



# IMPLEMENTACIÓN MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO

## ORIENTACIONES TÉCNICAS

DEPARTAMENTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN INTEGRAL DE USUARIO

2019



## INTRODUCCIÓN

Las orientaciones que se encuentran en este documento están dirigidas a Jefes/as Comunales de Salud y Directores/as de establecimientos de la Red Sur Oriente que implementaran el Modelo de Acogida al Usuario. El documento cuenta con orientaciones específicas para implementar el Modelo en todas sus etapas de ejecución, definiendo desde la elaboración de un plan comunicacional interno y diagnóstico de brechas, hasta la medición de resultados producto de la instalación del modelo.

El Modelo de Acogida al Usuario, tiene por objetivo *Garantizar la continuidad de la atención en los establecimientos de la Red Sur Oriente, generando un estilo de atención de respeto mutuo entre equipos y usuarios, integrando acciones de acogida, clínicas y administrativas, bajo una lógica de derechos en salud*, a través de una metodología basada en la definición de **un proceso de articulación de diversos actores, dispositivos e interfaces**, involucrados tanto en la primera línea de atención como en las consecutivas acciones administrativas y de atención clínica.

La ejecución de la experiencia del Modelo pretende identificar ámbitos relevantes de la implementación de esta estrategia como son procesos e indicadores de resultados, insumos necesarios para perfeccionar su diseño y ejecución tanto en los establecimientos en los cuales se está desarrollando, así como en otros de la red.



## **OBJETIVOS DEL DOCUMENTO**

### **Objetivo General:**

Entregar orientaciones técnicas para la implementación del Modelo de Acogida al Usuario en establecimientos de salud de la Red Sur Oriente.

### **Objetivos Específicos:**

- Especificar las etapas que contempla la implementación del Modelo de Acogida al Usuario en establecimientos de salud de nivel primario de atención.
- Definir metodológicamente el proceso de implementación del Modelo de Acogida al Usuario.



## **CRITERIOS PARA DEFINIR ESTABLECIMIENTOS QUE IMPLEMENTARÁN LA ESTRATEGIA**

Es importante considerar tres elementos que debe tener presente la comuna al momento de definir el establecimiento que implementará el Modelo de Acogida al Usuario, estos son:

- Realizar la experiencia en un establecimiento donde su Director/a manifieste interés en implementarla estrategia, ya que este proceso requiere de un trabajo conjunto, coordinado y liderado por el director/a.
- Establecimiento que pueda asumir la disponibilidad de tiempo requerido para acciones de difusión, capacitación, inducción, diagnóstico, planificación y seguimiento.
- El establecimiento debe contar con un Profesional que pueda asumir la conducción de la implementación de la estrategia.

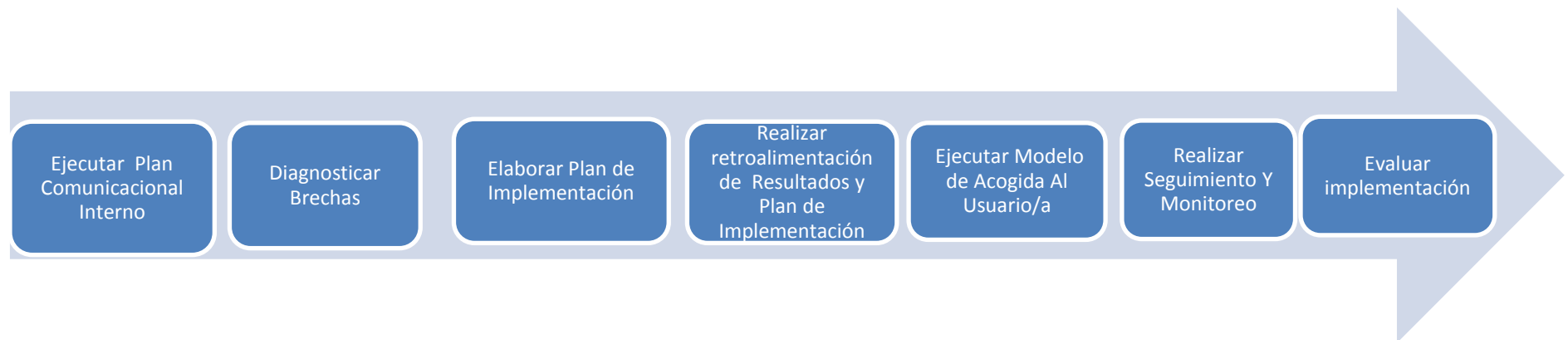
## IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO:

La implementación de la estrategia se realiza por medio de etapas previamente diseñadas que facilitan su adecuada ejecución, recogiendo elementos ya existentes en los establecimientos, y aquellos que se deben instalar.

