



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

212  
2ej.

FACULTAD DE PSICOLOGIA

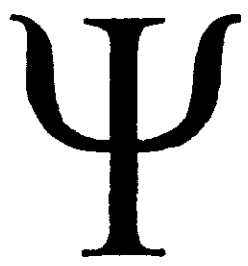
TESIS MAL COMPAGINADA.

METODOLOGIA PARA MEJORAR LOS PROCESOS TECNICOS-ADMINISTRATIVOS EN EL IMSS.

**REPORTE LABORAL**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
ANA CELIA PEREZ VELAZQUEZ

ASESOR: MTRO. JESUS FELIPE URIBE PRADO

AGOSTO, 1998



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

264161



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A ti Señor por permitirme conocerte, amarte y por brindarme la oportunidad de llegar a esta importante etapa de mi vida profesional.**

**A MIS PADRES:**

*Por el esfuerzo y amor que siempre nos profesan y por dar lo mejor de sí a todos sus hijos.*

**A MIS HERMANOS:**

**Alma Rosa, Sergio, José Luis, Enrique y Silvia** de quienes me siento orgullosa de ser su hermana.

**A Chiquis** por su siempre incondicional apoyo y motivación a ser siempre mejor.

**A MIS SOBRINOS:**

Por el impulso y cariño que me dan siempre.

**A MIS AMISTADES:**

**A María Elena y Elvia** por su confianza y apoyo incondicional que siempre me han demostrado.

**A Laura y Martha** por su impulso para lograr este cierre importante de una etapa de mi vida y su apoyo para seguir adelante.

**A Graciela, Silvia, Bety, Mary Carmen, Lupita, Edgar y Sergio** porque de todos recibí una aportación para éste trabajo.

*A ti vida por permitirme andar en tu camino.*

Mi agradecimiento profundo a la **Lic. Patricia Meraz** porque esta mosquetero llegó a la meta fijada y al **Maestro Jesús Felipe Uribe Prado** por su asesoría, conocimiento y confianza.

**A todos, muchas gracias.**

# INDICE

Página

## INTRODUCCIÓN

<b>1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD TOTAL , LOS PRINCIPALES TEÓRICOS Y SUS APORTACIONES</b>	<b>1</b>
1.1.- Etapas principales del movimiento de la calidad	6
1.2.- Filosofía y metodología:	11
1.2.1.- Edwards Deming	12
1.2.2.- Joseph M. Juran	14
1.2.3.- Kaoru Ishikawa	18
1.2.4.- Philip B. Crosby	19
<b>2. EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	<b>26</b>
2.1 La Seguridad Social	26
2.1.1 Orígenes de la Seguridad Humana	26
2.1.2 Inicios de la Seguridad Social en el mundo	27
2.1.3 Orígenes de la Seguridad Social en México	28
2.1.4 Antecedentes de la Seguridad Social en México	30
2.1.5 Antecedentes de la Seguridad Social en el mundo actual	31
2.2 El IMSS y los servicios que proporciona	34
2.3 Antecedentes de la Calidad Total en el IMSS	40
2.4 Planeación Estratégica	44
2.5 Plan de acción institucional "prueba piloto"	54
2.6 Resultados de la fase piloto	63
<b>3. - PLAN INSTITUCIONAL DE MEJORA CONTINUA</b>	<b>68</b>
3.1.- Estructura funcional para su implantación	71
3.2.- Estrategia de operación	76
3.3.- Estrategia de implantación	77
3.4.- Modelo de Mejora Continua	80
3.5.- Plan de Acción de la Delegación 2 Noreste del D.F.	83

<b>4. PROCEDIMIENTO Y EVALUACIÓN</b> -----	91
4.1.- Descripción de la metodología para mejorar los procesos técnico-administrativos en el IMSS-----	92
4.2.- Fundamentación teórica-----	94
4.3.- Aplicación y evaluación de la metodología para mejorar un proceso técnico-administrativo en una unidad médica del IMSS.-----	99
<b>5. ANÁLISIS</b> -----	135
Limitaciones-----	137
Contribuciones-----	139

**REFERENCIAS**

**ANEXOS**

## INTRODUCCIÓN

Los cambios tanto en los términos del intercambio internacional de bienes y servicios, como en el ámbito mismo de la producción, han derivado en una recomposición de las tradicionales esferas de poder económico. Somos testigos del surgimiento de nuevos bloques de influencia y de la redefinición de estrategias económicas, por parte de todas las naciones, para integrarse a estas nuevas tendencias.

La creciente globalización de la economía se manifiesta con especial fuerza en la esfera de la competencia internacional, lo mismo en los mercados tradicionales que en los nuevos. La competencia es mundial y la recomposición de fuerzas desencadena nuevas alianzas, nuevos patrones de producción, comercialización, diseño y financiamiento, entre otros.

Antes del advenimiento de estos cambios que ha provocado la economía global, el crecimiento se centraba en la industria y especialmente en las manufacturas, motor que tradicionalmente impulsaba al resto de las actividades productivas. Ahora, en la etapa postindustrial, el énfasis parece girar alrededor de los servicios. No obstante, la producción de manufacturas sigue siendo importante: si bien la economía financiera sustituye, en gran medida, el intercambio de productos y bienes, la generación de éstos últimos se considera como un factor clave de la riqueza de las naciones. ( Liórons y Valenzuela, 1990).

Hace algunos años se padecía en México en cuanto a modelos respecto al movimiento internacional de calidad total. Actualmente en los 90's, estamos saturados, existe mucha información que lo difícil ahora es elegir entre tantos modelos. Cada día nos encontramos con un mayor número de artículos sobre este tema, así como anuncios alusivos, promoviendo conferencias de productividad - calidad. Este cambio se ha visto fortalecido por la gran cantidad de libros que han aparecido de expertos en este campo. Todo esto ha ocasionado que en México se vaya creando una cultura de Productividad-Calidad, que de acuerdo con el enfoque de Philip Crosby, nos encontraríamos en la etapa que el denomina "despertar". ( Rivero, 1991).

De cara a esta realidad, las empresas mexicanas están dando pasos importantes para impulsar la productividad, una herramienta fundamental para elevar los niveles de competitividad, crecimiento económico y desarrollo de nuestro país. Sin embargo, un esfuerzo, sólo en este sentido, no basta. Además de un proceso de transformación productiva decidido, sistemático e integral, se requiere de un cambio de cultura adecuado a nuestro actual entorno nacional e internacional, que incluye tanto las actitudes y los valores de los trabajadores, como la concepción misma de la dirección. ( Liórons y Valenzuela, 1990 ).

Vivimos en una sociedad en la cual hay que interactuar con diferentes personas, tenemos relación con los amigos, con los familiares, etc., y gracias a esta interrelación es que podemos intercambiar ideas, apoyarnos y ofrecer diferentes puntos de vista. En las organizaciones existen también estas interrelaciones, entre las personas que trabajan dentro de un mismo departamento, entre los departamentos y entre las empresas.  
( Pedrero, 1996 ).

En las organizaciones modernas la mayoría de las personas trabajan en equipo, y casi no hay nadie que trabaje completamente aislado de los demás.( Blake y Mouton, 1989).

Muchas acciones pueden ser realizadas aisladamente por un solo individuo, pero en el caso de las organizaciones humanas, la organización y las acciones tienen que ser realizadas por personas que actúen en grupo o en equipos de trabajo. ( Luna, 1996 )

Que el individuo obtenga resultados satisfactorios depende de lo bien que él y las personas con quienes trabaja puedan coordinar sus esfuerzos. ( Blake y Mouton, 1989).

Indiscutiblemente el elemento que cobra sentido cuando hablamos de Calidad y Mejora Continua es la interacción social, que se pone en manifiesto cuando los integrantes de un equipo de trabajo se reúnen para analizar sus actividades diarias y proponer alternativas que les permitan optimizar sus tareas respecto a las necesidades que les demanda el usuario inmediato, ya sea éste de índole interno o externo. ( Luna, 1996 )

Es decir que los Recursos Humanos constituyen la clave del éxito de toda estrategia de negocios que esté basada en un enfoque de calidad.

Por lo tanto los Recursos Humanos se convierten de esta forma en el núcleo visible en que se manifiestan todos los elementos componentes de una gestión de calidad: la cultura organizacional, la visión y el liderazgo de la alta dirección y la estrategia competitiva de la organización. ( Mora, 1992 ).

La experiencia demuestra que todo intento organizacional destinado a crear una nueva forma de pensar y una nueva escala de valores y prioridades debe estar basado en ciertos principios fundamentales que marque claramente el camino a seguir, esto es, la creación de una cultura organizacional orientada hacia la calidad. ( Acuña, 1993 ).

Por lo tanto, en este contexto: **Calidad Total** es una filosofía de gestión que una organización utiliza para anticipar y satisfacer las necesidades de su mercado, según la dinámica de cambios que éste experimenta, de una forma continua y eficiente. ( Acuña, 1992 ).

La calidad depende de una evolución continua. El enfoque basado en la calidad debe entenderse como un proceso constante, en el cual se buscan mejoras incrementables continuas con el propósito de satisfacer cada día mejor las necesidades de los usuarios. Por ser definida desde la perspectiva de los usuarios, la calidad es un concepto que está constantemente en transformación y mutación, respondiendo a las cambiantes realidades de los mercados y usuarios.

Cuando se habla de "satisfacción del usuario", se habla de trato personal, donde la naturaleza humana y su comportamiento son el factor fundamental para un proceso de cambio dinámico y permanente en las organizaciones. Dicho cambio debe ser promovido y permeado en todos los subsistemas que la conforman. Tal enfoque nos lleva a la consideración de un Proceso de Mejora Continua. (Luna,1996)

La Mejora Continua surge como una estrategia de cambio para la Administración de los procesos técnicos-administrativos del IMSS. Esta orientada en tres aspectos fundamentales: la orientación al usuario, al trabajo en equipo y en la administración de los procesos. ( TAI, 1992).

Bajo la consideración de que un elemento fundamental para la Mejora Continua es el trabajo en equipo, resulta importante resaltar que cuando el trabajo se convierte en una acción realizada colectivamente, la interrelación del personal es más difícil de administrar. No obstante el aprovechamiento cabal de su potencial se puede lograr si los grupos aprenden a colaborar en el cumplimiento de metas comunes. ( Luna,1996)

De acuerdo a lo anterior se puede considerar a la Calidad como una estrategia dirigida al factor humano, la cual habla de desarrollar e incrementar las habilidades y conocimientos; establecer un compromiso ético-laboral que genere un cambio que modele las actitudes, habilidades y conocimientos en todo el personal de la organización. (Mora,1994 ).

En este sentido cabría hacerse una pregunta. *Cuál es el papel del psicólogo laboral en esta materia ?.*

**Se puede responder que el papel del psicólogo laboral en esta materia es el siguiente: ( Valderrama, 1993 ).**

**1. Desde una óptica del estudio de la conducta humana en las organizaciones, pueden entenderse como una labor de vencimiento de la resistencia al cambio, cambio de actitudes, a través de resaltar los propios valores y capacidades internas del mismo, redefinición de esquemas conceptuales, etc..**



**2. En la labor de consultoría dentro de la calidad total si cuenta con el respectivo entrenamiento (como agente de cambio, facilitador y asesor), además de enfrentarla desde el lado meramente técnico en calidad, puede desarrollarla con herramientas adicionales que no son propias de cualquier otro profesional, como son el conocimiento, manejo y desarrollo de grupos, manejo de conflictos y desarrollo de organizaciones, entre otros.**

**3. El psicólogo realiza diferentes tipos de intervenciones: como lograr el cambio, la integración, la cohesión, la pertenencia, el logro, el manejo de soluciones y conflictos laborales, la toma de decisiones, participa y colabora en la organización, entre otros aspectos laborales.**

**4. Y por último, la participación en los procesos psicológicos que son fundamentales para el logro de la calidad total, como la comunicación, capacitación, aprendizaje, cambio de actitudes, motivación y cultura.**

En 1992 el IMSS adopta como estrategia competitiva a la Planeación Estratégica y el Modelo de Mejora Continua; adquiriendo los derechos de autor a Tennessee Associates International (TAI), material que fue adaptado a las necesidades del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A continuación se describe el contenido temático del presente reporte laboral:

En el capítulo 1 se menciona la evolución histórica de la calidad total, los principales teóricos y sus aportaciones. El capítulo 2 Contiene lo referente al Instituto Mexicano del Seguro Social; la Seguridad Social, los servicios que proporciona, la situación que prevalece y los antecedentes relevantes respecto a lo que se ha realizado en materia de calidad total en el IMSS. En el capítulo 3 se detalla el Plan Institucional de Mejora Continua; la estructura funcional y las estrategias para su implantación, el modelo de mejora continua, así como el plan de acción de la delegación 2 Noreste del D.F. El capítulo 4 se especifica la metodología propuesta para mejorar los procesos técnicos-administrativos, el fundamento teórico y la aplicación de la metodología en una unidad de servicio del IMSS, propósito fundamental del reporte laboral. Y en el capítulo 5 se hace referencia al análisis de los resultados mencionando los alcances de la propuesta, sus limitaciones y mi contribución en el ámbito laboral.

## **CAPITULO 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD TOTAL, LOS PRINCIPALES TEÓRICOS Y SUS APORTACIONES.**

### **INTRODUCCIÓN**

Uno de los términos más utilizados en la actualidad en los diferentes ámbitos es el de "Calidad" ; al cual los teóricos se refieren como un sistema, estrategia, paradigma, enfoque, filosofía, proceso, forma de actuar, movimiento etc.. Ya sea un enfoque o un movimiento. la calidad involucra una serie de factores y características inherentes al ámbito de las organizaciones y cada vez es mayor el número de ellas que la han adoptado. ( Ramos 1994 ).

**En éste capítulo se hará una reseña de las tres etapas principales del movimiento de la calidad a fin de ilustrar el impacto que han tenido en las organizaciones. Así mismo se enunciará en forma general la filosofía y metodología propuesta por cada uno de los promotores de la calidad total que sirvieron como marco teórico para la conformación del modelo de mejora continua que se implementó en el IMSS.**

Al hablar de calidad en una organización se está involucrando al producto o servicio que otorga y a los procesos; de tal forma que esto incide en la calidad del producto; la calidad del proceso; y la calidad de servicio ( Ramos 1994 ).

Los cambios tanto en los términos del intercambio internacional de bienes y servicios, como en el ámbito mismo de la producción, han derivado en una recomposición de las tradicionales esferas de poder económico. El surgimiento de nuevos bloques de influencia y de la redefinición de estrategias económicas, por parte de todas las naciones, para integrarse ventajosamente a estas nuevas tendencias.

La creciente globalización de la economía se manifiesta con especial fuerza en la esfera de la competencia internacional, lo mismo en los mercados tradicionales que en los nuevos .La competencia es mundial y la recomposición de fuerzas desencadena nuevas alianzas, nuevos patrones de producción, comercialización, diseño y financiamiento, entre otros.

Antes del advenimiento de estos cambios que ha provocado la economía global, el crecimiento se centraba en la industria y especialmente en las manufacturas, motor que tradicionalmente impulsaba al resto de las actividades productivas. Ahora, en la etapa postindustrial, el énfasis parece girar alrededor de los servicios. No obstante, la producción de manufacturas sigue siendo importante: si bien la economía financiera sustituye, en gran medida, el intercambio de productos y bienes, la generación de éstos últimos se considera como un factor clave de la riqueza de las naciones. ( Liórons y Valenzuela, 1990 ).

La industria mexicana está pasando por uno de los momentos más críticos pero más importantes de su historia. Después de vivir cerca de 40 años con una serie de políticas de proteccionismo industrial, que entre otras cosas, provocaron un atraso considerable en materia de tecnología, productividad y protección ambiental, de pronto el reto de la globalización nos exige hacemos más competitivos en estos y otros rubros. Y hoy, *hablar de competitividad inevitablemente remite a hablar de calidad.*

Actualmente todo el mundo habla de "calidad" como la llave mágica que va a resolver todos nuestros problemas, *así como de implantar un proceso de calidad total como la manera de llevar este concepto teórico a la realidad.*

(Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).

En los últimos años se ha manifestado una creciente preocupación, por parte de las organizaciones mexicanas, por la dimensión de la respuesta requerida que debe enfrentarse y vencer la gran amenaza que representa para su sobrevivencia y por supuesto también contemplarlas como una gran oportunidad para alcanzar una posición cada vez más firme en sus mercados de competencia.

El reto del actuar productivo se ha manifestado como *una llamada de atención, quizá la última para algunas organizaciones, para que integren a sus objetivos y estrategia corporativa una orientación hacia la calidad, enfocando sus esfuerzos hacia la satisfacción de las expectativas y necesidades de los cliente y usuarios de sus productos o servicios.* (Gómez, 1989 ).

Las organizaciones mexicanas están dando pasos importantes para impulsar la productividad, una herramienta fundamental para elevar los niveles de competitividad, crecimiento económico y desarrollo de nuestro país. Sin embargo, un esfuerzo, sólo en este sentido no basta.

Además de un proceso de transformación productiva decidido, sistemático e integral, se requiere de un cambio de cultura adecuado a nuestro actual entorno nacional e internacional, que incluya tanto las actitudes y los valores de los trabajadores, como *la concepción misma de la dirección.*

Es por todo ello que las organizaciones deben dar un gran paso hacia adelante; el salto hacia la Calidad Total, requisito y símbolo para el desarrollo de los individuos, de las organizaciones y de las naciones. (Llórons y Valenzuela, 1990 ).

La calidad se ha venido constituyendo como uno de los paradigmas más importantes del siglo que termina.

