESPUESTA
No se puede visualizar los registros sanitarios del tipo "NSOC"
Mejorar sus tiempos de respuesta
Los tiempos de evaluación de los tramites exceden el tiempo establecido por la normativa, se desconoce el nombre de los funcionarios a cargo de la evaluación y no hay posibilidad de conocer o hacer seguimiento de los funcionarios por correo electrónico.

productos farmacéuticos de libre circulación en el extranjero, no permitidos en el país, debe haber correspondencia
Con su pronta atención seguimos avanzando
Las observaciones en las notificaciones deben ser más específicas y no dejar a interpretación
Se ha presentado un expediente a través de FORMATO DE COMUNICACIÓN EN EL REGISTRO SANITARIO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS y lo que un evaluador indico que se debe esperar al pronunciamiento del que evaluó este expediente. Que a través de este formato también debemos hacer seguimiento para ver si toman de conocimiento y que a su vez esta debe estar registrado en la base de datos, a lo que le indique a la evaluadora fue que, si en la web de DIGEMID nosotros vemos esa actualización y/o cambio, es porque se tomó en consideración ese cambio. Que nosotros como usuarios no tenemos acceso a esas plataformas.
No he requerido de este servicio
No trabajo con productos farmacéuticos, no sabría cómo es la forma de trabajo.
no uso con frecuencia
No me comunico con esa dirección
Productos naturales se demoró un año en responder, emitió cinco observaciones que llego al rotulado inicial. Productos Dietéticos, son muy concisos en su solicitud. Avisan de tres meses. Su servicio es bueno deberían de responder en menos tiempo
ok
Creo q las preguntas deben ser sectorizadas.
Está bien
No trabajamos con Productos Farmacéuticos, por el momento solo con Cosméticos
No hacemos registros de productos farmacéuticos, incluir la opción de no aplica
Mucha demora en los tramites
Nos da una buena información
¡¡¡Deben cumplir con el tiempo establecido para los trámites de registros sanitarios, se demoran demasiado!!!
LA evaluación de expedientes por parte del equipo de PF es muy ineficiente, cada evaluador tiene un criterio diferente sobre el cumplimiento de la normativa
Ok
En el caso de Vuce si considero que agiliza los procesos
Todo bien, gracias.

No me aceptan citas para consultas de mis expedientes, ni virtual ni telefónico ni presencial.
los tiempos de respuesta para tramites en la mayoría de casos exceden largamente los plazos establecidos
Deben dar citas para consultas a las solicitudes de los registros sanitarios en trámite de Medicamentos, Naturales, Dietéticos y otros Productos Farmacéuticos y de Productos Biológicos.
Nada fácil y no hay orientación. Preferí no hacer nada e invertir en Ecuador que ofrece más facilidades al pequeño comerciante.
LA PAGINA PARA ENVIAR NUESTROS DOCUMENTOS ESTAN ENTENDIBLES
No están atendiendo nuestros trámites ni encontramos respuesta a ellos
Deberían ser más eficientes
Es necesario uniformizar el criterio de evaluación de los evaluadores nuevos (Cosméticos) debido a que su criterio muy cerrado (quizás por falta de experiencia) deniega solicitudes de NSO u otros cambios sin explicación ni sustento, estando los expedientes conformes de acuerdo a normativa y criterios del resto de evaluadores.
Todo conforme
todos se lavan las manos, y aducen que no todos los empleados están ocupados, al final nos indican que esperamos la respuesta que llega tarde, mañana y nunca
SI EXCELENTE PROPUESTA, PERO SE DEBEN ACTUALIZAR CON MAS FRECUENCIA
En Países vecinos que tenemos representación nos toma unas pocas semanas obtener registros sanitarios o permisos, en Perú toma meses o años los mismos productos que en muchos casos son complementos nutricionales como Milo, Nestlé, Natura, pero en Perú si tienes los contactos apropiados de Digesa ahorra costos en 40% por cada línea de producto a diferencia de sobre costos de 40% a 80% por línea de producto ocasionada por lineamientos o normas equivocadas de Digemid.
TENGO UNA EVALUACIÓN DE MI REGISTRO SANITARIOA HACE 5 AÑOS Y HASTA AHORA NO ME DAN EL REGISTRO SANITARIO
ninguna
No dan citas ni comunicación con el evaluador, siendo esto muy difícil de lograr
buena atención
SEGUIR MEJORANDO