Se realiza contextualizando la implementación en establecimientos que ya se encuentran en funcionamiento, y que, por tanto, cuentan con una organización interna con la cual se debe trabajar de manera coordinada y fluida.

La descripción de cada una de las etapas que contempla la implementación del Modelo de Acogida al Usuario/a se presenta a continuación.

### Etapas:





## **I. EJECUTAR PLAN COMUNICACIONAL INTERNO:**

La comunicación interna es la primera etapa de implementación, y consiste en la ejecución de un plan comunicacional al interior de cada establecimiento para informar sobre la iniciativa que se llevará a cabo, su objetivo, sus etapas y los requerimientos que se solicitarán a los distintos equipos. El objetivo de esta etapa es dar a conocer el proceso que se realizará al interior del establecimiento a modo de alinear a todos los equipos con el Modelo de Acogida al Usuario.

La transmisión de la información se debe realizar de forma presencial y en pequeños grupos, en una primera instancia, a equipos directivos, luego a jefaturas y así sucesivamente. En cada instancia se debe contar con el apoyo de la dirección del establecimiento y profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente para asegurar una adecuada transmisión de la información. Se puede apoyar el desarrollo de esta etapa con documentos formales y correos electrónicos, pero no constituir estos la única vía de comunicación.

Es importante mencionar la relevancia de desplegar los esfuerzos que sean necesarios en esta etapa, dado que es la instancia en la cual los equipos y funcionarios tendrán su primer acercamiento con el Modelo, podrán resolver dudas y se involucran con las posteriores etapas a desarrollar, disminuyendo así, la generación de resistencias internas que dificulten la adecuada implementación del modelo.

En términos específicos el establecimiento deberá planificar un máximo de tres reuniones con distintos grupos de funcionarios para informar sobre la implementación de la estrategia, la primera de ellas, dirigida al equipo directivo del Centro. Cada reunión se sugiere ser planificada para un tiempo estimativo de 40 minutos.

Las reuniones planificadas deberán realizarse en un mismo día en horarios diferentes, con el objetivo de informar en el mismo periodo a todos los funcionarios, evitando de esta forma, la presencia de intervalos de tiempo que puedan generar instancias en las cuales, la información sea transmitida en espacios no formales.

Los contenidos de estas reuniones y presentación serán proporcionados por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.



## II. DIAGNOSTICAR BRECHAS:

La segunda etapa corresponde a un diagnóstico de brechas en relación a los procesos, dispositivos y otros elementos que incorpora el Modelo, con el objetivo de poder identificar aquellos que ya se encuentran presentes, y los que se deben ir incorporando mediante una planificación.

El diagnóstico debe ser ejecutado por un equipo de trabajo liderado por el director/a del establecimiento, conformado por directivos, representantes de sectores y de primera línea de atención.

La metodología a emplear puede ser de diferentes tipos: Grupos focales, Encuestas, Observación, Revisión de documentos, entre otros.

Es importante en la etapa de diagnóstico incorporar la visión de los distintos estamentos, incluida la de los usuarios/as, a fin de contar con una visión integral que permita dar cuenta de los elementos presentes en el establecimiento, y aquellos que deben ser trabajados para implementar la estrategia.

Esta etapa incorpora las siguientes acciones y responsables:

- Revisión interna del establecimiento a través de pauta de diagnóstico de brechas a cargo del equipo del establecimiento liderado por su director/a.
- Observación directa del establecimiento a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Aplicación de encuesta a usuarios/as a cargo del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.
- Una reunión de sistematización de la información recogida, a cargo de equipo del establecimiento liderado por su director/a, y profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