Calidad total no es un programa de mejoras administrativas o productivas, como han existido tantos otros y cuya relevancia tiende a manifestarse cíclicamente. Es decir, que existe en primer término un periodo de auge, *durante el cual hay un interés creciente por conocer los nuevos enfoques, más adelante, una vez*

alcanzado el clímax, la popularidad de éstos empieza a descender hasta que eventualmente cede su lugar a otros conceptos, que en su momento parecerán más novedosos.

Pero de ninguna forma ese es el caso de calidad total, como lo han demostrado los japoneses, que llevan por lo menos tres décadas desarrollando este concepto, lo que significa que durante ese lapso han procurado hacer las cosas cada vez mejor. Y lo han logrado. Tan sólo hay que recordar la calidad y diseño de los productos japoneses en los años sesenta. Por lo regular eran burdas imitaciones de artículos americanos, de mala calidad, aunque en apariencia su precio resultaba atractivo.

Su verdadero desarrollo se alcanzará en el mediano y largo plazo. Esto último resulta lógico, ya que se trata de un cambio radical en la cultura de la organización donde se busque incorporar esa filosofía administrativa.

Calidad total es una modificación drástica de cultura, por lo que sus efectos no pueden manifestarse de un momento para otro. Por el contrario, se trata de un cambio que poco a poco se va permeando en la organización, esto significa que los avances tangibles de ese proceso de asimilación se verán gradualmente. Por tanto, pensar que por incorporar dicho concepto a una organización se remediarán de inmediato todos sus problemas, no sólo es un error, es un acto de ingenuidad. (Acle, 1991 ).

Adicionalmente si existen en ella problemas vitales, es decir aquellos que ponen en riesgo su supervivencia, es conveniente tratar de corregirlos al menos parcialmente antes de seguir adelante, que es factible que ante la ausencia de un diagnóstico que los haya detectado y evaluado, los esfuerzos que pretendan desarrollarse para implantar calidad total se destinen a la atención de efectos y no a la solución de causas. Para que el concepto de calidad total empiece a manifestar sus resultados hay que sembrarlo en cada uno de los miembros de la organización. Para ello como condición **sin equa non** se requiere que los líderes del movimiento hacia la calidad total en cada organización sean sus directivos del nivel más alto. Esto no significa que simplemente den las órdenes para que se implante dicho concepto, sino que deben participar de manera muy activa, no sólo predicando con el ejemplo, sino como un elemento que promueva y dirija el cambio, buscando una acción armónica y ordenada de todos los integrantes de la organización.

En la implantación de calidad total no hay enfoques parciales. Y aquí sí existe una clara disyuntiva; todo o nada. Si el esfuerzo e interés por implantarla sólo se localiza en una área de la organización, las posibilidades de que todo resulte un fracaso rotundo son muy altas. ( Acle, 1991 ).

Por sí sola, la palabra calidad implica el conjunto de atributos o propiedades de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él ". Esta definición, al introducir el concepto de valor, entrelaza estrechamente su significado con el de calidad. Valor supone que, a una calidad determinada, corresponde un precio determinado y que aquellos productos que estén fuera de estos parámetros principalmente dado un precio mayor que la calidad ofrecida o dada una calidad deficiente a un precio alto, tienden a desaparecer del mercado. ( Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).

Si analizamos las diversas definiciones y enfoques de expertos en este campo, la calidad la están refiriendo a cumplir los requerimientos del cliente, que quede satisfecho de lo que está recibiendo . Por eso cuando revisamos cualquiera de estos enfoques, nos encontramos con la importancia que cada uno de ellos le da al usuario o cliente, señalando todos ellos que *debe comprenderse* su comportamiento y satisfacer sus necesidades en el momento en que se presenten.

En estos momentos todas las organizaciones deben tener claridad en las condiciones en que están concurrendo y buscar con creatividad satisfacer a este cliente que cada vez es más exigente ; de lo contrario todo aquel valor agregado que significa el servicio, será aprovechado por organizaciones extranjeras que tienen más experiencia en estos campos.

Lo anterior significa que el cliente no sólo debe recibir el bien o servicio con las características que él solicitó, debe tener un adecuado respaldo en el servicio y desde luego estar satisfecho de la forma en que lo está recibiendo.(Rivero, 1991).

Calidad percibida. Definición: evaluación subjetiva de los productos y/o servicios por parte del consumidor, resultado de la imagen, publicidad, marca, moda, etc.. La definición anterior no nos muestra en realidad la importancia que tiene la primera impresión que de un producto o servicio tiene un cliente ( Bravo, 1991 ).

Los clientes no poseen más que sus sentidos para reconocer la calidad de un producto, es decir, sólo tienen *visión, oído, tacto, gusto, olfato* y sentimientos. Nada mecánico, electrónico, ni mucho menos tablas de muestreo o gráficas de control, etc.. El mercado internacional está saturado de productos de consumo y prestación de servicios. La competencia cada día es más grande. Las ventas de los productos son hechos en función de costos y en función de la calidad y los servicios ofrecidos por los mismos.

Sin embargo el usuario es el único que tiene la mejor definición de lo que es Calidad y la única forma de percibirla es a través de sus *sentidos, educación* y cultura.

Es importante establecer cuáles son los mecanismos que tienen lugar en la percepción de los individuos, con la finalidad de *entender como es que un producto o servicio se vende*. La percepción humana se lleva a cabo mediante cinco principios que están interrelacionados: (Bravo, 1991)

1. **Reconocimiento**
2. **Interpretación**
3. **Expectativa**
4. **Intención**
5. **Contexto**

**El principio de reconocimiento** implica asociar claves selectas del mundo en su totalidad a modelos de memoria almacenados en el cerebro. Con el reconocimiento es posible liberar al cerebro de la tarea de formar nuevos patrones totales, letras, signos, mensajes, símbolos, códigos, etc., sin embargo el arte abstracto desafía este proceso de formar patrones.

**El principio de interpretación** significa que cuando el cerebro tiene dificultad en reconocer lo que conforma, entonces tratará de sacarle sentido. En una escena rutinaria logramos a veces ver “algo” que sí está ahí.

**El principio de las expectativas**, es una aptitud fuertemente sostenida para percibir alguna cosa en particular, que hace que el cerebro se incline más a percibir alternativas; a veces se percibe lo que se espera, aún cuando realmente no suceda.

**El principio perceptual de intención** maneja los propósitos de una persona de percibir algo. No se puede percibir simplemente; se percibe algo con el objeto de tomar una acción, siempre se busca algo mientras se observan otras cosas. Investigar significa filtrar todo lo que no corresponde con lo que se quiere encontrar.

**El principio de contexto** es la manera en que el cerebro interpreta ciertas características o clases en una situación; no admite modelos nuevos fácilmente. Por ejemplo en una sala de espera tratará de darle a cada elemento una función, sin embargo, si encuentra una estufa en esa sala inmediatamente se mostrará incrédulo al verla.

Los anteriores principios nos ayudarán a entender cómo un usuario o cliente puede percibir los atributos de nuestro producto o servicio, es decir, la serie de características que nosotros como productores le hemos añadido a nuestro bien o servicio.

Esto implica que no solamente debemos captar la atención de nuestro cliente o satisfacer sus necesidades, sino formar un entusiasmo por los demás servicios o productos que nuestra organización tiene. ( Bravo, 1991 ).

### **1.1.- ETAPAS PRINCIPALES DEL MOVIMIENTO DE LA CALIDAD.**

Previamente a la época industrial, los juicios emitidos acerca de la calidad versaban, entre otras cosas, sobre el aspecto estético y los gustos de la época o sobre el prestigio del artesano, por ejemplo.

Con la revolución industrial, muchos de los pequeños talleres pasaron a convertirse en pequeñas fábricas de producción masiva, dio inicio la posterior evolución de los procedimientos específicos para valorar y atender la calidad de los productos fabricados.

A partir de entonces, dichos procedimientos han evolucionado en tres diferentes estadios, calidad por inspección, control estadístico de la calidad y calidad total como estrategia competitiva. ( Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).

#### **• CALIDAD POR INSPECCIÓN**

Por primera vez se introducen en las empresas los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección examinan de cerca los productos terminados para detectar sus defectos y errores y, así, proceder a tomar las medidas necesarias para corregirlos. En este estadio, calidad significa atacar los efectos más no la causa, a partir de un enfoque de acción correctiva, cuya responsabilidad recae en los supervisores quienes, además de auxiliarse de la inspección visual, llegan a utilizar instrumentos de medición para efectuar comparaciones con estándares preestablecidos. Exponentes destacados de esta corriente han sido Frederick W. Taylor y G. S. Radford.

El Taylorismo del capitalismo de los años cincuentas sólo funcionaba en un mercadeo de vendedores: "El método Taylor ... Sugiere que los especialistas y los ingenieros formulan normas técnicas y laborales y que los trabajadores se limiten a seguir las órdenes y las normas que se les han fijado. ...El método... no reconoce las capacidades ocultas de los empleados. Hace caso omiso del factor humano y trata a los empleados como máquinas. No es extraño que esto cause resentimientos y que los empleados demuestren escaso interés por su trabajo " (Olmos, 1992).

El único modelo real que conocía Taylor era el de mandar y controlar, como en el ejército, con responsabilidades y autoridad de arriba hacia abajo y nunca de abajo hacia arriba en la cadena de mando... Los Japoneses identificaron el Taylorismo con su debilitada economía, con la caída de las exportaciones y la zozobra laboral. Fue la primera nación en comprender la necesidad de romper el molde organizacional. ( Olmos, 1992 ).

Se empezó a buscar la especialización del trabajo para el incremento de la producción, en el que surgen algunos problemas con relación a la calidad y a las reacciones humanas internas en los centros de producción.

En esta época de inicio de producciones masivas se trató de evitar que los productos salieran y llegaran defectuosos al consumidor y la forma de lograr la calidad se daba y se da aún en muchas organizaciones del siglo XX, mediante la detección de los productos y separándolos de las líneas de producción.

Los métodos utilizados consistían en la aplicación de simples estándares de medición realizados por los departamentos de inspección que revisaban las materias primas, los productos en procesos y los terminados, separando aquellos que no cumplían con las especificaciones para evitar que llegasen a manos del consumidor final

Dichos departamentos de inspección eran los directamente responsables de la producción y cuando surgían quejas de clientes eran los únicos culpables de la mala calidad de los productos, convirtiéndose en una especie de policías dedicados a buscar culpables de los defectos, lo que deterioraba las relaciones entre las personas que laboraba en las organizaciones, además de que se les consideraba como extensiones de las máquinas con actividades monótonas y rutinarias. ( Pliego, 1995 ).

### • **CONTROL ESTADÍSTICO DEL PROCESO**

Se caracteriza por dos aspectos fundamentales: la variación del proceso que se mide con técnicas estadísticas y el muestreo.

Al reconocer que toda producción industrial presenta variaciones en su proceso se determina la necesidad de estudiarla con base en los principios de la probabilidad y estadística. Dado que es prácticamente imposible producir dos partes con especificaciones idénticas, pasa a ser un requerimiento el control del rango de variación aceptable para obtener resultados satisfactorios. En este estadio se desarrolla una variedad de técnicas estadísticas para determinar rangos, así como gráficos de control para analizar los resultados. Principales exponentes de este enfoque han sido W.A. Shewart, Harold Dodge, Harry Roming y G.E Edwards. ( Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).



De 1930 a 1949 se inicia un periodo muy interesante en el movimiento de la calidad denominado "Control estadístico del proceso", ya que por medio de herramientas estadísticas se logra que el producto final salga uniforme, pudiendo identificar las causas de los defectos en las diferentes partes del proceso y controlándolos por conducto de un departamento de control de calidad, que hoy por hoy sigue siendo la forma de la mayoría de las organizaciones para controlar la calidad de sus productos.

Esta forma de controlar la calidad resulta sumamente costosa ya que incluye a todos los departamentos, desde la entrada de la materia prima hasta la obtención del producto final y la eliminación de todas las diferencias y problemas posibles, por lo que se determinaron tolerancias de variación e introdujeron medidas correctivas que redujeron las diferencias y de esa manera satisficieran aceptablemente las demandas de los clientes. ( Pliego, 1995 ).

Otras experiencias se presentaron cuando algunas organizaciones tomaron con verdadero entusiasmo el Aseguramiento de la Calidad, aplicando acciones al interior de la organización, concretamente en el área de Producción; puesto que buscaban asegurar que el producto fabricado cumpliera con los requerimientos establecidos, para lo cual se apoyaron en el Control Estadístico de Proceso, Manuales de Aseguramiento de la Calidad y adquisición de equipos que permitieran verificar tanto a la materia prima como al producto terminado; no obstante esta mejoría en la organización, no siempre iba acompañada de resultados positivos, ya que se olvidaba conocer el comportamiento del mercado en aras de producir bienes o servicios que cumplieran determinados requisitos técnicos, pero no satisfacían las necesidades del cliente. Por otro lado, este sistema tenía costos demasiado elevados que afectaban relativamente los resultados de la organización y sobre todo no lograban hacer participar a la Alta Dirección en este movimiento. ( Rivero, 1991 ).

#### • CALIDAD TOTAL COMO ESTRATEGIA COMPETITIVA

Se caracteriza por la concientización de la alta dirección y por el compromiso de toda la organización hacia la calidad. Destacados autores de este movimiento son Edwards Deming, Joseph Juran, Philip Crosby y Kaoru Ishikawa.

Los procesos de mejoramiento de calidad que se han instrumentado en las organizaciones mexicanas tiene, en mayor o menor grado, la influencia de alguno o varios de los cuatro grandes exponentes modernos de la calidad. Esta influencia explica la orientación que se le ha dado al proceso en la organización, si bien todos insisten en la importancia de considerar al proceso de mejoramiento de calidad como un cambio planeado, en la trascendencia del compromiso y liderazgo de la alta dirección, y en la construcción de la estructura

correspondiente, cada uno de ellos propone ciertos pasos, etapas y enfoque particulares que a riesgo de esquematizar y no mencionar todos aquellos rasgos más distintivos, serían los siguientes:

- Si la organización ha optado por soportar su esfuerzo en la metodología propuesta por Deming, que contiene 14 puntos, se puede esperar un proceso muy orientado a la participación de todos los niveles y al uso de herramientas estadísticas en todos los procesos de la organización, teniendo como propósito principal mejorar la calidad del producto o servicio. A Deming se le ha estereotipado como un estadígrafo que propone el uso de la herramienta estadística *para medir el comportamiento* de los procesos productivos y así poder mejorarlos
- Si la organización ha optado por Crosby, se puede esperar un proceso que se basa en los cuatro obstáculos de la calidad, que se desarrollan a lo largo de una metodología también de 14 puntos. Al programa propuesto por Crosby se tipifica como una orientación al cambio cultural, pero apoyado por procesos que persiguen los "0" defectos y la medición de cambio bajo parámetros del costo del incumplimiento.
- Si la decisión fue iniciar con la metodología de Juran, el proceso será uno muy ordenado, lógico, basado en un plan anual de mejoras y en el concepto del *Brakethrough*, haciendo énfasis en el costo de la no calidad como parámetro del cambio logrado.
- Cuando la organización se ha propuesto seguir la metodología de Ishikawa, su proceso de mejoramiento de calidad será uno que preste especial atención al cliente y que hecha mano de las herramientas estadísticas, de costo y sistemas participativos para todo el personal de la organización.  
( Gómez, 1989 ).

Todos ellos coinciden en la importancia de trabajar muy de cerca con el proceso de fabricación, adaptando las posibilidades del equipo a las especificaciones. El proceso de trabajo se controla y se reduce la variabilidad. Se crean grupos de trabajo para la resolución de problemas bajo el criterio de que, si todos los involucrados en un problema o en una acción de mejora participan en la toma de decisiones, entonces las probabilidades de arribar a excelentes soluciones son muy altas. Conocer las posibilidades del proceso hace posible actuar en el diseño de nuevos productos en términos de seguridad de calidad/confiabilidad. Surge el concepto de satisfacción del cliente como una de las metas fundamentales de la organización. ( Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).

Independientemente de la metodología seguida y con el paso del tiempo al instrumentarse el proceso de mejoramiento de calidad en la organización se van descubriendo necesidades nuevas, metas diferentes o más ambiciosas, etapas no planteadas anteriormente, o quizá sean los mismos clientes quienes plantean requerimientos más sofisticados, etc.. Esto ha llevado a las organizaciones a buscar una solución a través de los cambios o adaptaciones de la metodología escogida, o bien un complemento en alguna de las otras ya mencionadas.

Lo mencionado arriba implica que la organización al instrumentar un proceso de mejoramiento de calidad está iniciando un proceso de aprendizaje, un aprendizaje deliberado con metas y objetivos parciales y globales, que darán figura y forma al esfuerzo de la organización, y que invariablemente lo definirán de tal manera que se convertirá o debería de convertirse en un traje a la medida, con un perfil *ad-hoc* para que la organización pueda entrar en la inercia del mejoramiento continuo,

El mejoramiento continuo no se plantea como un sino fatídico, es más bien una manifestación del cambio cultural en todos y cada uno de sus miembros, propone como estímulo al mejoramiento mismo, a la posibilidad de lograr lo que sólo se alcanza a través de los resultados que se obtienen mediante la constancia de propósito por mejorar constantemente todos los productos o servicios de la organización, que en suma, la calidad ha impregnado la forma del actuar productivo de la organización, y que ha despertado y mantiene vivo en sus gentes, el espíritu de servicio, el querer satisfacer al cliente, servir a la sociedad y desarrollarse continuamente a sí mismo. ( Gómez, 1989 ).

Hoy en día se entiende por Calidad Total como un proceso de mejoramiento continuo y de cambio cultural, en las organizaciones y en los individuos que las integran y dirigen.

Por eso, la Calidad Total no es simplemente una metodología o un conjunto de tecnologías que implantar dentro de una organización, sino un valor o un conjunto de valores que generan actitudes y comportamientos en el trabajo y fuera de éste. Es alcanzar los máximos estándares en todo lo que realizamos. Es una filosofía y un estilo de vida.