### PAUTA DE DIAGNÓSTICO DE BRECHAS

A continuación, se presenta la pauta diseñada para la elaboración del diagnóstico de brechas:

|  | <b>Criterio de evaluación</b>  | <b>Indicador Si-No</b> | <b>En caso que corresponda indicar que criterio de evaluación se emplea.</b> | <b>Medio de verificación</b> | <b>Observaciones</b> |
|--|--|------------------------|--|------------------------------|----------------------|
| <b>DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN DE PRIMERA LÍNEA</b> | Existe información gráfica en la entrada del centro que indique la distribución espacial del establecimiento (Mapa o plano de ubicación del establecimiento).    |                        |  |                              |                      |
|  | Todos los dispositivos de atención se encuentran adecuadamente señalados (en formato institucional, visibles y legibles).  |                        |  |                              |                      |
|  | Existe información visual legible sobre procedimiento para acceder a los módulos de atención. Ej. Dónde tomar número, cómo se asignan el orden de atención, etc. |                        |  |                              |                      |



|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
|  | Los espacios de atención (mesones, ventanillas, módulos) se ajustan a la necesidad de acceso de la diversidad de usuarios/as.   |  |  |  |  |
|  | Hay un espacio al cual se puede acceder en caso de requerir privacidad para el usuario/a.   |  |  |  |  |
|  | Existe señalética y dispositivos de información sobre la atención adaptados para personas en situación de discapacidad. Ej. Señalética Braille, audioguías, infografías a la altura de silla de ruedas. |  |  |  |  |
|  | Existe señalética y dispositivos de información sobre la atención adaptados para personas que hablan un idioma distinto al español.   |  |  |  |  |

|                  |  |  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|--|--|
| <b>RECEPCIÓN</b> | El 100% de los Funcionarios conoce el protocolo de atención al usuario/a.  |  |  |  |  |
|                  | El 100% de los Funcionarios conoce el protocolo de atención a personas en situación de discapacidad.                               |  |  |  |  |
|                  | Se ha capacitado al 100% de funcionarios sobre protocolo de atención al usuario.   |  |  |  |  |
|                  | Se ha capacitado al 100% de funcionarios sobre protocolo de atención a personas en situación de discapacidad.                      |  |  |  |  |
|                  | El 100% de los funcionarios portan una identificación institucional (credencial) visible y legible.                                |  |  |  |  |
|                  | Existen sistemas de información que mantengan los datos de los usuarios/as y le permitan al funcionario gestionar tal información. |  |  |  |  |
|                  | Existe proceso formal y periódico para la actualización de los datos de los usuarios/as  |  |  |  |  |

|                    |   |  |  |  |  |
|--------------------|---|--|--|--|--|
| <b>INFORMACIÓN</b> | Existe un protocolo que indique la información escrita que debe ser proporcionada al usuario que se inscribe en el establecimiento.                                   |  |  |  |  |
|                    | Existe un proceso de inducción sobre la atención en la salud pública para los usuarios/as (o familias) que se inscriben en el centro de salud.                        |  |  |  |  |
|                    | La primera vez que una persona solicita una atención, se le entrega información escrita sobre los documentos que le serán requeridos.                                 |  |  |  |  |
|                    | Existe un documento de apoyo para los funcionarios de primera línea que contenga información sobre el funcionamiento de cada una de las unidades del establecimiento. |  |  |  |  |
|                    | Los dispositivos de atención tienen adecuadamente (en formato institucional, visibles y legibles) señalados sus horarios de funcionamiento.                           |  |  |  |  |

|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
|  | Están los dispositivos de información sobre horarios de funcionamientos adaptados para personas en situación de discapacidad. Ej. Señalética Braille, audioguías, infografías a la altura de silla de ruedas. |  |  |  |  |
|  | Están los dispositivos de información sobre horarios de funcionamientos adaptados para personas que hablan un idioma distinto al español.   |  |  |  |  |
|  | Existe un responsable de coordinar la información que se entrega a través de afiches, diario mural, TV o Internet.  |  |  |  |  |
|  | Existe un procedimiento para la disposición de material audiovisual, que incorpore la actualización de la información y retiro de material.   |  |  |  |  |
|  | Existe un canal de comunicación formal para la entrega de información a los funcionarios respecto de temas asociados a la atención de usuarios/as (mail, memorándum, otros).                                  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | Existe un procedimiento (flujograma) para la entrega de información actualizada a los funcionarios respecto de temas asociados a la atención de usuarios/as.   |  |  |  |  |
|  | Existe un responsable de la entrega de información actualizada a los funcionarios de primera línea.  |  |  |  |  |
|  | Para el abordaje de situaciones complejas o de crisis con los usuarios/as, existe un protocolo de acción y de coordinación entre funcionario de primera línea y su jefatura directa o profesional designado. |  |  |  |  |
|  | Existe material impreso disponible para el usuario sobre estrategias de salud desarrolladas por el establecimiento o SSMSO.  |  |  |  |  |
|  | Está el material impreso, sobre estrategias de salud, adaptado para personas en situación de discapacidad.   |  |  |  |  |
|  | Está el material impreso, sobre estrategias de salud, adaptado para personas que hablan un idioma distinto al español.   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | Se encuentra disponible para el usuario/a el reglamento interno de funcionamiento del establecimiento.                       |  |  |  |  |
|  | Está el reglamento interno del establecimiento adaptado para personas en situación de discapacidad.                          |  |  |  |  |
|  | Está el reglamento interno del establecimiento adaptado para personas que hablan un idioma distinto al español.              |  |  |  |  |
|  | Se encuentra visible para el usuario/a una Cartera de Servicios del Establecimiento.   |  |  |  |  |
|  | Está la Cartera de Servicios del establecimiento adaptada para personas en situación de discapacidad.                        |  |  |  |  |
|  | Está la Cartera de Servicios del establecimiento adaptada para personas que hablan un idioma distinto al español.            |  |  |  |  |
|  | Existe algún funcionario capacitado para abordar a usuarios que se comuniquen en otra lengua (lengua de señas, creolé, etc.) |  |  |  |  |

|                                   |   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|---|--|--|--|--|
| <b>ACOMPañAMIENTO<br/>Y APOYO</b> | La información que se entrega al usuario sobre su interconsulta incorpora especialidad, establecimiento, número de contacto y dirección.  |  |  |  |  |
|                                   | Existe un procedimiento conocido por los funcionarios, para resolver y/o derivar frente a la presencia de situaciones que afecten la continuidad de la atención del usuario/a. (Ej. usuario no inscrito en establecimiento, usuario que no dispone de cédula de identidad). |  |  |  |  |
|                                   | Existe una base de datos actualizada con información de contacto de establecimientos, unidades y/o departamentos de la red de salud.  |  |  |  |  |
|                                   | Existe una base de datos actualizada con información de contacto de la red intersectorial.  |  |  |  |  |

|                   |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| <b>ASISTENCIA</b> | Existe un procedimiento para abordar situaciones que requieran de contención y/o intervención en crisis.   |  |  |  |  |
|                   | Existe un referente en las distintas unidades/sectores del establecimiento para resolver situaciones complejas o de crisis con usuarios/as o acompañantes. |  |  |  |  |
|                   | Existe, siempre, un profesional designado a quien acudir en caso ser necesaria una intervención en crisis o abordaje de una situación compleja.            |  |  |  |  |
|                   | Existe un catastro actualizado de agentes espirituales del territorio.   |  |  |  |  |
|                   | Existe un procedimiento establecido para poner en contacto a usuarios/as y acompañantes con agentes espirituales del territorio.                           |  |  |  |  |
|                   | Existe un procedimiento formal dirigido a la primera línea para la derivación de usuarios/as a equipos psicosociales del establecimiento.                  |  |  |  |  |



|  |   |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|
| <b>ARTICULACIÓN DE REDES COMUNITARIAS</b>                            | Existe un catastro actualizado de organizaciones sociales que funcionan en el territorio.                             |  |  |  |  |
|  | Existe un catastro actualizado de Instituciones de apoyo del territorio (Fundaciones, ONG, entre otros).              |  |  |  |  |
|  | Existe un protocolo formal de articulación con organizaciones sociales e instituciones de apoyo.                      |  |  |  |  |
| <b>COORDINACIÓN CON OTRAS UNIDADES O ESTABLECIMIENTOS DE LA RED.</b> | Existe un protocolo de derivación asistida hacia la red de salud.   |  |  |  |  |
|  | Existe entrega de información al usuario respecto de requerimientos necesarios para atenciones posteriores en la red. |  |  |  |  |