En la Calidad Total importan los procesos no los productos o servicios. La responsabilidad no compete a un sólo individuo, sino a todos los miembros de una organización y todos deben verificar la calidad de su propio trabajo.

La supervisión o inspección, la realizan las cadenas internas de proveedores y clientes, y existe más bien como un medio de aprendizaje.

Innovación, educación y capacitación constituyen elementos fundamentales del proceso de Calidad Total no sólo en sus aspectos técnicos, sino filosóficos y comunicativos ya que incluyen: el desarrollo de habilidades personales de comunicación, el trabajo en equipo, la actitud y, por lo tanto, el objetivo en el manejo de los problemas y en la búsqueda de soluciones.

La Calidad Total cuenta más y, a la larga, permite ofrecer mejores bienes y servicios a un precio menor.

En el mundo de la Calidad Total, el objetivo básico no es sólo mejorar la productividad ya que la calidad no es un fin en sí mismo, sino un medio idóneo para alcanzar otros fines de mayor trascendencia, desarrollo, mejor distribución de la riqueza y calidad de vida. ( Llórns y Valenzuela, 1990 ).

Por todo ello, puede afirmarse que la Calidad Total es la mejor palanca para el desarrollo de las personas, de las organizaciones y de los países.

Hoy en día el viraje hacia la calidad total compromete al profundo y significativo cambio en la forma de pensar , de trabajar y de administrar. A la luz de este concepto, se valora la calidad como estrategia fundamental para alcanzar la competitividad y, por consiguiente, como el valor más importante en la conducción de las actividades de la gerencia. Punto de partida de su planeación estratégica es la ubicación de la empresa en el mercado que opera el análisis de los verdaderos requerimientos y deseos del consumidor y el estudio sobre la calidad de los productos competidores, todo lo cual se traduce en una planeación de toda la actividad de la organización con el objetivo de entregar al usuario los artículos o servicios que efectivamente respondan a sus necesidades o deseos, que superen en calidad a aquéllos que le ofrece el competidor y que incluso vayan más allá de sus requerimientos. ( Valdés, Delgado y Oscos, 1991 ).

## **1.2 FILOSOFÍA Y METODOLOGÍA**

El movimiento mundial por la calidad tuvo su origen en Estados Unidos y de ahí han salido las enseñanzas básicas hacia los países que hoy se distinguen por su alta competitividad.

En éste movimiento han logrado destacar los autores W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Philip Crosby y Kaoru Ishikawa, con sus ideas han dado crecimiento a prácticamente todos lo esfuerzos organizados para la creación de una cultura de calidad en las organizaciones.

" Los grandes... Management today (1991 )".

Los diferentes exponentes del movimiento de calidad total, con sus aportaciones propias, han expresado este concepto de diferentes maneras. A continuación se citará la filosofía y la metodología propuesta por cada uno de ellos.

**1.2.1.- Edwards Deming :** " **CALIDAD TOTAL.** Es el grado predecible de uniformidad y funcionalidad de un producto o servicio que, a bajo costo, satisface al mercado ". ( Deming, 1986 )

Es una filosofía básica de administración, una forma de trabajar de todos en la organización donde debe prevalecer el respeto a la persona, la confianza y el trabajo en equipo. En esta filosofía cada jefe debe ser un líder que prepare y dote de herramientas a sus subordinados, le permita ejercer todos sus potencialidades, para que en la organización se mejoren constantemente los productos y servicios. " Los grandes... Management today ( 1991)".

Apenas en diciembre de 1993 falleció el Dr. Edwards Deming, reconocido como el teórico más conocido de la calidad total. Dicen que nadie es profeta en su tierra y Deming no fue una excepción a esta regla. Invitado en los años 50 a visitar Japón e impartir seminarios bajo el patrocinio de la Asociación Japonesa de Ingenieros y Científicos ( JUSE, por sus siglas en inglés ), Deming popularizó de inmediato la técnica que hoy lleva su nombre, y numerosas empresa Niponas comenzaron de inmediato a aplicarla, mientras en Estados Unidos sus contribuciones eran prácticamente ignoradas.

Cuando W. E. Deming popularizó el uso de la estadística aplicada para el control de los procesos industriales en el Japón destruido por la guerra no inventó la calidad total, la redescubrió.

Curiosamente, ni las técnicas ni las herramientas del control total de la calidad fueron, al menos en sus formulaciones originales, una aportación Japonesa.

El Dr. W. Edwards Deming, fue quien dio a los japoneses nuevos conceptos que los ayudaron a mejorar a calidad y productividad en sus organizaciones. Según él, a los Estados Unidos les tomaría 30 años el lograr emparejarse con los japoneses en cuanto a calidad, pues la inercia de una industria grande no cambia de dirección de un día para otro.

Calidad es cualquier cosa que el cliente necesite y quiera. Dado que los requerimiento del cliente están siempre cambiando, es necesario investigar constantemente la conducta del usuario.

" Los grandes... Management today ( 1991)".

Otro aspecto importante de la filosofía de Deming es la necesidad del control estadístico. "El control estadístico no implica la ausencia de artículos defectuosos, esto es una situación de variación azarosa, en la cual los límites de variación son predecibles ". " Los grandes... Management today ( 1991)".

Siempre se ha pronunciado por la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y asegura que los gerentes son responsables por el 94% de los problemas de calidad, y que es tarea de ellos el ayudar a la gente a trabajar más inteligentemente y no más duramente.

El que cada quien haga su mejor esfuerzo no es suficiente, es necesario que la gente sepa exactamente qué hacer.

*La inspección en productos terminados es tardía, inefectiva y costosa; no garantiza la calidad, al contrario, da lugar a que cierto número de defectos entre al sistema. " Los grandes... Management today ( 1991 )".*

También proporciona 14 puntos que llevan a una industria hacia la calidad.

**1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio.**

Esto supone aceptar obligaciones como:

a) Innovar

b) Destinar recursos para la investigación y educación

c) Mejorar el diseño del producto y servicio

**2. Adoptar la nueva filosofía.** Ya no es posible aceptar mala calidad en ningún lado. Es necesario un cambio.

**3. Dejar de depender de la inspección en masa.** "La calidad no se hace con la inspección sino, mejorando el proceso de producción ". La inspección en masa es, por otra parte ineficaz, ya que no hace una separación entre artículos buenos y artículos malos

**4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio.** "Lo barato puede salirnos caro ". "El precio no tiene sentido sin una medida de la calidad que se compra". El estar en busca de baratas puede llevarnos a perder un buen proveedor y un buen servicio. Para una mejor economía es necesario una relación a largo plazo ente el comprador y el proveedor.

**5. Mejorar constantemente el sistema de producción y servicios.** La calidad debe estar incorporada desde la fase de diseño; cada producto debe considerarse único. Es necesario un mayor entendimiento de lo que el cliente necesita.

**6. Implantar la capacitación.** Esta capacitación debe enseñar al trabajador no sólo lo que se espera de él y lo que debe hacer, sino también a mejorar su desempeño.

7. **Adoptar e implantar el liderazgo.** Los directores deben ser y saber ser líderes que orienten y apoyen a todos los niveles, basados en medios estadísticos de mejoramiento de la calidad.
8. **Desechar el miedo.** La seguridad es el apoyo para trabajar y hacer las cosas bien. La Dirección debe proporcionar seguridad y confianza a todos sus empleados.
9. **Derribar las barreras entre las áreas de staff.** Los responsables de cada área deben estar relacionados entre sí para no trabajar en forma aislada, sino como un equipo, como una verdadera organización.
10. **Eliminar los slogan, exhortaciones y metas para la mano de obra que pidan mejores niveles de producción sin presentar métodos.** Desgraciadamente, tales carteles y exhortaciones no están dirigidos a las personas apropiadas. Los problemas no están en los operarios, sino en el sistema.
11. **Eliminar las cuotas numéricas.** Hacer énfasis sólo en estas cuotas no ayuda a hacer mejor una tarea, pues a menudo incluye tolerancias para artículos defectuosos. Mejor se debe definir lo que es y no aceptarle en la calidad.
12. **Despertar el orgullo de hacer bien un trabajo.** Respetar al trabajador, asignarle autoridad para tomar decisiones sobre su trabajo; escuchar y apoyar sus sugerencias; reconocer su trabajo.
13. **Estimular la educación y la automejora de todo el mundo.** La organización necesita que la preparación y capacidad de su gente mejore, ya que las personas en su carrera requieren, más que dinero, la oportunidad de aportar algo a la sociedad.
14. **Crear un estructura para que la alta dirección retome los 13 puntos anteriores cada día.** Los directores deben ser el actor principal en el proceso de mejorar la calidad, que es un proceso continuo.  
 "Los grandes... Management today ( 1991 )".

**1.2.2.- Joseph Juran: " GESTIÓN PARA LA CALIDAD.** Es adecuación de un producto o servicio al uso que tendrá ". (Juran,1990,p.3 )

Es un proceso donde se busca que los productos y servicios de la organización sean adecuados para usarse de acuerdo a las necesidades de los clientes haciéndolos con costos bajos que garanticen utilidades consistentes e incrementen la participación en el mercado.

Este proceso debe estar mejorando continuamente bajo la iniciativa y el liderazgo de la alta dirección.

Otro personaje dentro del mundo de la calidad es el doctor Joseph M. Juran; rumano de nacimiento emigró a los Estados Unidos en 1912. En 1979 fundó el Instituto Juran.

Al mismo tiempo, Joseph Juran, otro destacado exponente de la calidad total, se encargaba de seguir difundiendo esta filosofía entre los hombres de negocios nipones, también a invitación de la JUSE. ( León, 1994 ).

En los años 40 Juran apuntó que los aspectos técnicos del control de calidad habían sido cubiertos.; sin embargo, aún no se sabía cómo administrar para la calidad. Así Juran hizo énfasis en la importancia del elemento humano en la resolución de problemas de calidad, e identificó algunos puntos problemáticos como la organización, la comunicación y la coordinación de funciones.

Juran apoyó los conceptos de Círculos de Calidad, pues estos mejoran la comunicación entre la Dirección y la Fuerza Laboral.

La gestión de la calidad se hace por medio del uso de tres procesos, conocidos como la Trilogía de Juran:

- Planificación de la calidad
- Control de calidad
- Mejora de la calidad.

Es necesario que para llevar a cabo la gestión se capacite: a los altos directivos, dándoles a conocer la trilogía; a los planificadores, con dedicación completa; a los gerentes operativos, con el propósito de minimizar el grado en que la planificación por la calidad se realiza por aficionados y, a los equipos de mejora de la calidad que tienen asignados proyectos concretos dirigidos a mejorar la calidad del producto o servicio y reducir los costos crónicos de la mala calidad. Su formación servirá para dotarles de la metodología de la mejora de la calidad.

“ Los grandes... Management today... ( 1991 )”.

## **A. PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD.**

Es la actividad para: **a)** determinar las necesidades de los clientes y **b)** desarrollar los productos y procesos requeridos para satisfacer estas necesidades.

( Juran, 1990, p.188)

Para esto se requiere:

1. Identificar quiénes son los clientes.
2. Determinar las necesidades de los clientes.
3. Traducir esas necesidades a nuestro lenguaje.
4. Desarrollar características del producto que puedan resolver de forma óptima a esas necesidades.
5. Desarrollar un proceso capaz de producir las características del producto.
6. Transferir los procesos a las fuerzas operativas.



En esta etapa, los altos directivos tienen las siguientes tareas:

- Debe provenir de ellos el liderazgo para cambiar la planificación de la calidad.
- Deben formar a los planificadores de la calidad.
- Garantizar que los métodos usados para identificar a los clientes proporcione a los planificadores la base esencial de los clientes.
- Garantizar también el método para determinar las necesidades del cliente para el desarrollo posterior del producto y proceso.
- Crear equipos que establezcan glosarios y medidas necesarias.

## B. CONTROL DE CALIDAD.

El concepto control es el de "Mantener el **statu quo**", mantener un proceso en sus estado planificado.

Se puede definir el control de calidad como un proceso de gestión durante el cual se evalúa el comportamiento real; se compara el comportamiento real con los objetivos de calidad establecidos y se actúa sobre las diferencias.

El control de calidad tiene lugar por medio de lo que Juran llama **Bucle de retroalimentación**. :(Juran,1990, pp.188-189).

Este funciona de la siguiente manera

1. El sensor que esta conectado al proceso, evalúa el comportamiento real.
2. El sensor informa de este comportamiento a un árbitro.
3. El árbitro posee la información de cuál es el objetivo.
4. El árbitro compara el comportamiento real con el objetivo. Si la diferencia exige una acción, el árbitro activa un accionador.
5. El accionador realiza los cambios necesarios para que el comportamiento este de acuerdo con los objetivos.

El control debe estar a todos los niveles; los objetivos de control se modificarán de acuerdo a cada nivel.

## AUTOCONTROL

Así como el control, éste debe estar en todos los niveles de la organización.

El autocontrol está formado por varios criterios: ( Juran,1990, pp.188-189 )

- Un medio de saber cuáles son los objetivos; hay que publicar objetivos y normas.
- Un medio de saber el comportamiento real; se debe implantar un sistema de medidas.
- Un medio para cambiar el comportamiento en caso de que no cumpla con los objetivos y normas.

En este punto, la alta Dirección también tiene tareas tales como incluir un examen de las provisiones que se han hecho para afrontar los errores humanos; garantizar que la información de los planificadores, en cuanto al diseño estadístico de experimentos, les capacita lo suficiente para optimizar el comportamiento y dar posibilidad de ajuste del proceso a las fuerzas operativas; deber ejercer control sobre el sistema de control de la calidad por medio de la creación de un manual de control de calidad; el establecimiento de los criterios de dicho manual ha de cumplir y auditar periódicamente la puesta al día del manual y del estado de conformidad. " Los grandes...Management today (1991)".

### C. MEJORA DE LA CALIDAD.

Es la creación de un cambio ventajoso, es un avance y es necesaria para los dos tipos de calidad: características del producto y ausencia de deficiencias.

A veces las mejoras de la calidad son el resultado de la iniciativa y liderazgo de la alta Dirección; pero gran parte de la mejora restante de la calidad tiene lugar bajo la iniciativa de los niveles bajos de la organización.

Acometer una mejora de la calidad implica cambios y una reestructuración considerable; para lograrlo es necesaria una movilización.

Se debe diseñar una estructura que nos capacite para llevar a cabo un número de proyectos de mejora a un ritmo sin precedentes. Esta estructura debe enfrentar elementos esenciales como la identificación de los proyectos y la asignación clara de responsabilidades, tanto a nivel colectivo como individual.

**El primer paso de movilización** es el de establecer un consejo de calidad que tenga la responsabilidad de: lanzar, coordinar e "institucionalizar" la mejora anual de la calidad. Si no existe este consejo, los altos directivos deberán crear uno.

**El segundo paso** es la selección del proyecto. La selección se realizará consultando a todas las áreas y tomando en cuenta la *prioridad de los problemas* a resolver, así como sus posibilidades de resolución en un corto o largo plazo.

Se deberá definir la misión y objetivo de cada proyecto y asignar un grupo para cada proyecto seleccionado. Finalmente reconocer públicamente y el recompensar a aquellos que estén relacionados con las mejoras.

Según Juran, se necesitan años para establecer las mejoras de la calidad como parte integral y continuada del plan empresarial de una organización. Este intervalo que es descorazonador para muchos directores, consta de cuatro etapas que van desde los seis meses hasta los dos años. " Los grandes... Managament today (1991)".

La metodología de Juran se puede reunir en los 10 siguientes pasos:

1. Detectar áreas de oportunidad.
  2. Establecer metas de mejora
  3. Plantear el logro de las metas
  4. Brindar capacitación
  5. Empezar proyectos
  6. Registrar cualquier avance
  7. Brindar reconocimientos
  8. Comunicar resultados
  9. Evaluar
  10. Mantener el mejoramiento de procesos y sistemas.
- \* Los grandes... Management today (1991)\*.

**1.2.3.- Kaoru Ishikawa: " CONTROL TOTAL DE LA CALIDAD.** Practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor ". ( Ishikawa,1986 , p Xi )

Una revolución de los gerentes significa: desarrollar, diseñar, producir y mantener productos de calidad económicos, útiles y siempre satisfactorios para el consumidor.

El principal aunque desde luego no el único exponente Japonés de la calidad total, ha sido Kaoru Ishikawa, reconocido entre otras cosas por el uso de métodos estadísticos para medir los avances de los programas. ( León, 1994 ).

Un personaje clave en el desarrollo del movimiento de calidad del Japón es Kaoru Ishikawa. El opina que la calidad es satisfacer los requisitos de economía, utilidad y oportunidad de los consumidores. No basta con cumplir una serie de normas o especificaciones nacionales. Se debe estar orientado hacia el *consumidor y estar consciente de que el siguiente proceso es el cliente o consumidor*. Así que, la calidad debe ser lo primero y no las utilidades a corto plazo.

Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y satisfactorio para el consumidor, es llevar por buen camino el control de la calidad.

La primera mitad del proceso de control de calidad está formada por cuatro puntos:

1. **Determinación de las metas**
2. **Determinación de métodos para alcanzar las metas**
3. **Proporcionar educación y capacitación**
4. **Realización del trabajo.**

La otra mitad está formada por dos puntos que son los que se llevan la mayor parte del tiempo de proceso:

5. **Verificación de los efectos de la realización**
6. **Ejecución de la acción adecuada.**

La calidad no es exclusiva del producto final, abarca toda la organización. Debe estar en el trabajo, en el servicio, en la información, en el proceso mismo, en las personas, en el sistema, en los objetivos y en todo lo que intervenga directa o indirectamente en el negocio.

Ishikawa establece siete herramientas estadísticas para controlar la calidad. Estas son:

1. Cuadro de pareto
  2. Diagrama causa-efecto
  3. Estratificación
  4. Hoja de verificación
  5. Histograma
  6. Diagrama de dispersión
  7. Gráficas y cuadros de control
- " Los grandes... Management today ( 1991 )"

**1.2.4.- Philip Crosby:** " Calidad es cumplir con los requisitos del cliente ".  
( Crosby,1991, p. 22)

El autor de la calidad no cuesta , piensa en un programa corporativo de la calidad como una mesa, en la cual deben estar todos los ingredientes ( todos los sistemas de una organización y todos los sistemas y conceptos de la calidad ), sostenida por cuatro pilares importantísimos:

1. **Actitud y participación de la Dirección:** La dirección debe comprometerse a tomar partido cuando se trate de la calidad, deben asumir una postura correcta ante ese asunto y necesita comprenderla correctamente superando los criterios convencionales que tienen sobre ella, ya que si la Dirección tiene malos conceptos, sus empleados, en todos los niveles, secundarán sus criterios.
2. **Administración profesional de la calidad:** Es imprescindible en una organización contar con un verdadero departamento que sea profesional en la administración de la calidad.
3. **Programas originales:** Los programas tradicionales de la calidad no pueden formar parte en una organización que dejará su vida tradicional y comenzará una nueva trayectoria. Se deben crear nuevos programas de acuerdo a la personalidad de la organización y a su evolución. El programa debe ser un proceso de mejoramiento de la calidad a través de la prevención de errores.
4. **Reconocimiento:** Es vital en cualquier programa de la calidad, que todo aquel que se esmere en el cumplimiento y en el mejoramiento de la dualidad sea reconocido por todos los de la organización y, además, premiado.

Los instrumentos que Crosby propone para mejorar la calidad son.

- A. UN CUADRO DE MADUREZ EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD:**  
Este es un método completo y objetivo para medir el sistema existente en la organización de calidad vigente. ( Crosby, 1991, pp 33-40 )

El cuadro se divide en 5 etapas.

- a) **Etapas de Incertidumbre.-** es cuando los directivos se dan cuenta que tienen problemas pero no saben *por qué*.
- b) **Etapas del Despertar.-** la Dirección le da un verdadero valor a la administración de la calidad. Se inicia el camino que lleva a saber el origen del problema de la calidad.
- c) **Etapas de Ilustración.-** aquí la Dirección, al saber que el problema no está en una rama de la organización, sino en toda, se decide a establecer políticas de la calidad. Se instituye un departamento de la calidad como una unidad funcional equilibrada y bien organizada.
- d) **Etapas de Sabiduría.-** es la más crítica. En ella la organización tiene la oportunidad de hacer permanentes los cambios o comienza a flaquear, por eso es importante que perdure la actitud positiva, un sistema para los empleados y un entusiasmo contagioso. Se reportarán los costos de la calidad y se dará a conocer el ahorro originado por las prácticas de la administración de la calidad. Los problemas son afrontados.

e) **Etapa de la Certeza.**- la administración de la calidad es considerada como una parte absolutamente esencial en la dirección de la organización. Aquí se sabe el por qué no se tienen problemas con la calidad.

**B. UN PROCESO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:** Este proceso posee 14 pasos que tiene como fin mejorar la situación en la organización.  
" Los grandes...Management today (1991)"

1. Involucramiento del Director General
2. Integración del equipo interdisciplinario de mejoría de la calidad
3. Establecimiento de indicadores para la medición de la calidad
4. Identificar el valor real del costo de la calidad
5. Sensibilización de los niveles operativos hacia la calidad
6. Programa de acciones correctivas (vía círculos de calidad)
7. Formulación del plan del día "cero defectos"
8. Capacitación de supervisores para la calidad
9. Celebración del día "cero defectos"
10. Definición de metas de mejoría
11. Corrección de causas de error
12. Programa de incentivos
13. Formación de comités de asesores de calidad
14. Repetir, readecuando todo el programa.

**B.1 CUATRO PRINCIPIOS PARA IMPLANTAR UN PROGRAMA DE CALIDAD:**  
en forma permanente en las organizaciones.

El **primer principio** se basa en la definición de **calidad como el cumplimiento de los requisitos de los productos o servicios que se proporcionan a quienes los demandan**. Esto significa realizar bien un trabajo desde la primera vez, para lo cual se necesita que los requisitos o parámetros de actuación sean clara y completamente definidos y comprendidos. El directivo, entonces, debe precisar los requisitos, proporcionar los medios y estimular un desempeño conforme a esos requisitos. Se necesita una comunicación abierta y una motivación efectiva que comprometa al personal.

El **segundo principio** es de tipo preventivo, porque es mejor y más barato prevenir los errores o fallas que estar verificando y corrigiéndolos cuando han ocurrido. Se deben descubrir los problemas en potencia, antes de que se manifiesten en los procesos mediante los que se proporciona un servicio o se

fabrica un producto. La clave radica en observar los procesos e identificar las posibles causas de error.

El **tercer principio** absoluto es la medición de la ejecución que debe consistir en "cero defectos", o sea, que debemos cumplir los requisitos siempre y en todo momento. Que cada actividad planeada se ejecute conforme a los parámetros establecidos para lograr los resultados finales requeridos por la organización. Crear conciencia de que existe interdependencia y que debe generarse confianza en esas relaciones. Esto sólo se logra eliminando errores.

Finalmente, el **cuarto principio** consiste en medir la calidad según los costos en los que se incurre por incumplimiento. La dirección debe evaluar las consecuencias de no cumplir con los requisitos, en términos monetarios y de insatisfacción de los usuarios. Debe conocerse objetivamente cuánto cuesta no realizar el trabajo de calidad conforme a los requisitos. ( Palafox, 1989 )

**C. PROGRAMA PARA ASEGURAR LA CALIDAD:** este es un programa de mejoramiento de persona a persona, orientado al personal de oficina. Este programa debe ser puesto en práctica por el equipo seleccionado para "hacerlo otra vez". Es un programa de prevención de defectos para actividades administrativas y funcionales que ayuda a identificar problemas y los elimina solicitando ideas de aquellos que realizan el trabajo en los lugares en los que se originan los problemas.

**D. EVALUACIÓN DEL ESTILO GERENCIAL:** este proceso de autoevaluación para gerentes aconseja principalmente que cada uno de ellos cumpla con los siguientes puntos: saber escuchar, cooperar, ayudar, comunicar, crear, implantar, aprender, dirigir, seguir y aparentar. " Los grandes .. Management today (1991)".

## **Resumen**

Previamente a la época industrial, los juicios emitidos acerca de la Calidad, versaban, entre otras cosas, sobre el aspecto estético y los gustos de la época o sobre el prestigio del artesano.

Con la revolución industrial, muchos de los pequeños talleres pasaron a convertirse en pequeñas fábricas de producción masiva, dio inicio la evolución de los procedimientos específicos para valorar y atender la calidad de los productos fabricados.

Etapas principales del movimiento de la calidad.- Los procedimientos han evolucionado en tres diferentes estadios; Calidad por inspección, Control estadístico de la Calidad y por último Calidad Total como estrategia competitiva.

**Calidad por inspección** .- Por primera vez se introducen en las empresas los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección examinan de cerca los productos terminados para detectar sus defectos y errores y, así proceder a tomar las medidas necesarias para corregirlos. En este estadio Calidad significa atacar los efectos más no la causa, a partir de un enfoque de acción correctiva, cuya responsabilidad recae en los supervisores quienes además de auxiliarse de la inspección llegan a utilizar instrumentos de medición para efectuar comparaciones con estándares preestablecidos.

**Control estadístico de la calidad** .- Se caracteriza por dos elementos fundamentales: La variación del proceso que se mide con técnicas estadísticas y el muestreo. Al reconocer que toda producción industrial presenta variaciones en su proceso, se determina la necesidad de estudiarla con base en los principios de la probabilidad y estadística. Dado que es prácticamente imposible producir dos partes con especificaciones idénticas, pasa a ser un requerimiento el control del rango de variación aceptable para obtener resultados satisfactorios. En este estadio se desarrolla una variedad de técnicas estadísticas para determinar rangos, así como gráficas de control para analizar los resultados.

**Calidad total como estrategia competitiva**.- Se caracterizó por la concientización de la alta dirección y por el compromiso de toda la empresa hacia la calidad. Los más reconocidos autores de este movimiento son: J.M.Deming, Joseph Juran (1985 ), Kaoru Ishikawa (1986) y Philip Crosby (1987)

Conocer las posibilidades del proceso hace posible actuar en el diseño de nuevos productos en términos de seguridad de calidad/confiabilidad. Surge el concepto de satisfacción del cliente como uno de los propósitos fundamentales de la calidad.

Hoy en día, el viraje hacia la calidad total compromete un profundo y significativo cambio en la forma de pensar, de trabajar y de administrar. A la luz de este concepto se valora la calidad como estrategia fundamental para alcanzar la



competitividad y por consiguiente, como el valor más importante en la conducción de las actividades de la gerencia. Punto de partida de su planeación estratégica, es la ubicación de la empresa en el mercado en que opera, el análisis de los verdaderos requerimientos y deseos del consumidor y el estudio sobre la calidad de los productos competidores, todo lo cual se traduce en una planeación de toda la actividad de la empresa con el objetivo de entregar al usuario los servicios que efectivamente respondan a sus necesidades o deseos, que superen en calidad a aquellos que le ofrece el competidor y que incluso vayan más allá de sus requerimientos.

**De todo lo descrito anteriormente se puede concluir que:**

Los cambios en las tendencias de los usuarios han experimentado en los últimos años un proceso de aceleración altamente influenciado por la tecnología y la informática. Por ello, una cultura de calidad resalta la necesidad de crear en todo el personal de la organización una inquietud casi constante por mejorar cada proceso de la organización.

Este positivo cambio hacia la calidad ayuda a integrar los esfuerzos en cada una de las áreas, y se ha demostrado que se pueden prever los obstáculos para lograr los objetivos estratégicos de la organización, propiciando que los planes en sí mismos contemplen un proceso de mejoramiento continuo.

En este momento varias organizaciones ya están aplicando lo que es la Planeación para la Calidad; esto significa vincular su Planeación Estratégica con sus acciones de Mejora Continua, logrando hacer participar a todos los niveles directivos, fortaleciendo sus habilidades gerenciales en la creación de la calidad y haciendo partícipes a los niveles operativos en el análisis y mejora de los procesos.

Esto permite que las organizaciones adquieran una nueva filosofía y forma de trabajar, lo que les permitirá crear la calidad en todas sus actividades.

**En cuanto la aplicación de los modelos de calidad postulados por Edwards Deming, Joseph Juran, Kaoru Ishikawa y Philip Crosby,** es un hecho real en muchas organizaciones extranjeras y en algunas mexicanas debido a las necesidades de competitividad que éstos afirman garantizar. Todos los modelos o filosofías de calidad propuestos dan un énfasis importante a conceptos y procesos de tipo psicológico, tales como el cambio de actitudes, la comunicación, el aprendizaje, la resistencia al cambio, la importancia de los valores, la capacitación, y muy en especial la motivación, la cual mencionan debe existir en todo individuo para poder alcanzar los niveles de calidad deseados.

También proponen estrategias basadas en el cumplimiento de los requisitos, la satisfacción del cliente interno y externo. Así mismo establecen que la calidad

implica algo más: un proceso social, un estilo de vida y un comportamiento determinado; puesto que en ella se establece una relación usuario-proveedor, en donde se otorgan y consumen *servicios internos y externos*; centrándose en la importancia de la atención a usuarios, la optimización de procesos y el desarrollo del potencial humano. Elementos todos íntimamente ligados a la interacción y comunicación social.

Coinciden en la importancia de trabajar muy de cerca con el proceso de fabricación, adaptando las posibilidades del equipo a las especificaciones. El proceso de trabajo se controla y se reduce la variabilidad. Se crean grupos de trabajo *para la resolución de problemas* bajo el criterio de que, si todos los involucrados en un problema o en una acción de mejora participan en la toma de decisiones, entonces las probabilidades de arribar a excelentes soluciones son muy altas.

Todos los teóricos reconocen que no hay atajos para llegar a la calidad y que su proceso de implementación es un círculo sin fin, que requiere de todo el apoyo y participación de cada uno de los trabajadores de todos los departamentos y, lo *más importante de la alta Dirección*.

**La filosofía y metodología de cada uno de los promotores de la calidad total dieron origen al modelo de mejora continua que se implementó en el IMSS, motivo por el cual se consideró importante describir en el siguiente capítulo todo lo relacionado con el Instituto.**

## **CAPITULO 2.- EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

***En éste capítulo se mencionará la importancia de la seguridad social en México ya que es lo que le da sustento a la creación del IMSS.***

***Se describirá en forma general los servicios que presta el IMSS tanto a población derechohabiente como no derechohabiente a fin de dimensionar la magnitud y complejidad del mismo.***

***Se mencionará en forma breve cómo el Instituto ha utilizado diferentes teorías de administración con el enfoque de que el usuario reciba lo mejor del personal que otorga los servicios.***

***Se dará un panorama general de las fortalezas y debilidades del Instituto con el fin de mencionar los efectos que han producido tanto en los usuarios como en los servicios que se proporcionan y se mencionará cómo los problemas identificados se convirtieron en elementos de reflexión y herramientas para la acción.***

### **2.1 .- LA SEGURIDAD SOCIAL:**

#### **2.1.1.- ORÍGENES DE LA SEGURIDAD HUMANA**

Resulta tarea en exceso difícil señalar el momento en que aparecen los primeros indicios de la previsión humana que constituye los principios de lo que hoy es el amplio y complejo campo de la seguridad social en el mundo, con todos los problemas de su propia evolución, sus incidencias, reflejos y proyecciones en las diversas actividades del ser humano, como factor de cambio y progreso.

Al parecer las primeras manifestaciones del instinto gregario entre los niños, que se agrupan alrededor de la madre para recibir de ella, por mera imitación las primigenias enseñanzas creadoras de las habilidades y destrezas para defenderse de diversos peligros, albergarse de la intemperie y demás inclemencias del tiempo, busca lo necesario para calmar su sed y su hambre .

Para los hombres primitivos y sus agrupamientos comunitarios les eran difíciles, llenas de penalidades y riesgos las tareas diarias que tenían necesidad de realizar para buscar alimento. Cuando lograron esto, con cierta abundancia, pensaron que era bueno guardar algo como reservas para la época de escasez. Esa era ya una forma incipiente de previsión, que fundamentalmente garantizaba algo de comida para los malos tiempos y ahí, en ese momento, es cuando surge el principio de la previsión, como medida para evitar las carencias de mañana. Al luchar contra la inseguridad, contra el hambre y la miseria, el hombre estaba forjando los caminos de su propio bienestar. (Robledo, 1976)

El hombre primitivo nació con múltiples necesidades: quería agua para su sed, alimentos para saciar su hambre, vestido para cubrir su cuerpo, una cueva o una casa rústica para guarecerse de las inclemencias del tiempo. La lucha para resolver estas necesidades la realizó originalmente aislado, pero pronto se dio cuenta que habían otros hombres con las mismas necesidades y que uniendo sus esfuerzos podrían lograr mejores resultados. Así empieza a surgir la división del trabajo, unos se dedican a una cosa y otros a otra; la producción empieza a multiplicarse y los problemas también aumentan.

Empiezan los hombres a reunirse por grupos de antigüedad y ahí comienza la solidaridad porque todos ponen algo para resolver el problema del grupo.

Siendo tantas las necesidades del hombre surge la protección de unos hacia otros. Empieza la caridad como generosidad de los que teniendo posibilidades se despojan de algo para darlo a los que nada tenían; pero como era difícil, desde entonces, este desprendimiento, no se obtuvo ningún resultado práctico.

Después surge la mutualidad, o sea la aportación de todos para crear un fondo común que resolviera en el momento oportuno las necesidades individuales.  
( Robledo,1976)

### **2.1.2.- INICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO**

Entre los romanos existió una curiosa agrupación llamada "sociedades funerarias", "collegia o pificum" las llamaban ellos. Su objeto era sufragar los gastos en caso de muerte de los socios, de un mismo quehacer o profesión, también protegía a las viudas y huérfanos.

La cofradías eran denominadas "Guildas" en el norte de Europa, tenían por objeto la asistencia mutua en caso de desgracias, iniciaron la práctica de los principios de la confraternidad humana.

En España existieron los protectores de huérfanos y pupilos, nombrados por los consejos. Esta idea fue trasladada a América para proteger a los naturales, a quienes se les consideraba en condiciones de inferioridad, quizá porque desconocían la gallardía física y la grandeza espiritual del indígena americano. Así nacieron las protectorías, en torno a las cuales el padre Las Casas proclamaba porque a los indios " no les sea hecha ninguna sinrazón y ninguna injusticia ".

La beneficencia pública, que es otro medio inicial de seguridad social, tiene antecedentes muy remotos, entre los que se citan las leyes de la antigua Roma que disponían todo lo relativo a la compra y venta de trigo para venderlo a la plebe a bajo precio, como medida de protección democrática y de ayuda solidaria.

Estas leyes eran conocidas con el nombre de *frumentarias*, tomando del origen etimológico de la palabra trigo. Sempronio Graco fue el autor de la primera ley de este género.

También conviene recordar otros remotos antecedentes de la beneficencia, como la Ley de los pobres, expedida en 1601 por la Reina Isabel de Inglaterra, probablemente inspirada en los principios filosóficos del español Juan Luis Vives.