|                                |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>GESTIÓN DE LAS PERSONAS</b> | Existe un proceso de inducción para nuevos funcionarios que se incorporan al establecimiento.  |  |  |  |  |
|                                | Existe un proceso de actualización de la inducción para funcionarios que lo requieran. Ej. por cambio de funciones, ajustes en cargo o perfil.         |  |  |  |  |
|                                | Existe proceso de monitoreo de la ejecución de las inducciones.  |  |  |  |  |
|                                | Se encuentra sistematizada y actualizada la definición de roles y funciones de cada unidad y funcionarios del establecimiento.                         |  |  |  |  |
|                                | Los funcionarios del establecimiento tienen a su disposición las funciones de su cargo.  |  |  |  |  |
|                                | La descripción de los cargos incorpora ámbitos de la gestión de usuarios. Ej. Trato al usuario, protocolo, intervención en situaciones complejas, etc. |  |  |  |  |
|                                | La descripción de los cargos de primera línea incorpora aplicación de los protocolos de atención.  |  |  |  |  |
|                                | Existe una evaluación de desempeño que incorpore el trato al usuario de acuerdo a la Ley 20.584.   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | Existe retroalimentación continua a los funcionarios respecto al trato usuario y aplicación de protocolos de atención.   |  |  |  |  |
|  | Existe un procedimiento para el levantamiento de necesidades de capacitación en temas de gestión de usuarios.  |  |  |  |  |
|  | Existe dentro del Plan Anual de Capacitación de funcionarios, la incorporación de temas de gestión de usuarios. Ej. Trato al usuario, protocolo de atención, atención de usuarios migrantes, intervención en crisis. |  |  |  |  |
|  | Existe un plan de autocuidado de los equipos del establecimiento.  |  |  |  |  |
|  | En las actividades del plan de autocuidado de los equipos participan el 100% de los funcionarios, independiente de su calidad contractual.   |  |  |  |  |
|  | Existe un catastro o nómina actualizada de los funcionarios del establecimiento.   |  |  |  |  |

|                                       |   |  |  |  |  |
|---------------------------------------|---|--|--|--|--|
| <b>INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO</b> | En los módulos de atención al usuario, hay sillas disponibles para la recepción de las personas.                        |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos de atención permiten estar a la misma altura a funcionarios y usuarios/as.                                  |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos de atención se encuentran despejados lo que posibilita la visibilidad entre los usuarios/as y funcionarios. |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos se encuentran adecuadamente separados.  |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos de atención cuentan con computador con conexión a internet.   |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos de atención cuentan con teléfono para llamadas a fonos fijos y móviles.                                     |  |  |  |  |
|                                       | Los módulos de atención cuentan con citófono.   |  |  |  |  |
|                                       | Existe un correo institucional.   |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  | Existe, al menos, un Diario Mural ubicado en un lugar visible para los usuarios.   |  |  |  |  |
|  | Existe en cada módulo un dispensador de folletos.  |  |  |  |  |
|  | Hay en el establecimiento pantallas electrónicas y/o letreros electrónicos que entreguen información al usuario.   |  |  |  |  |
|  | Se cuenta con acceso a internet para funcionarios a cargo de administrar redes sociales del establecimiento (acceso sin bloqueo de redes sociales).                                    |  |  |  |  |
|  | Se cuenta con equipos tecnológicos institucionales para entrega de información, difusión o registro de evidencias (entre otros). Ej. Tablet, celulares, cámara fotográfica, proyector. |  |  |  |  |
|  | El establecimiento dispone de internet para los usuarios a través de conexión inalámbrica (Wifi).  |  |  |  |  |

### III. ELABORAR PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

La elaboración del Plan de Implementación será responsabilidad del equipo a cargo del diagnóstico de brechas. Es probable que en la etapa diagnóstica se generen una gran cantidad de elementos necesarios de abordar, motivo por el cual, lo primero que se debe realizar es una priorización que permita identificar cuáles serán los ámbitos que se deben trabajar en el corto, mediano o largo plazo.

#### Priorización

Indicar ámbitos que se abordarán en la planificación de acuerdo a priorización.

| Corto Plazo | Mediano Plazo | Largo Plazo |
|-------------|---------------|-------------|
| 1.          | 1.            | 1.          |
| 2.          | 2.            | 2.          |
| 3.          | 3.            | 3.          |
| 4.          | 4.            | 4.          |
| 5.          | 5.            | 5.          |
| 6.          | 6.            | 6.          |
| 7.          | 7.            | 7.          |

Adicionalmente a los ámbitos encontrados en la etapa diagnóstica que serán abordados a corto plazo, se deben incorporar las siguientes acciones:

- Comunicar formalmente el rol del nuevo equipo conformado a la totalidad de funcionarios de las unidades del establecimiento, así como también la cartera de servicios del Modelo.
- La implementación de la cartera de servicios del Modelo de Acogida al Usuario/a

## PAUTA DE PLANIFICACIÓN MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO

### I. IDENTIFICACIÓN

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| • Establecimiento                | : |
| • Director/a del Establecimiento | : |
| • Profesional a cargo            | : |
| • Orientador/a de Sala de Espera | : |
| • Fecha de elaboración           | : |



### II. CONSIDERACIONES GENERALES PARA PLANIFICACIÓN DE CONTINUIDAD

La Planificación de continuidad debe considerar:

- La implementación de la Cartera de Servicios;
- Brechas pendientes para la implementación del Modelo del año anterior;
- Coordinación con el Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas;
- Coordinación con Consejos de Usuarios/as y otras organizaciones de usuarios/as del territorio del centro;
- Vinculación y articulación con los Equipos de Participación Social y OIRS;
- Coordinación con la Unidad de Calidad, Jefaturas de Sector y de Unidades Transversales;
- Incorporar estrategias de difusión del MAU;
- Considerar acciones de monitoreo y evaluación de la experiencia usuaria (cualitativas y cuantitativas).

### III. INDICACIONES GENERALES PARA LA PLANIFICACIÓN

#### 1. Áreas: Se han definido tres áreas generales a trabajar:

- a) *Comunicación*: Esta área tiene relación con las acciones de coordinación interna del establecimiento, con la difusión del Modelo de Acogida entre los funcionarios, con la articulación y flujos de información entre las unidades, con lo vinculado a la actualización de los diversos protocolos, datos de usuarios, cartera de servicios del centro, entre otros. En síntesis, aquí se consideran todas las acciones orientadas a mejorar la gestión interna del establecimiento.
  - b) *Información*: Esta área contempla las actividades relacionadas a la entrega de información dirigida hacia los usuarios, lo que incluye acciones todas las acciones cuyo objetivo final es informar con calidad a los usuarios.
  - c) *Recepción y Acogida*: Esta área considera todas aquellas acciones y estrategias cuyo objetivo sea mejorar la recepción y acogida a los usuarios. Incluye acciones como capacitaciones en estos temas a los funcionarios del centro, aplicación del checklist del protocolo de atención, mejora en las condiciones de higiene, seguridad e infraestructura, protocolos de atención en crisis o solución de contingencias, entre muchas otras.
2. **Objetivo**: En el contexto de esta planificación, se considera que el objetivo es el resultado esperado que se quiere alcanzar y que da cuenta de alguna de las brechas detectadas en el diagnóstico. El objetivo debe escribirse comenzando con un verbo en infinitivo, lo que indica su carácter de acción y proceso.
  3. **Meta**: La meta está estrechamente relacionada con el concepto de objetivo. Para fines de esta planificación la meta debe ser expresada numéricamente, de preferencia con un porcentaje de cumplimiento esperado.
  4. **Acciones**: Se refiere a cada uno de los eventos que, en conjunto, constituyen el proceso para conseguir el objetivo. Deben ser escritos en una secuencia lógica, lo más exhaustiva posible, individualizando las actividades a concretar. La descripción de las acciones debe dar cuenta de las fases que se han proyectado para alcanzar la meta y obtener el resultado expuesto en el objetivo.



5. **Recursos:** Se refiere a todos los insumos, materiales e inmateriales, que se requieren para concretar las acciones. No es necesario que se describan con gran detalle, pero debe informar claramente sobre las necesidades que existen para cumplir la meta. Si se requieren recursos humanos, debe estar señalada la necesidad de horas profesionales (idealmente con una estimación numérica). Si bien no es necesaria una valorización monetaria de todos los insumos, sería adecuado incluirla cuando el monto de inversión sea considerable.
6. **Verificador:** Los medios verificadores son formas tangibles que permiten dar cuenta de la efectiva realización de las acciones, y por tanto permiten calcular el logro de la meta. En general se han considerado las Actas de reunión y actividades, Nóminas de asistencias, fotografías, documentos de trabajo, entre otros.
7. **Plazo:** Está referido al momento en que las acciones, ya realizadas, han dado cuenta de la meta, y, por tanto, se ha cumplido con el objetivo. Para esta planificación anual se recomienda señalar el mes del año en que se proyecta el cumplimiento.
8. **Responsable:** Puede ser una o más personas. El o la responsable del objetivo debe, en primer lugar, estar informado sobre éste, la respectiva meta, las acciones que debe realizar, los recursos que debe gestionar, el plazo que debe cumplir y los recursos que debe gestionar. El responsable tiene un compromiso con el objetivo. En caso de no cumplirse la meta correspondiente, él o ella debe dar respuesta a esta situación. Del mismo modo, si se cumple, debe ser reconocido por sus gestiones. El o la responsable no es necesariamente quien ejecuta las acciones, puede ser quien coordina, gestiona o ejerce su jefatura para la consecución del objetivo. Es indispensable que el responsable esté expresado de acuerdo al cargo y no al nombre, pues las personas pueden cambiar durante la ejecución del plan.