Las tierras entre los aztecas se repartían en tres partes: una para el pueblo, otra para el poder religiosos y otro para el poder político o real. Las parcelas individuales se denominaba "Tupus". Como se ve había ya un colectivismo incipiente quizá por eso llamaban al país "Imperio socialista de los Incas".

Los guaraníes de Paraguay también tenían sus lotes de tierras, a los que llamaban "Tupumbae" que quiere decir porción de Dios.

En las leyes de Indias y algunos códigos se establecieron obligaciones médico asistenciales para los encomenderos.

Indudablemente que la institución de beneficencia más precisa y difundida fue la de los hospitales que generalmente se edificaban cerca de las iglesias.

Es curioso observar que por aquella remota época ya se establecieron albergues para los peregrinos, que pueden ser antecedentes de las actuales casas de reposo, recreo y salud.

Mucho más podríamos decir de estos antecedentes de los sistemas de beneficencia, en los que se advierte un claro propósito de ayuda y solidaridad. (Robledo, 1976)

### 2.1.3.- ORÍGENES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Si nos remontamos a la organización interna de los pueblos autóctonos de México encontraremos grandes avances de carácter social, por ejemplo: en la administración de la tierra, la educación pública, la salud y la distribución de algunos productos del trabajo y de los tributos.

Los aztecas tenían claramente establecidas las clases sociales: Los "Pillis" tenían a su cargo actividades directrices y estaban integrados por los guerreros, los sacerdotes y la nobleza en general. Los "Maceguales" formaban la gran masa del pueblo. Otro grupo estaba integrado por los esclavos y "Tamemes". Los "Porchecas" eran los pequeños comerciantes de la época. Aquí había ya una especie de solidaridad incipiente, gestada en la afinidad del trabajo. Todo lo que hacían en bien del Calpulli era ya una especie de trabajo social, por lo que se puede considerar que el Calpulli es, por así decirlo, la célula de la colectividad. En el Calpulli Había una disposición que se parece a las actuales normas agrarias, pues las tierras se entregaban en forma de parcelas y con la obligación de cultivarlas constantemente, de lo contrario volvían a

la comunidad. Con esto podemos darnos cuenta de que la tierra era destinada a fines sociales, así como fueron los tributos que se aplicaron en *beneficios comunales*, pero también para auxiliar a las viudas, los ancianos y los inválidos, pues consideraban injusto desampararlos, es decir, ratificamos, había ya un principio de solidaridad ante la pena, ante el dolor y las carencias.

Los comerciantes iban y venían de lugares lejanos como Yucatán, Centro América, trayendo al Imperio muchas cosas, tales como plumas, joyas y frutas pero además tenían a su cargo una función de protección, ya que informaban de cualquier intento de guerra o invasión.

La forma comunal del comercio estaba en el "Tianguis", o sea el mercado público que se organizaba cada cinco días. Estos "tianguis" tuvieron gran importancia y entre ellos sobresalió el de Tlatelolco, del cual Bernal Díaz del Castillo decía que era mucho más grande que cualquiera de España.

En tiempo de Moctecuhzoma se protegió la economía de los gobernantes y funcionarios, organizando los almacenes del Estado llamado "Petlcalco", los cuales en ocasiones de emergencia se ponían al servicio del pueblo. Estos almacenes son claro antecedente de lo que hoy en nuestras tiendas, tal vez mejor, de lo que es la CONASUPO.

En la educación los aztecas demostraron interés en extenderla a la mayor parte de la comunidad, pues en tanto que en el "Calmecac" asistían los hijos de nobles, al "Telpochcalli" asistían los Masehuals, o sea el conglomerado, es decir, había ya orientación hacia la educación popular. La protección social queda claramente indicada cuando se inculcaba horror al vicio y se aconsejaba la decencia, la honestidad y el respeto a los mayores, es decir, se difundían claros principios de unidad social. En la medicina también dieron los aztecas muestras muy claras de interés social, la transmitían como oficio de padres a hijos. En forma rudimentaria hablaban ya del temblor del cuerpo y el calambre, no era raro ver una suturación con cabello, como tampoco se dejaban de practicar los baños termales o "Temascalli". Lo fundamental no es que hayan existido conocimientos y recursos curativos, sino que existían con clara tendencia social, podíamos decir, como un antecedente muy remoto de lo que ahora sucede al poner la medicina al servicio de todos.

Parece una clara visión de los principios de la seguridad social cuando Moctecuhzoma Xocolotzin declara que "es deber del estado velar por los ancianos e impedidos", mandando construir un gran hospital donde sean atendidos "como gente estimada y digna de todo servicio".

Si hemos de considerar que el juego es un medio de convivencia, es conveniente recordar que nuestros remotos antepasados se reunían en el juego de pelota, que entre los mayas se llamaba "Pokyah". A este respecto que en las actividades deportivas están incluidas actualmente dentro de las prestaciones sociales de la seguridad social.

Muchas cosas podríamos decir acerca de los antecedentes de la seguridad social dentro de la culturas primitivas de México, basten sólo los ejemplos que se dieron para tener una idea de lo comentado. (Robledo, 1976)

#### 2.1.4.- ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

Desde la conquista española predominó la encomienda como forma de explotación, y cuando esta situación cambió fue sustituida por la hacienda, pero el indio interesó más por su fuerza de trabajo que como tributante, eran insuficientes para cubrir las necesidades de la minería y de la industria textil, fue tal la explotación, la desnutrición y la enfermedad que lograron disminuir la población indígena del país a través de tres siglos en casi un 75%.

Hasta el siglo XVIII, continuaron las condiciones de explotación y desnutrición de los trabajadores, y es en la segunda mitad del siglo XIX que como producto tanto de la guerra de Independencia, de Reforma y las actividades de politización, los grupos obreros empezaron a organizarse en sociedades de protección común en mutualidades, formación de cajas de ahorro y cooperativas. Que de cualquier forma el mutualismo habría de ceder el lugar al cooperativismo y al sindicalismo debido a su inoperancia. Sabido es que para sostener una asociación el afiliado debía de aportar sus cuotas y posteriormente recibía los beneficios de ella, pero el trabajador no podía gravar más sus salarios, que no bastaba ya para la solución de sus problemas económicos más urgentes.

Sin embargo, existían en ese momento ideólogos como José María Morelos y Pavón que defendía la idea de dar un contenido social a las leyes y que contribuyeron en el desarrollo de la seguridad social, que dice "las leyes deben ser tales que moderen la opulencia y la indigencia, que de tal suerte se convierte en jornal del pobre, que mejore sus costumbres, aleje la ignorancia, la rapiña y el hurto". Precepto plasmado en la Constitución de Apatzingan y expresado en el Congreso de Chilpancingo en 1813. (De Quirós, 1966)

Puede considerarse que el documento más importante desde el punto de vista revolucionario en materia de seguridad social, fue el Programa y Manifiesto de la Nación de la Junta Organizadora del Partido Liberal Mexicano, firmado en San Luis Missouri el 18 de julio de 1906 por Enrique y Ricardo Flores Magón, Antonio Villarreal, Juan Zaravia, Manuel Zaravia, Librado Rivera y Rosalío Bustamante. Su importancia radica en que contiene principios políticos, económicos y sociales que once años más tarde habrían sido recogidos por los constituyentes de 1917, en el que se conforma el artículo 123, haciendo referencia al descanso dominical, jornada de trabajo de ocho horas, fijación de un salario mínimo, la prohibición de empleo a menores de catorce años, entre otros.

La Revolución Mexicana de 1910 se hizo con el propósito fundamental de modificar el esquema social y económico impuesto por el Porfiriato. La Constitución Mexicana de 1917 logró reunir en un orden normativo los ideales de libertad y de justicia social que

integraron los constituyentes de Querétaro, en efecto, reprodujeron en general los artículos sobre "garantías individuales", heredadas de la Constitución de 1857; pero agregaron los artículos 27 y 123, mediante los cuales se instauraba una nueva política social que beneficiaría a los obreros y a los campesinos.

Otra característica importante de la Constitución de 1917 es la federalidad del seguro social, es decir que una sola ley opera en todo el territorio nacional, dando facultad a los Estados para legislar en materia social, y así antes de que nacieran la Ley del Trabajo de 1931, el Código Agrario de 1934 y la Ley del Seguro Social de 1943; algunos Estados habían legislado a esos efectos: Yucatán en 1915 en relación a la reparación de accidentes, enfermedades profesionales y la protección en la maternidad; Veracruz en 1914 en la reforma agraria. En 1929 se suprime la facultad otorgada a los Estados, para legislar en el ámbito federal.

Los mandatos constitucionales de 1917, que permitiría a los trabajadores la defensa de sus intereses y obligaría al Estado a velar por su dignidad y por su bienestar, refieren: las relaciones entre el capital y el trabajo; la garantía de asociación profesional; la jornada máxima, al salario mínimo; al descanso obligatorio; a la prohibición del trabajo a menores y a las limitaciones del trabajo de las mujeres, así como la higiene en las fábricas, a la indemnización por riesgos profesionales y a las prestaciones sociales en favor de los obreros y a cargo de los patrones, constituyen el marco jurídico del sistema mexicano de seguridad social.

La seguridad social mexicana esta inspirada y tiene como modelo la filosofía, sus principios sociales y los sistemas de los seguros sociales europeos, pero de acuerdo a su propio proceso histórico y su ritmo, que al igual que otros países americanos tenían que estar conscientes de su realidad, de su pensamiento político, y que sus experiencias determinarían a la postre el carácter y la organización de los seguros sociales de cada nación.

#### **2.1.5.- ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL MUNDO ACTUAL**

"La inconformidad de los grupos obreros dentro de las sociedades industriales y de las teorías revolucionarias o reformistas que los invitaban a combatir la explotación de que eran víctimas, se hacen patentes desde mediados del siglo XIX. Frente a la inquietud y a los intentos de sublevación de las clases laboristas, las grandes naciones de aquel tiempo reaccionaron primero prohibiendo la agremiación, reprimiendo la acción política de los trabajadores, y posteriormente, promulgando las primeras leyes modernas de protección al trabajo humano".  
( Morones, 1968).

Algunos acontecimientos de esta índole, se encuentran con los trabajadores europeos que comenzaron a organizarse y a luchar por romper la explotación, durante todo el siglo XIX quienes se enfrentaron con "las fuerzas del orden" a través de huelgas que eran consideradas ilegales, mediante actos de terrorismo propiciados por los anarquistas, y llegaron incluso a la rebelión armada, como sucedió en la Comuna de



París, donde fueron masacrados por un ejercito que había sido incapaz de defender a Francia. La lucha obrera se prolongó en el siglo XX y provocó la Revolución de Octubre de 1917, con lo cual se modificaron las perspectivas sociales y económicas, no sólo en Rusia, sino en todos los países europeos

Los políticos más sagaces comprendieron que era imposible gobernar sin un mínimo de justicia social y se empiezan a crear los seguros sociales. En Alemania, en 1919 se ponen en vigor las disposiciones que dan origen a las responsabilidades de los patronos por los riesgos profesionales de sus obreros, así como el establecimiento de cajas de ahorro y de reserva; por último el seguro obligatorio para enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez.

Anticipándose a la psicología moderna, Bismarck advirtió que tanto la frustración como la incertidumbre despiertan en el hombre la agresividad y fomentan en los pueblos una permanente inquietud revolucionaria. Decía: "el que tiene una pensión de vejez está mucho más contento y es más fácil de tratar y aunque se precise mucho dinero para conseguir la tranquilidad de los desheredados no será nunca demasiado cara, pues ello evita una revolución que consumiría cantidades muy superiores". (Morones, 1968).

Pero todavía la filosofía de Sócrates se anticipa con planteamientos de justicia social, decía que "En la sociedad, el interés del individuo debe coincidir con el bienestar de la colectividad y que el bienestar de ésta, a su vez, debe armonizar con las leyes de la naturaleza". Premisa que aun sigue siendo verdad y base de la seguridad social (García, 1973).

En 1919, al finalizar la Primera Guerra Mundial y ante el temor de la expansión de la revolución bolchevique, los políticos europeos comprendieron que era necesario ampliar la protección de los trabajadores para preservar la paz interna en las naciones occidentales.

En todos los países de Europa se formó una legislación laboral que mejoró realmente las condiciones de los trabajadores, pero quedaron latentes algunos problemas sociales que en el Tratado de Versalles se integra como una fórmula internacional para resolver esos problemas, la creación de la Organización Internacional del Trabajo, que habría de legislar en materia de trabajo, tanto con el objeto de promover el bienestar de los trabajadores, como para evitar una competencia desleal entre las naciones industrializadas.

Entre la mejoría de los trabajadores se menciona el derecho a participar de los frutos de la riqueza que ellos mismos han contribuido a forjar y que ningún ser humano puede ser visto como simple sujeto de asistencia, sino que ha de reconocerle el derecho de vivir honorablemente como miembro de la comunidad.

Todos los avances que se creían haber logrado para mejorar la coexistencia entre las naciones, la dignidad y la seguridad de los hombres se ve coartada con la Segunda Guerra Mundial, la humanidad sufrió la crisis, más grave de inseguridad incluso con medios de destrucción jamás imaginados, situación que ha obligado a las naciones a

encontrar en la paz y en la colaboración recíproca, los mecanismos para una convivencia justa y humana.

Así la Declaración de Filadelfia, proemio de la Constitución de la OIT, dice en los considerandos: "que la paz universal y permanente sólo puede basarse en la justicia social y que existen condiciones de trabajo que entrañan tal grado de injusticia, miseria y privaciones para un gran número de seres humanos, que el descontento causado constituye una amenaza para la paz y armonía universales" ( "IMSS, Progresión y avances de la Seguridad Social en América Latina" , 1980).

Ante la preocupación de todos los países, para desarrollar las acciones encaminadas a procurar la justicia social, se crean organismos tales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), la United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) entre otros.

De esta forma, la UNESCO determina la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en París el 10 de diciembre de 1948 en donde declara que "Toda persona como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, a tener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables en el desarrollo de la personalidad de todo individuo". Y " Que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias y que los pueblos de las Naciones Unidas, se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad" (González, 1973).

De esta forma se establecen los principios más ambiciosos de la Seguridad Social, donde surge el sistema de protección contra todas las contingencias y para toda la población, ello como un derecho de la persona y un medio para desarrollar lazos de solidaridad.

La Seguridad Social ha sido reconocida como un derecho natural propio de la condición humana, como una justicia material que el Estado debe garantizar a la sociedad, de aquí su carácter de derecho común igualitario universal, que ha impuesto la Declaración de los Derechos del Hombre de las Naciones Unidas signada en París en 1948 y ha aplicado a la regionalidad de este Continente la Organización de los Estados de América, por medio de su Acta de Bogotá de 1948.

De todos los acuerdos emanados de organismos universales adquieren importancia máxima las Cartas de Principios Básicos o Declaración de Derechos, células sociales que contienen todo un articulado en el amplio campo de la seguridad social y que tienden a impulsar y dar un trato común a la seguridad social en el plano de las legislaciones nacionales.

Por su amplio contenido, destacan tres Declaraciones de Principios Básicos, la primera celebrada en Santiago de Chile en el año de 1942, que considera al Seguro Social como la expresión máxima de la seguridad social, la segunda efectuada en Buenos Aires en 1951 que concibe como base de todo progreso natural y bienestar humano la conjunción de tres políticas: la social, la económica y la sanitaria, y la tercera, denominada Declaración de México celebrada en 1960 en esta ciudad que hace referencia a la seguridad social como medio de liberar al hombre del temor a la enfermedad y a la necesidad, mediante los más altos y seguros niveles de trabajo y de vida, en goce de integración familiar y del progreso de la civilización moderna.

"Quien examine la historia con un criterio objetivo, hallará una constante entre el esplendor y la decadencia de las naciones y el respeto o la inobservancia de los preceptos formulados en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre ". Bismarck estableció un sistema más justo para los trabajadores, con el propósito confesado de alcanzar una mayor estabilidad política en el interior del imperio y para incrementar el desarrollo de la industria alemana. (.IMSS, Progresión y avances de la Seguridad Social en América Latina, 1980).

Estos principios fundamentados del Estado Benefactor al que le correspondía regular las condiciones sociales de los pueblos, se transforma a partir de la caída del muro de Berlín, en 1989, y la subsiguiente desaparición de la Unión Soviética, en un cambio drástico en el marco de las relaciones internacionales.

## **2.2.- EL IMSS Y LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA**

### **EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

El origen del Instituto Mexicano del Seguro Social ( IMSS ) es resultado de las demandas de la clase trabajadora que vio en el ideario de la Revolución Mexicana el medio para alcanzar su libertad y promover su bienestar, principios que fueron plasmados en el artículo 123 de la Constitución de 1917, que en su fracción XXIX decía: " *Se considera de utilidad social: el establecimiento de Cajas de Seguros Populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de accidentes y de otras con fines análogos, por lo cual, tanto el Gobierno Federal como el de cada Estado deben fomentar la organización de instituciones de esta índole, para difundir e inculcar la previsión popular.* "

Desde entonces, los Gobiernos de la Revolución intentaron hacer realidad el mandato legal que, en virtud de las condiciones económicas sociales y políticas del país, fue una y otra vez aplazado.

Algunos estudios para crear el Seguro Social en México se hicieron durante los regímenes de los generales Alvaro Obregón y Plutarco Elías Calles, pero sus propósitos no llegaron a consumarse por diversos motivos, algunos de carácter constitucional, pues en la Carta Suprema sólo se hablaba de Cajas de Seguros

Populares. Era necesaria una reforma, la cual se hizo en septiembre de 1929 durante el gobierno del licenciado Emilio Portes Gil, para quedar como sigue:  
**"SE CONSIDERA DE UTILIDAD PÚBLICA LA EXPEDICIÓN DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL Y ELLA COMPRENDERÁ SEGURO DE INVALIDEZ, DE VIDA, DE CESACIÓN INVOLUNTARIA DEL TRABAJO, DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES Y OTRAS CON FINES ANÁLOGOS."** (Robledo,1976)

La emoción revolucionaria y la fuerza popular del general Lázaro Cárdenas logró impulsar al máximo todo lo que beneficiaba al pueblo de tal manera que para el gobierno siguiente, el del general Manuel Ávila Camacho, ya era una cuestión inaplazable, por lo que el 19 de enero de 1943 fue promulgada la Ley del Seguro Social como reglamentaria de la fracción 29 del artículo 123 constitucional. (A)

**El Instituto Mexicano del Seguro Social inició su funcionamiento formalmente el primero de enero de 1944.**

El IMSS es una institución descentralizada del Gobierno Federal. Es administrado en forma tripartita y en sus órganos de gobierno participan, con número igual de representantes, las organizaciones obreras y patronales más representativas del país, así como el Ejecutivo Federal. Sus servicios adquieren carácter de obligatorios siempre que haya una relación obrero patronal, es decir, ningún patrón puede eludir la obligación de asegurar a sus trabajadores.

Hace 54 años surge el INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), "organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios" ("Ley Seguro Social", 1995) .

El Instituto es un organismo creado para ofrecer servicios diversos a los individuos y grupos sociales que le dan sustento. Su razón de ser está, por lo tanto, en dar satisfacción oportuna y eficaz a las necesidades y expectativas de quienes constituyen su principio y finalidad: **los usuarios de sus servicios**. Esta orientación hacia el usuario es esencial. Desde su creación, el Instituto ha tratado de satisfacer las necesidades de sus derechohabientes y de cumplir mejor sus objetivos de servicio a la sociedad. Es por lo tanto el elemento fundamental para el desarrollo y bienestar de los derechohabientes.

La labor del IMSS es enorme por su importancia, por su dimensión y por su infraestructura. "Para la prestación de servicios médicos se cuenta con una capacidad instalada de 1495 unidades de medicina familiar, 227 hospitales generales de zona y 42 hospitales de alta especialidad, 1062 farmacias, 3075 unidades médicas rurales y 53 hospitales rurales; para favorecer la capacitación y las recreación de la población existen 116 centros de seguridad social, 1439 centros de extensión de conocimientos, 25 centros deportivos, 75 teatros, 4 centros vocacionales; para apoyar a la mujer trabajadora existen 455 guarderías y para proteger el poder adquisitivo de los trabajadores y sus familias se cuenta con 149 tiendas de autoservicio , ( " Diagnóstico ", 1995 ) ."

Sólo para citar algunos ejemplos, vale la pena tener presente que "en un día típico de trabajo se otorgan 367 000 consultas médicas, se proporcionan 5322 servicios de hospitalización, se realizan alrededor de 3452 intervenciones quirúrgicas y en promedio nacen 86 niños cada hora en las instalaciones del IMSS. Todo esto a través de la labor cotidiana de 345 000 trabajadores, ("Diagnóstico " ).

## PRESTACIONES QUE PROPORCIONA EL IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social "tiene por objetivo brindar un servicio público de carácter nacional que garantice el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo ( "Ley del Seguro Social ",1995 )".

Para garantizar esos derechos, el Instituto cubre contingencias y proporciona servicios en el marco de los regímenes obligatorio y voluntario del seguro social, mediante el otorgamiento de prestaciones en especie y dinero.

Las prestaciones que el Instituto otorga, pueden ser agrupadas en médicas, económicas y sociales. ( "IMSS, La Seguridad Social Integral" sin año ).

**1.- Las prestaciones médicas.-** Tienen por objetivo prevenir la presencia de enfermedades y , en caso de que alguna de estas se presente o de que ocurra algún accidente brindar los servicios curativos o de rehabilitación necesarios.

El Instituto otorga las siguientes prestaciones médicas:

- Asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria;
- Asistencia obstétrica, y
- Rehabilitación, aparatos de prótesis y ortopedia.

**2.- Las prestaciones económicas.-** Proporcionan al asegurado o pensionado y en su caso, a sus familiares, los ingresos que hubiesen dejado de percibir por la ocurrencia de alguna de las contingencias cubiertas.

Se otorgan en cualquier momento al presentarse una necesidad o incapacidad, tales como, subsidios por enfermedad o pensiones por accidentes de trabajo; ayuda para funerales, ayuda para contraer matrimonio y subsidios por enfermedad y ayuda para la lactancia. Las que se otorgan después de transcurrido determinado tiempo, o sean las prestaciones diferidas, como son las pensiones por vejez, invalidez y por viudez y orfandad.

**3.- Prestaciones Sociales.-** Están configuradas por el otorgamiento de servicios educativos y de bienestar a los derechohabientes, para prevenir estados de invalidez, cuando las prestaciones del Seguro de Enfermedades no Profesionales y Maternidad no sean suficientes para lograrlo.

( "IMSS, La Seguridad Social Integral " , sin año).

Las prestaciones sociales incluyen, por una parte, acciones en favor de la madre trabajadora, tales como ayuda para lactancia, una canastilla al nacer el hijo y el

cuidado de él durante la primera infancia, y por otra, programas para fomentar la salud, prevenir enfermedades y contribuir a la elevación de los niveles de vida de la población en general. Entre estos programas cabe señalar los siguientes:

- Promoción a la protección de la salud;
- *Educación higiénica, materno infantil, sanitaria y de primeros auxilios;*
- Mejoramiento de la alimentación y de la vivienda;
- Impulso y desarrollo de actividades deportivas;
- Centros Vocacionales;
- *Superación de la vida personal y familiar, y por último*
- Velatorios.

## **PANORAMA GENERAL**

### **DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS MÉDICOS**

A fin de ofrecer la atención médica con calidad y oportunidad, el sistema actual del instituto está organizado en tres niveles:

**El primer nivel** es el de medicina familiar, donde se ofrece consulta externa, y se debiera resolver hasta un 85% de los padecimientos de la población. Cuenta con un total de 1,495 unidades de medicina familiar.

**El segundo nivel** es el de hospitales generales, donde se otorga atención de urgencias y tratamientos especializados en patologías de gran demanda y complejidad media. Este nivel cuenta con 227 hospitales generales, y en él se debieran resolver el 12% de los padecimientos de la población.

**El tercer nivel** es el de alta especialidad, donde se atienden padecimientos de baja frecuencia y elevada complejidad la atención se otorga en este nivel en los 42 hospitales de especialidades ubicados en los 10 centros médicos del país. ( "Diagnóstico ", 1994).

### **DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES SOCIALES**

En el año de 1956 se crean las prestaciones y servicios sociales, estas no se establecieron como un nuevo ramo de aseguramiento, sino con base en las reformas a los artículos 77, 107 y 128 de la ley del Seguro Social.

En 1973 se estableció la ampliación de los programas de prestaciones sociales relativos a la construcción y el funcionamiento de centros vacacionales y de readaptación para el trabajo, así como el establecimiento y la administración de servicios de velatorios y otros similares que serían útiles para la elevación del nivel de vida colectivo e individual, a partir de dichas reformas, los servicios de prestaciones sociales han tratado de cumplir sus objetivos de distinta forma. Por algún tiempo se concedió mayor importancia a la promoción cultural, destacando la recreación a través

de espectáculos artísticos con los que el IMSS alcanzó especial distinción. Después fue con el deporte, fundamentalmente en el ámbito competitivo y de alto rendimiento, llegándose incluso a la contratación de equipos profesionales representativos del instituto.

Posteriormente, y ante las condiciones económico-sociales del país, se priorizó la protección del ingreso y el salario orientada a los grupos de menor nivel de vida con enseñanzas para el desempeño de oficios accesibles a la población, que sirvieran de base para complementar los ingresos familiares.

Las prestaciones sociales han logrado una innegable presencia dentro de la población usuaria de sus servicios. Las unidades operativas que originalmente se denominaron "casas de la asegurada", hoy "centros de seguridad social", han probado su capacidad de convocatoria ante la población de escasos recursos de las colonias, barrios o comunidades en donde se encuentran asentadas.

Estos servicios son proporcionados para derechohabientes y no derechohabientes, lo que significa que no necesariamente han logrado impactar a la población objetivo del IMSS, que fue el elemento principal por el que se justificó la creación de las prestaciones sociales.

Estas prestaciones a pesar de haber logrado una reconocida presencia en el ámbito de las comunidades y regiones en donde se desarrollan, han obedecido a intereses y necesidades de la población usuaria, que poco tienen que ver con el objetivo central de esta área del instituto.

El IMSS ha hecho un esfuerzo desde hace algunos años por alcanzar el autofinanciamiento de estas actividades.

Por otra parte, ha existido una desvinculación entre cada una de las áreas que conforman prestaciones sociales. Debe reconocerse que no ha podido alcanzar cabalmente su propósito de consolidarse como un área sustantiva de las actividades de fomento a la salud y de elevación de los niveles generales de vida de la población. ("Diagnóstico").

### **SEGURO DE GUARDERÍAS**

El servicio de guarderías infantiles para trabajadores que cotizan al del régimen obligatorio es ofrecido por el IMSS a partir de 1973. Este seguro es de una gran importancia, ya que significa la oportunidad para apoyar la incorporación de la mujer en auténticas condiciones de igualdad al mercado laboral, al tiempo que se ofrece a sus hijos una base sólida de cuidados y preparación para su educación futura.

El modelo operativo de las guarderías presta especial atención a los aspectos de nutrición, psicológicos, de salud y de socialización del niño.

### **ESQUEMA DE GUARDERÍAS INFANTILES**

El servicio de guarderías infantiles se otorga a hijos de trabajadoras aseguradas del régimen obligatorio. El IMSS cuenta con 455 guarderías infantiles, con un total de 61,737 lugares de capacidad instalada, proporcionando el servicio a través de los siguientes esquemas:

### **MADRES-IMSS**

Esta es una prestación contractual para hijos de trabajadoras del Instituto hasta los 6 años de edad, operan actualmente 8 guarderías, de las cuales se encuentran 7 en el

D. F. Y una en el estado de México (en el resto de las entidades federativas el personal con derecho a esta prestación recibe una compensación en dinero). El horario de servicio se otorga conforme a la jornada laboral institucional de la madre, tomando en consideración los turnos matutino y vespertino, teniendo una plantilla de personal para cada uno de ellos, ya que los grupos de niños son diferentes

#### **ORDINARIO**

A la fecha operan en todas las entidades federativas un total de 135 unidades, al inicio, los inmuebles, en su mayoría, fueron construcciones exprofeso y se continuó con casas adaptadas.

El rango de edad de los niños atendidos en este esquema va de los 43 días hasta los 4 años de edad, considerando que posteriormente los preescolares pueden incorporarse a los jardines de niños de la Secretaría de Educación Pública.

Las horas de servicio fueron normadas conforme a la experiencia del esquema madres-imss; sin embargo, los mismos niños son atendidos por dos turnos de personal, ya que las jornadas de las trabajadoras aseguradas del régimen ordinario son distintas.

El personal que conforma la plantilla para atender los diferentes servicios es seleccionado, capacitado y contratado por el propio instituto. El total de personal registrado para las guarderías de esquemas madres-imss y ordinario, es de 9863, de los cuales 495 corresponden a contratación de confianza y 9,368 a contratación de base. ( "Diagnóstico").

#### **PARTICIPATIVO**

El instituto; apoyándose en el artículo 192 de su ley y mediante un del H. Consejo Técnico, inició este esquema de guarderías que opera bajo las mismas bases legales que el ordinario, subrogándose el servicio a una asociación civil que administra las guarderías.

Su instalación se planeó originalmente en zonas suburbanas, posteriormente, y a fin de satisfacer la creciente demanda del servicio, se extendió a zonas urbanas. Lo anterior obedece a que dicho esquema representa bajos costos tanto de inversión inicial como de operación y permite otorgar la prestación en menor tiempo, ya que no se ve forzado a realizar los mismos procedimientos burocráticos que afectan a los otros dos esquemas. En relación a los inmuebles, los primeros fueron rentados y adaptados por la Asociación Civil de acuerdo con los lineamientos emitidos por el IMSS, en la actualidad, se autoriza compra de casas o terrenos para construcción exprofesa. El horario de servicio normado es de hasta 10 horas.

El personal, previamente capacitado y seleccionado por el IMSS, es contratado directamente por la Asociación Civil. ( "Diagnóstico" ).



en las corrientes teóricas y metodológicas de la administración, buscando un proceso integrador de esfuerzos de superación que fortalezca su servicio.

En este contexto, no solo ocupan el centro del escenario institucional los derechohabientes v los patrones sino también sus trabajadores quienes determinan con su forma de ser y laboral la calidad del organismo al que en conjunto le dan vida.

Sin embargo, los avances en la calidad que no correspondan al aumento de la - eficiencia pueden aumentar el costo v retardar los procesos. Si esto sucede nada se habrá ganado. Por otra parte si se logra que todos los procesos sean eficientes y a un costo razonable, pero no se toma en cuenta las expectativas de sus usuarios, de nada servirá.

En consecuencia, reducir costos en actividades ineficientes y mejorar la calidad a lo largo del proceso, aumenta el valor de nuestros servicios y que estos dos objetivos funcionan solo cuando se aplican en un marco completo de administración, proporcionado por la planeación estratégica ya que ésta ayuda a la dirección del instituto a descubrir dónde deben de estar los servicios y como llegar a ello, por lo tanto, es necesario ir más allá del mejoramiento de la calidad y la eficiencia.

La calidad ha sido una demanda frecuente hacia el Instituto casi siempre en referencia al trato humano. Con el tiempo han aumentado las inconformidades hacia las actitudes , a las aptitudes y a la ineficiencia operativa de los procesos. Ante estas demandas se han buscado medios alternativos en consecuencia de diversas etapas. El IMSS ha recibido la influencia del Desarrollo Organizacional, de la Calidad Total y de la Planeación Estratégica: ("Plan Institucional de Calidad", 1997).

## **ETAPAS:**

### **Primera etapa.- En búsqueda de la administración participativa:**

- A.** Capacitación y mística Institucional.
- B.** Desarrollo Organizacional

#### **A.- CAPACITACIÓN Y MÍSTICA INSTITUCIONAL:**

En 1966, se crea el primer órgano de desarrollo de personal en el I.M.S.S. en el lapso que culmina en 1973, se desarrollan programas de capacitación técnica incipientes, de filosofía de la seguridad social y de relaciones humanas.

#### **B.- DESARROLLO ORGANIZACIONAL:**

En 1974, aparece en el Instituto la teoría de sistemas, el cambio planificado, la insistencia en el liderazgo participativo el énfasis en la motivación del personal y su desarrollo constante. Es la entrada del desarrollo organizacional, enfocado en el cambio de aptitud y actitud directiva como eje.

## **Segunda etapa.- En búsqueda de la calidad:**

- C. Los círculos de desarrollo en el IMSS**
- D. Calidad y excelencia**
- E. El proceso de calidad IMSS**

### **C.- LOS CÍRCULOS DE DESARROLLO EN EL I.M.S.S.:**

Desde un principio, se consideró que los círculos de desarrollo podrían constituir una valiosa herramienta institucional que se reforzaría con el resto de los programas de desarrollo de recursos humanos.

Los círculos de desarrollo se implantaron originalmente en el I.M.S.S. , con el propósito de tener al menos un círculo de desarrollo en cada unidad. Este compromiso se fue realizando gradualmente, debido al espíritu voluntario de los círculos y ofrecía una nueva alternativa en la toma de decisiones para los jefes y trabajadores, lo cual originó una natural resistencia al cambio.

En la aplicación de los círculos hubo logros significativos, a pesar de que no se llevó a cabo la concientización de la totalidad de los directivos tanta de la alta dirección como de los mandos medios, situación que repercutió en una falta de apoyo, es decir soporte en todos los niveles de dirección.

### **D.- CALIDAD Y EXCELENCIA:**

El Director General del Instituto, autorizó la implantación del programa de desarrollo para la alta dirección con el primer seminario de actualización directiva para delegados en el mes de mayo de 1989.

Posteriormente se realizaron seminarios para la totalidad de los directivos delegacionales y , por su parte, cada delegación replicó este seminario dirigido a los mandos medios y de supervisión.

Este programa sentó las bases para considerar a la calidad y la excelencia como el camino a seguir para el mejoramiento de los sistemas de trabajo que repercutirían de manera positiva en los servicios. Sin embargo, la sola introducción de conceptos no garantizaba el cambio; era necesario contar con un enfoque más profundo y con herramientas más poderosas; se requería el enfoque de procesos.

### **E.- EL PROCESO DE CALIDAD IMSS:**

En respuesta al "Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994" , y con la finalidad de incrementar la capacidad de respuesta del Instituto se constituyó el comité directivo para el proceso de la calidad IMSS en junio de 1990.

El comité inició sus actividades con un seminario ejecutivo sobre mejoramiento continuo. Se procedió mediante la aplicación uniforme de líneas de acción por tipos de unidades operativas; procesos identificados como prioritarios por los equipos directivos correspondientes, criterios de adecuación al usuario, mecanismos de seguimiento; foros y normas de participación, medios de comunicación, mecanismos de reconocimiento, etc...

Se trabajó con grupos de directivos delegacionales y de las unidades "piloto". Siendo éstas las responsables de la elaboración de los planes de acción delegacionales y consecuentemente de los programas de capacitación respectiva.

En suma; este enfoque permitió un avance significativo en aceptar la necesidad de cambio, sin embargo, no proporcionó la visión estratégica necesaria que complementara la estructura de equipo naturales de administración y equipos de proyecto, así como el uso de herramientas para el mejoramiento de procesos.