Al momento de presentar esta Planificación del Modelo de Acogida, no es necesario que incluyan estas hojas con las indicaciones, pueden incluir la identificación, las consideraciones generales y la planificación en sí.



**IV. PLANIFICACIÓN ANUAL – MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO.**

| Área                | Objetivo | Meta | Acciones | Recursos | Verificador | Plazo | Responsable |
|---------------------|----------|------|----------|----------|-------------|-------|-------------|
| COMUNICACIÓN        |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |
| INFORMACIÓN         |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |
| RECEPCIÓN Y ACOGIDA |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |
|                     |          |      |          |          |             |       |             |



#### **IV. REALIZAR RETROALIMENTACIÓN DE RESULTADOS Y PLAN DE IMPLEMENTACIÓN**

Los resultados obtenidos en el diagnóstico de brechas deben ser dados a conocer a todos quienes participaron en esta etapa, así como las acciones que se desarrollarán a fin de disminuir las brechas existentes para la adecuada implementación del Modelo. En este espacio de información, se deben recoger impresiones que aporten a la calidad de la planificación diseñada, lo que facilitará el involucramiento de los funcionarios/as en el desarrollo de la estrategia.

La retroalimentación debe ser entregada en pequeños grupos, en un máximo de tres reuniones, para lo cual, se sugiere conformar los mismos grupos que fueron definidos en la primera etapa del plan de implementación de la estrategia correspondiente a la etapa de comunicación interna, o ser esta información entregada en reuniones de sector.

#### **V. EJECUTAR MODELO DE ACOGIDA AL USUARIO/A**

Esta etapa constituye la puesta en marcha de la planificación diseñada, la cual debe ser realizada por los responsables de cada una de las acciones estipuladas.

Comienza también a desempeñar sus funciones el Profesional a cargo de la implementación del Modelo de Acogida al Usuario en el establecimiento y se incorpora el Orientador de Sala, quien ejecuta las acciones designadas para su cargo.

Se comienza a implementar la Cartera de Servicios especificada en el Modelo.



## **VI. REALIZAR SEGUIMIENTO Y MONITOREO**

El profesional a cargo de la coordinación del Modelo en el establecimiento, deberá realizar de manera planificada un seguimiento a la implementación de la estrategia, para lo cual contará con el acompañamiento y asesoría del Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente.

Los resultados del seguimiento deben ser comunicados a la dirección del establecimiento y equipo técnico, con el objetivo de realizar las adecuaciones y/o diseño de estrategias necesarias para facilitar la implementación. Las estrategias deberán ser construidas conjuntamente por los miembros del equipo técnico, para lo cual se requiere que el profesional a cargo de la implementación del Modelo participe de reuniones técnicas. En esta etapa se contará con asesoría de profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

## **VII. EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La ejecución del Modelo pretende identificar ámbitos relevantes de la implementación del Modelo como son procesos e indicadores de resultados, insumos necesarios para perfeccionar su diseño y ejecución tanto en el establecimiento en el cual se está desarrollando la estrategia del modelo, así como en otros de la red.

La evaluación de resultados será realizada por el Departamento de Participación Social y Gestión Integral de Usuario del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, en dos instancias, una de ellas durante el transcurso de la implementación de la estrategia orientada a evaluar avances de la planificación realizada por el establecimiento a partir del diagnóstico de brechas, y el avance en el desarrollo de la Cartera de Servicios del Modelo.

Posteriormente se realizará una evaluación final de la estrategia, la cual incluirá medición de satisfacción y experiencia usuaria. Los resultados obtenidos serán comunicados al establecimiento.