### 3ª Tercera etapa.- El binomio Planeación Estratégica - Mejora Continua:

#### F. Planeación Estratégica y el modelo de Mejora Continua

##### F.- PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y EL MODELO DE MEJORA CONTINUA:

Las aportaciones técnicas y las experiencias internacionales, nacionales e institucionales en los movimientos de planeación estratégica y mejora continua han llevado a concluir que el enlace como binomio de las dos metodologías asociado a una estructura de equipos multifuncionales, son necesarios para lograr una propuesta de cambio con consenso y efectividad.

Así en la perspectiva de cambio institucional se concibió el programa de modernización delegacional, como proyecto que reforzara, de manera decisiva, los esfuerzos anteriores, a partir de un enfoque de planeación estratégica y mejora continua.

La planeación estratégica es introducida como una herramienta para desarrollar la capacidad directiva de la toma de decisiones en las unidades operativas de la que se trate, por ejemplo "el cuerpo de gobierno de un hospital o de la delegación".

Producir el plan estratégico haciendo que los directivos piensen en la organización como un conjunto de procesos que se integran horizontalmente. (E)

Estos directivos organizados en equipos multifuncionales ( Equipos Naturales de Administración y Equipos de Proyecto ) privilegian el enfoque de servicio por encima del de la departamentalización por funciones en que tradicionalmente es fragmentada la institución de acuerdo a su pirámide jerárquica. De esta manera, la planeación estratégica se convierte en la tarea a realizar por los ENA durante la primera etapa.

En la segunda etapa, cuando los cuerpos directivos ya habían formulado su visión estratégica, se introdujeron las herramientas de calidad total para procesar la problemática a acometer.

Los problemas identificados por el plan estratégico, se convirtieron en la principal tarea de los equipos naturales de administración, ahora robustecidos con los miembros del personal operativo que se integraron como equipos de proyecto, integrándose con los conocedores de el problema determinado y los directivos involucrados en el mismo.

El programa de modernización del sistema nacional de delegaciones, proporcionó elementos de reflexión y herramientas para la acción, que permitieron acceder a una

organización más flexible al propiciar cambios en la toma de decisiones y orientados a dotar de capacidad de decisión al servidor de ventanilla y elevar la capacidad de toma de decisiones y el liderazgo participativo del directivo de la operación. ("Plan Institucional de Calidad", 1997).

En resumen, este enfoque logró resultados en la forma de administrar. No obstante, si bien se dieron los primeros pasos para una administración por procesos en forma horizontal, era necesario un esfuerzo de mayor profundidad, pues los macroprocesos están centralizados en su normatividad, por lo tanto se vio la necesidad de partir desde el nivel central.

## 2.4.- PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

### JUSTIFICACIÓN

México como activo participante de un proceso de modernización en el contexto mundial, aspira a configurar un sistema integral de seguridad social, justo, equitativo y eficiente.

El I.M.S.S., como uno de los principales responsables de la seguridad social, juega un papel preponderante y no puede permanecer estático ante las necesidades actuales de la sociedad mexicana.

El objetivo de su modernización es adecuarlo a los cambios que se están dando en el entorno nacional, a fin de garantizar su capacidad para ampliar sus beneficios a más mexicanos, con mayor eficiencia y calidez, y preservando su equilibrio financiero. Adicionalmente, el Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994, en el marco de las estrategias establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo, orienta al sector paraestatal a la consecución de los objetivos generales ahí establecidos, con el firme propósito de poner al día y reafirmar los propósitos fundamentales de las instituciones de ese sector.

El I.M.S.S. no ha alcanzado plenamente su objetivo ya que la cobertura de aseguramiento no cubre a toda la clase trabajadora. Su principal fortaleza está representada por el mercado cautivo, que a su vez, es resultado de la obligatoriedad que establece su ley.

El IMSS, actualmente no enfrenta una competencia directa, sin embargo, se puede afirmar que en general, los diferentes tipos de servicio que proporciona no satisface las expectativas de sus derechohabientes, lo que constituye una de sus más serias limitantes junto con su permanente escasez de recursos que le impiden tener capacidad financiera para otorgar pensiones adecuadas. A lo anterior habría que añadir una amenaza del medio ambiente la cual se deriva del proceso de adelgazamiento del Estado y privatización de servicios no prioritarios.

**Por lo anterior y como respuesta al Programa de Modernización de la Empresa Pública se ha estimado conveniente implementar un Plan Institucional de Mejora Continua a partir de un ejercicio de Planeación Estratégica con el fin de:**  
("Bases para la Modernización del IMSS", 1992).

A) Reorientar a la Institución ( ley, normas, procedimientos, organización, valores etc ) con el enfoque de servicio al usuario.

B) modernizarlo a través de un proceso de mejora continua, simplificando y haciéndolo más efectivo en su alcance territorial, cobertura y uso de recursos.

C) lograr su autonomía financiera, incrementando sus recursos vía mejores servicios, teniendo mayor libertad para invertir sus excedentes financieros en los mercados de capitales y valores y mejorando su productividad por la calidad de sus servicios.

## **I. ANÁLISIS Y REAPRECIACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL IMSS.**

### **1. En qué mercado estamos.**

Nuestro mercado es el bienestar social de la clase productiva.

### **2. Misión.**

El I.M.S.S., con el esfuerzo permanente de sus trabajadores en constante superación, contribuye al bienestar integral de la población estimulando su participación solidaria y otorgando, dentro del marco legal, más y mejores prestaciones a un número cada vez mayor de mexicanos preservando y fortaleciendo el patrimonio de la clase productiva.

### **3. Situación actual.**

Aunque un gran porcentaje de la clase productiva está asegurada, no todos acuden a los servicios que proporciona el Seguro Social, debido a varias razones:

- Imagen deteriorada por el mal servicio
- Falta de difusión de los servicios
- Enorme aparato burocrático.
- Falta de áreas de apoyo a la investigación y desarrollo.

Nuestra clientela es cautiva, pero no todos los asegurados concurren a los servicios por los factores anteriormente descritos. Dada la naturaleza y el marco legal del IMSS, no se puede hablar de competitividad, aunque existe competencia como son los hospitales privados y los seguros de gastos médicos.

Algunas de sus ventajas comparativas en relación con los servicios sustitutos existentes son:

- No es lucrativa
- Es autosuficiente
- Alto grado de calificación de sus médicos especialistas
- Amplia cobertura del mercado
- Servicio a familiares de asegurados.

Para que el asegurado recupere la confianza en los servicios que ofrece el IMSS es necesario desarrollar una cultura de mejora continua en la organización acorde con las demandas de competitividad de nuestro país.

Para alcanzar mayores niveles de productividad tenemos que ser efectivos en nuestra atención al derechohabiente, así como desarrollar procesos de mejora de calidad de vida de los trabajadores del Instituto.

## II. OBJETIVOS:

### Objetivo General:

Iniciar un proceso de modernización integral del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través del análisis de la situación actual, la definición de líneas de política y la integración de núcleos de modernización, que cuenten con la participación de sus órganos de gobierno, de funcionarios, de personal operativo y del sindicato nacional de los trabajadores del seguro social y que tome en consideración la problemática de los usuarios de los servicios.

### Objetivos específicos:

- Determinar las características deseables del Seguro Social moderno.
- Delinear las políticas generales de modernización del IMSS.
- Definir la estrategia de modernización.

Algunos de los problemas son fáciles de detectar y tendrán que ser superados por la planeación estratégica. Aún cuando resulta indispensable apuntar antes, que el IMSS cuenta con una estructura sólida, con una capacidad instalada que le hace ser la primera institución nacional de atención a la salud y sin duda la mas importante en materia de seguridad social, además de que brinda un servicio invaluable para amplios núcleos de nuestra población.

### Las principales limitaciones y obstáculos son:

- Los modelos de la Seguridad Social, en cuanto a su legislación, normatividad y estructura, requieren de mayor congruencia para responder a la modernización del país.
- Los procesos generales del instituto no están muy orientados al cumplimiento de sus obligaciones y a la satisfacción de las expectativas de los usuarios.
- No se han diseñado estrategias que se sustenten en cambios cualitativos en el personal del instituto.
- El modelo de atención a la población derechohabiente no es revisado con el propósito de enfatizar las acciones de fomento a la salud, prevención de la enfermedad y de atención medica y continua.
- El sistema de abasto y equipamiento es deficiente e inoportuno.

- No se cuenta con un sistema único de información confiable y oportuno que interconecte y simplifique los sistemas actuales y que se oriente a apoyar la toma de decisiones.
- La excesiva centralización dificulta la gestión operativa en las delegaciones.
- Por su dimensión y por la amplitud de las tareas que se desarrollan en el instituto la comunicación al interior y al exterior del mismo resulta siempre complicada.

### **Compilación de áreas de mejora.**

Se han considerado como áreas de Mejora Continua e Integral las siguientes:

- **Médica**
- **Prestaciones sociales**
- **Obras y Patrimonio y Mobiliario**
- **Administrativa**
- **Técnica**
- **Abastecimientos**
- **Jurídica**
- **Delegacional**
- **Finanzas**

Para lograr los objetivos planteados se ha integrado un sistema a partir de la estructura y organización actual del IMSS. Este sistema, es el conductor y realizador de un proceso de modernización, y está integrado por órganos en diferentes niveles jerárquicos, los cuales interactúan para alcanzar los objetivos de la modernización en el marco de un esquema de Planeación Estratégica participativa.

El éxito de la Planeación Estratégica depende de que participen en ella, desde las etapas de su formulación, tanto funcionarios responsables de las distintas áreas del IMSS, como de la Representación Sindical y de que se garantice el flujo de información necesaria para lograr una adecuada comunicación interna que alcance a todos los sectores del Instituto de manera que pueda lograrse más fácilmente consensos en los puntos fundamentales, lo cual coadyuvará a las bases de un desarrollo articulado del Seguro Social.

Los órganos del proceso son los siguientes: Comité Directivo, ubicado en el nivel jerárquico superior, equipos naturales de administración y equipos de proyecto.

### **III. ANÁLISIS DEL ENTORNO.**

#### **A. Factores incidentes en el funcionamiento del IMSS:**

- **Producto Interno Bruto (P.I.B.).** Con el crecimiento del PIB existe mayor dinamismo económico, por lo que se generan más empleos y con esto mayor demanda de servicios de seguridad social y viceversa.
- **Demografía.** A mayor crecimiento poblacional mayor necesidad de servicios debido a que tienen acceso a los mismos, los hijos de los asegurados.

- Población Económicamente Activa (P.E.A.). Al incorporarse más personas a las actividades productivas crece la población asegurada.
- Distribución de la riqueza.
- Presupuesto sujeto a recursos nacionales en alguna medida.

**B. Factores políticos:**

- La continuidad de los programas se puede ver afectada por razones políticas.

**C. Factores Sociales:**

- Alta concentración urbana de la población derechohabiente.
- Incremento de adicciones ( alcoholismo, tabaquismo y drogadicción ).
- Elevados niveles de contaminación.
- Falta de educación y capacitación.
- Estrés.

**D. Factores Tecnológicos:**

- Dependencia tecnológica en instrumental biomédico.
- Personal médico altamente especializado.
- Desarrollo de procesos y sistemas

**E. Análisis de la competencia:**

- El IMSS es una Institución de vanguardia en el rubro de tecnología y de cobertura, más no de servicio. Debido a su mercado cautivo y a su marco legal no se ve en la *necesidad de competir*; pero debido a su mala imagen enfrenta el riesgo de que alguno de sus servicios sustantivos pudieran lentamente irse subrogando hasta la total privatización tal y como opera la seguridad social en los Estados Unidos de Norteamérica.

#### IV. IDENTIFICACIÓN DE VIABILIDAD DE OPORTUNIDADES.

**1. Identificación de alternativas:**

- Privatización
- Unidades Autónomas
- Modernización
- Subrogación
- Fusión

**2. Definición esperada del IMSS.**

Contribuir a la realización de las aspiraciones superiores -redistribución de la riqueza, justicia social, solidaridad y concertación- y brindar cada día mayor bienestar a un número creciente de mexicanos, acrecentando así el orgullo de su personal y consolidando su liderazgo latinoamericano como institución de seguridad social.

**3. Análisis y segmentación del IMSS.**

**3a.- Tamaño del mercado**



**3a.1 Población Total****3a.2. Población económicamente activa:**

- Afiliados al IMSS
- Afiliados al ISSSTE
- Afiliados a otro tipo de seguros
- No. de afiliados ( economía subterránea )

**3b.- Porcentaje del mercado**

- 38 % de la población total
- 32 % de la población económicamente activa

**3c.- Segmentación del mercado-competencia****3c.1. ISSSTE****3c.2. Hospitales Privados****3c.3. Hospitales Civiles.****3c.4. Hospitales Militares y de Marina****3c.5. Hospitales Rurales****3c.6. Dispensarios****3c.7. Seguros de Gastos Médicos****3c.8. Hospitales Universitarios.****3d.- Tecnología requerida.**

- De vanguardia tanto de ingeniería biomédica, como de procesos y servicios. Así como personal calificado.

**3e.- Rendimiento**

- Su objetivo no es de lucro, sin embargo es un organismo que tiene que mantener su autonomía financiera.

**3f.- Capitalización de sinergia.**

- Actualmente cada área funciona de manera independiente.

**3g.- Amenazas del entorno.**

- Políticas, sociales, económicas, culturales y ambientales.

**4. Definición de criterio de las alternativas y análisis.****4a.- Privatización.**

- Se considera desincorporar el IMSS a través de su venta al Sector Privado.

**Ventajas:** . Optimizar los servicios  
 Liberación a un mercado de competencia  
 Mejora de las pensiones.

**Desventajas:** Pérdida de un factor integrador social de la administración  
Incremento de cuotas.

#### **4b.- Unidades autónomas.**

- Seguiría habiendo un mecanismo regulador pero cada delegación sería autónoma.

**Ventajas:** Agilidad en las decisiones  
Reducción del aparato burocrático centralizado.

**Desventajas:** Creación de una infraestructura administrativa en cada delegación  
Heterogeneidad de las normas  
Encarecimiento de insumos.

#### **4c.- Modernización**

- Implementación de un sistema para la mejora continua de los servicios institucionales.

**Ventajas:** Fluidez en los servicios  
Calidez en la atención  
Toma de responsabilidad  
Poder de decisión:  
- Continuidad en la estrategia  
- Sueldos según especialización

**Desventajas:** Resistencia al cambio  
Riesgo en la no continuidad de la estrategia

#### **4d.- Subrogación**

- Que algunos de los servicios sean adjudicados a otros organismos.

**Ventajas:** No crecimiento del aparato burocrático  
Mayor oportunidad en el servicio

**Desventajas:** No hay garantía de un servicio oportuno  
Falta de compromiso del servicio subrogado.

#### **4e.- Fusión**

- Integración nacional de todos los servicios de salud en un sólo organismo rector.

**Ventajas:** Homogeneización del servicio de seguridad social a nivel nacional:  
Integración de la seguridad social  
Ampliación de la cobertura

**Desventajas:** Enorme aparato burocrático  
Altos costos de operación

## **CONCLUSIÓN**

En base a las alternativas identificadas se optó por la modernización como oportunidad más viable. Entendiendo por modernización un proceso de mejora continua. Esto se debe a que sin cambiar la estructura básica actual, se logrará mayor efectividad en los servicios.

Para llevar a cabo esta alternativa de mejora continua, se proponen los siguientes **lineamientos generales**:

- Definir un marco jurídico y normativo que responda cabalmente al entorno político, económico y social.
- Desarrollar un **plan de acción integral**, permanente y participativo, con una clara definición de objetivos que permita una oportuna asignación de recursos y una jerarquización de prioridades, en el marco de un programa institucional de desarrollo.
- Establecer nuevas fórmulas que no solo preserven el equilibrio financiero del Instituto, sino que garanticen y mejoren el cumplimiento de sus obligaciones a corto y mediano plazo.
- Utilizar óptimamente los recursos, aprovechando la amplia experiencia institucional y contando con la opinión de los usuarios de los servicios.
- Otorgar servicios oportunos cada vez de mayor calidad y calidez.
- Capacitar funcionarios y empleados con una mística de servicio y el orgullo de ser parte del Seguro Social.
- Implementar sistemas de comunicación institucional, que oriente e informen adecuadamente a los integrantes de la sociedad mexicana, y que inspiren confianza y seguridad a los usuarios.
- Mantener la vanguardia de seguridad social en Latinoamérica.

## **V.- ESTRATEGIAS**

1. Identificar, coordinar y, en su caso, sistematizar los programas y esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios que se están desarrollando en el Instituto. Este proceso de sistematización es necesario para crear una plataforma de despeque uniforme para el Proceso de Mejora Continua.
2. El Proceso se instrumentará a través de un Plan de Acción Institucional con metas a uno, tres y cinco años, elaborado por el Comité Directivo del Proceso de Mejora Continua, el cual servirá de marco de referencia general para las demás instancias involucradas.

3. El Proceso de Mejora Continua del Instituto se sustentará en estrategias, objetivos y metas de largo plazo, tanto las prioridades institucionales como las necesidades de los usuarios.
4. Para la instrumentación del Proceso se hará uso básicamente de la infraestructura de recursos humanos, materiales y presupuestales existente, complementándola con los instrumentos y procesos educativos., de capacitación y de asesoría que se vayan requiriendo.
5. Se procurará que todo el personal del Instituto reciba la capacitación necesaria sobre el Proceso de Mejora Continua y sus objetivos. Esa capacitación deberá estar acorde con el tipo de función que el personal desempeñe y con el nivel de responsabilidad que éste tenga. Para ello se hará uso de tecnologías de alcances masivos.
6. Se definirán con claridad y se darán a conocer los estándares que deben cumplir todos los servicios. Esos estándares serán definidos con base en las características que el Instituto decida que deban tener dichos servicios. Para tomar esa decisión, se considerarán las expectativas que los usuarios tengan, sobre el nivel de calidad de los servicios en cuestión.
7. La implantación del Proceso de Mejora Continua se iniciará con una etapa piloto, en la cual se incluirán los procesos básicos, las áreas operativas, las delegaciones y las dependencias que el Comité Directivo seleccione para ello, en función del impacto directo que tenga la calidad de sus servicios sobre los derechohabientes.
8. El Comité Directivo analizará la posibilidad de que, en paralelo, el Proceso se inicie en otras dependencias o delegaciones, en función tanto de su voluntad de participar en el Proceso como de la definición adecuada de su plan de acción. Este deberá enmarcarse en los lineamientos generales de planeación, instrumentación y capacitación que emita el Comité Directivo, y ser congruente con las acciones que se programen centralmente para la implantación del Proceso.
9. El Proceso se iniciará con la Identificación y capacitación, de las masas críticas necesarias para su avance gradual.
10. Se capacitará al personal en los métodos, técnicas y herramientas relacionados con la Administración para la Mejora Continua que, en cada caso, procedan y con la oportunidad con que lo requiera el avance del Proceso.
11. Podrá recurrirse al apoyo de asesores externos que den entrenamiento sobre las técnicas específicas de la Administración para la Mejora Continua, a los grupos internos que actuarán como multiplicadores.

12. Para propósitos internos y externos, se medirán, registrarán y compararán los niveles de calidad de los servicios mediante la adopción de procedimientos definidos expresamente para su control.
13. Se analizarán las repercusiones que las modificaciones adoptadas en el marco del Proceso produzcan sobre los costos de operación.
14. Se establecerán los mecanismos necesarios para:
  - Conocer las necesidades y expectativas de los derechohabientes;
  - Conocer, de manera sistemática y permanente, las opiniones de derechohabientes, patrones y público en general, sobre la calidad de los servicios que el Instituto brinda, y
  - Retroalimentar al Proceso con esas expectativas, necesidades y opiniones.
15. Se establecerán sistemas de premiación y reconocimiento a los logros colectivos, congruentes con la estructura participativa basada en los equipos de proyecto. La primera forma de reconocimiento institucional será la de dar amplia difusión a esos logros.
16. Se dará al entrenamiento para el liderazgo, la importancia que se requiere en la nueva cultura participativa que se persigue.
17. La comunicación permanente será de doble vía. El Comité Directivo y los comités de calidad mantendrán informado a todo el personal sobre las políticas, estrategias, normas y avances del Proceso, y mantendrán abiertos los canales que garanticen la participación de los demás niveles operativos.
18. En los contenidos del programa de capacitación del Proceso:
  - Se enfatizarán los elementos de motivación propios del mismo;
  - Se señalarán los logros institucionales a que coadyuva el empleado, otorgando especial significado a las repercusiones sociales de su trabajo, y
  - Se incluirán conceptos de autorrealización de los empleados.

## **VI.- REQUERIMIENTOS TÁCTICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA.**

Se define un proceso de mejora continua flexible, que permita la adaptación a los cambios económicos, sociales y políticos del país, mediante su revisión en los diferentes plazos:

- Lineamientos generales (largo)
- Estrategias de Desarrollo (mediano)

Este proceso requiere de la participación de la alta dirección para:

- Definir la misión y objetivos
- Supervisar y controlar
- Dar seguimiento del desarrollo del proceso de mejora continua del IMSS
- Someter al H. Consejo Técnico las acciones de mejora continua que requieran ser aprobados
- Informar al H. Consejo Técnico sobre los avances del proceso de mejora continua del IMSS.

Como objetivos tácticos tenemos los siguientes:

**Llevar a cabo un proceso de mejora continua a través de:**

- 1.1 Un diagnóstico situacional actualizado.
- 1.2 Definición de líneas de políticas institucional.
- 1.3 Integración de grupos de trabajo.
- 1.4 Definición de acciones específicas por realizar.

**Contar con la participación de:**

- 2.1 Los órganos de gobierno.
- 2.2 La alta dirección.
- 2.3 Personal operativo.
- 2.4 Sindicato.

**Atender las necesidades de los usuarios.**

## **2.5.- PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL “PRUEBA PILOTO”**

(“Comité Directivo para el Proceso de Mejora Continua- IMSS”,1990).

### **I.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

Cualquiera que sea la intervención que se plantee en una organización en el campo de lo cultural, es necesario empezar por el **diagnóstico**, entendiendo por tal cosa no la definición de una enfermedad a partir de sus síntomas como dice el diccionario, sino un examen de las condiciones de la organización con el sentido que le han dado a la palabra los expertos del Desarrollo Organizacional. El diagnóstico es un punto de partida que posibilitará la instrumentación de las intervenciones correctas para garantizar la efectividad organizacional. Se puede definir al **diagnóstico** como un proceso analítico que permite conocer la situación real de la organización en un momento dado para descubrir problemas y áreas de oportunidad, con el objeto de corregir los primeros y aprovechar las segundas.

El diagnóstico no es un fin en sí mismo, sino que es el primer paso esencial para perfeccionar el funcionamiento de la organización. Además proporciona medios para

medir los esfuerzos de mejoramiento que se realicen, a fin de saber si son los indicados.

## **DIAGNÓSTICO:**

### **1. Atención médica**

- ◆ Insuficiente avance en Fomento a la Salud
- ◆ Deficiente medicina preventiva
- ◆ Dificultad en el avance de Planificación familiar por políticas sociales inadecuadas
- ◆ Insatisfacción en primer nivel de atención por:
  - ⇒ Por insatisfacción del médico en su preparación, en su desarrollo.
  - ⇒ Falta de integralidad
- ◆ Consumo excesivo de medicamentos
- ◆ Insuficiente autonomía de gestión, por falta de delegación de funciones
- ◆ Realización de tareas no sustantivas que deben ser realizadas fuera del Instituto
- ◆ Directores no preparados suficientemente
- ◆ Comunicación insuficiente con usuarios y con el personal

### **2. Prestaciones en dinero**

- ◆ Insatisfacción por el monto de las pensiones
- ◆ Trámites excesivos
- ◆ Falta de continuidad en la acumulación de derechos de eventuales
- ◆ Insatisfacción en la forma de pago
- ◆ Abusos en los dictámenes de invalidez

### **3. Prestaciones sociales**

- ◆ Imprecisión sobre asignación de recursos
- ◆ Los profesiogramas no corresponden a los propósitos actuales
- ◆ Desgaste del personal oficial de puericultura después de 10 años
- ◆ Control de vigencia de derechos inadecuados
- ◆ Falta de capacidad instalada

### **4. Organización**

- ◆ Estructura central muy grande
- ◆ Al desconcentrar las estructuras delegacionales se excedieron
- ◆ Insuficientes subdelegaciones
- ◆ Estructuras muy débiles en subdelegación:
  - ⇒ Inadecuada distribución de Personal por categorías y por ámbitos geográficos
  - ⇒ años de contención salarial: pérdida del 50% del Ingreso real
- ◆ Sindicato cuestionado

## 5. Financieros

- ◆ Baja capacidad relativa de Inversión
- ◆ Baja capacidad de consolidación de reservas

### II.- LA MISIÓN DEL IMSS ( PRELIMINAR)

Cumplir a plenitud como elemento redistribuidor de la riqueza, como factor de justicia social y como mecanismo fundamental de solidaridad y de concertación entre diversos sectores de la sociedad, para propiciar la satisfacción de las necesidades básicas, contribuir a la realización de las aspiraciones superiores y, en general, para brindar cada día mayor bienestar a un número creciente de mexicanos acrecentando así el orgullo de su personal y consolidando su liderazgo latinoamericano como institución de seguridad social.

### III.- LA VISIÓN DEL IMSS

**El Instituto Mexicano del Seguro Social aspira a:**

1. Continuar garantizando el derecho a la salud de sus derechohabientes;
2. Otorgar pensiones suficientes;
3. Dar servicio de guardería a todas las madres derechohabientes que lo requieran;
4. Ampliar su cobertura, incorporando a la Seguridad Social, a sectores de la población y localidades adicionales;
5. Adecuar permanentemente su organización a su crecimiento;
6. Contar con la infraestructura suficiente para la prestación de sus servicios;
7. Dotar de mayor autonomía de gestión a sus niveles delegacional y operativo;
8. Brindar mejores condiciones de vida a sus trabajadores;
9. Continuar teniendo una relación cordial y constructiva con el SNTSS;
10. Sustentar sus acciones, en políticas adecuadas de desarrollo poblacional, y
11. Operar siempre con el equilibrio financiero necesario

### IV.- OBJETIVO GENERAL

Diseñar e implantar procesos técnicos administrativos basados en los enfoques y técnicas de la Administración para la mejora continua de manera que el Instituto esté en condiciones de proporcionar consistentemente a sus usuarios la satisfacción y la confianza de que están recibiendo el servicio a que tienen derecho.



## **V.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Asegurar que en todo el Instituto se den las condiciones necesarias para que cada quien haga correctamente lo que debe hacer, en forma tal que el derechohabiente reciba el servicio con oportunidad, cordialidad y comodidad.
2. Revisar y, en su caso, replantear lo que es correcto llevar a cabo en el Instituto.
3. Capacitar a los empleados para desempeñar correctamente sus actividades, evitando errores, desperdicios, retrasos y cualquier actividad que pueda dar lugar a quejas de los derechohabientes.
4. Estrechar los vínculos con los proveedores externos y con los usuarios para incorporarlos al Proceso, capacitándolos para que sus contactos con el IMSS sean congruentes con el esfuerzo institucional.
5. Asegurar la eficacia y oportunidad de las acciones en todo momento, protección y conservación de la salud que emprenda el Instituto.
6. Asegurar la eficacia y eficiencia de los esfuerzos institucionales de innovación tecnológica en materia de equipos, materiales, tratamientos, medicamentos, procesos administrativos, etc.

## **VI.- POLÍTICAS**

1. El mejoramiento de la calidad de los servicios será una prioridad institucional, en todas sus áreas funcionales y operativas.
2. La mejoría en la calidad de los servicios se buscará de una manera estructurada, con el apoyo de la metodología de la Administración para la Mejora Continua.
3. Todas las autoridades del Instituto se comprometen abierta y activamente con el mejoramiento de la calidad de los servicios, como una necesidad estratégica del organismo,
4. El Proceso de Mejora Continua no se entenderá como una serie de actividades o acciones destinadas a implantar algún cambio específico, sino como un Proceso permanente y continuo de cambio planeado, orientado a la acción, que involucre a todos los elementos del Instituto.
5. La calidad de los servicios no debe entenderse como una responsabilidad funcional, sino como una meta organizacional. Es más, debe llegar a convertirse en un modo de vida para quienes integramos el IMSS.

6. Por tanto, el esfuerzo deberá ser parte de la tarea no sólo de los empleados o departamentos abocados expresamente al logro de la mejora continua, sino de todos en toda la organización, sin importar el nivel de autoridad.
7. Cada área funcional y operativa será responsable de la elaboración e instrumentación de sus planes específicos de acción para mejorar la calidad de sus servicios.
8. Para ello, se analizarán los flujos de trabajo y las estructuras organizacionales que afectan la calidad del servicio.
9. Se propiciará un ambiente laboral participativo. Esta participación será abierta y flexible, y se sustentará en la integración de equipos de proyecto en todos los niveles del instituto.
10. El proceso de mejora continua de la calidad de los servicios del Instituto estará orientado a la identificación de las causas que originan problemas de calidad y a su eliminación.
11. Se establecerán formas para medir, estimar y contabilizar los avances relacionados con la calidad, susceptibles de ser medidos.
12. Se contará con los medios y recursos de capacitación, difusión e información, así como con los mecanismos de reconocimiento necesarios para Implantar el proceso de mejora continua .
13. Se emprenderán múltiples actividades orientadas hacia el entrenamiento y hacia el aprendizaje continuo. Los empleados, los proveedores y los usuarios recibirán capacitación orientada a mejorar la calidad de los servicios.

## **VII.- ESTRATEGIAS**

- ◆ Incorporar al Sindicato al proyecto
- ◆ Adecuar la organización al propósito de Mejora Continua
- ◆ Capacitación tradicional fortalecida iniciamos capacitación para implantar Mejora Continua
  
- ◆ Precisar Pruebas Piloto:
  - ⇒ Subdirección General de Obras Y Patrimonio Inmobiliario.
  - ⇒ Programa IMSS-Solidaridad
  
- ◆ Tres delegaciones que son:
  - ⇒ 3 Sureste del Distrito Federal
  - ⇒ Sonora
  - ⇒ Sinaloa

- ◆ Revisar 5 procesos básicos:
  - ⇒ Primer nivel de atención
  - ⇒ Guarderías
  - ⇒ Prestaciones en Dinero
  - ⇒ Enseñanza formal
  - ⇒ Abastecimiento de equipos
  
- ◆ Definir el Modelo de Mejora Continua, pero **CONFIRMANDO** siempre los niveles alcanzados en cada área
- ◆ Orden y disciplina en acciones orientadas al Proceso de Mejora Continua
- ◆ Comunicación Social apoyará para transmitir interna y externamente el concepto de Administración para la Mejora Continua.

## VIII.- ESTRUCTURA

El desarrollo del Proceso de Mejora Continua del Instituto se sustentará en una estructura integrada por las cuatro figuras administrativas siguientes:

- ◆ El Comité Directivo;
- ◆ Los Equipos Naturales de Administración para la implantación del Proceso en áreas piloto;
- ◆ Los Equipos de Proyecto, y
- ◆ La Secretaría Ejecutiva del Comité Directivo.

### A.- EL COMITÉ DIRECTIVO

Es el comité de mejora continua de máximo nivel del Proceso; está integrado por los miembros del Cuerpo de Gobierno del Instituto y es encabezado por el Director General del IMSS.

#### Responsabilidades:

1. Definir una guía para que los comités de mejora continua del Proceso elaboren su plan de acción correspondiente.
2. Integrar los programas Institucionales a uno, tres y cinco años, y mantenerlos permanentemente actualizados.
3. Acordar los sistemas generales de premiación y reconocimiento para los equipos de Proyecto.

4. Seleccionar los Procesos básicos, áreas operativas, delegaciones y dependencias con los que se iniciará el Proceso y decidir sobre la Incorporación posterior de los demás.
5. Definir canales formales de participación para los derechohabientes, así como asegurar que éstos conozcan suficientemente tanto sus derechos como sus obligaciones.
6. Asegurar la permanencia del Proceso y darle seguimiento.

## **B. LOS EQUIPOS DE PROYECTO**

Están integrados por funcionarios o empleados (alrededor de siete) que se reúnen de manera transitoria (no más de nueve meses) al interior de un área operativa, para resolver el problema de calidad que les ha sido encomendado. Cuando la naturaleza del problema lo requiere, pueden integrarse con personal adscrito a distintas áreas, según lo establezcan los equipos naturales de administración (ENA) correspondientes. Una vez resuelto el problema, el equipo de proyecto desaparece, pudiéndose crear uno nuevo con algunos de sus integrantes,

### **Responsabilidades:**

1. Trabajar en equipo para resolver el problema de calidad que les ha sido encomendado.
2. Establecer metas y calendario de actividades para el trabajo del equipo.
3. De ser posible, aplicar medidas correctivas inmediatas.
4. Identificar las causas del problema y atacarlas directamente.
5. En caso de que la solución del problema trascienda los alcances del equipo, comunicar dicha situación al ENA del área.
6. Proponer medidas preventivas y modificaciones a políticas, estrategias, estructuras, normas y procedimientos.
7. Plantear al comité de mejora continua del área, las necesidades de entrenamiento, información, comunicación o reestructuración que detecte el equipo de proyecto.
8. Registrar los obstáculos y avances en la solución del problema encomendado e Informar sobre ellos al comité ENA del área.

## **C.- LA SECRETARIA EJECUTIVA DEL COMITÉ DIRECTIVO**

### **Responsabilidades:**

1. Dar seguimiento a los acuerdos del Comité Directivo.
2. Cuidar que los planes de acción de las áreas operativas, sean congruentes con los lineamientos generales emitidos por el Comité Directivo.
3. Integrar el Plan de Acción Institucional con los planes de acción que elaboren las áreas operativas.
4. Poner a consideración del Comité Directivo los asuntos que sean de su competencia y que surjan de las demás instancias del Proceso.
5. Mantener informado al Comité Directivo sobre el desarrollo del Proceso en cada una de las áreas operativas involucradas en el mismo.
6. A solicitud de las partes interesadas, gestionar los apoyos de asesoría, capacitación, educación, comunicación, información y demás que requieran los equipos del Proceso, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Comité Directivo
7. Integrar los elementos de información necesarios para el desarrollo y seguimiento del Proceso.
8. Las demás que el Comité Directivo le asigne específicamente.

## **IX.- TAREAS**

- ◆ Identificar líderes y facilitadores
- ◆ Identificar equipos naturales de administración
- ◆ Identificar equipos de proyecto

## **X.- CLIENTES**

- ◆ Presidente de la República
- ◆ Asamblea
- ◆ Organizaciones empresariales y obreras
- ◆ Trabajadores
- ◆ Sindicato
- ◆ Primer equipo natural de administración
- ◆ Derecho y solidariorhabientes.

## XI.- CALENDARIO DE ACTIVIDADES

### A. Preparación para el inicio

- ◆ Constitución del equipo directivo.
- ◆ Seminario Ejecutivo de Administración para la superación permanente
  
- ⇒ Concientización           Oaxtépéc
- ⇒ Comprensión               Morelos
- ⇒ Compromiso               28, 29 y 30 junio 90
  
- ◆ Capacitación de los Jefes de Servicios y algunos Delegados (ENA 2o.nivel): 3a. y 4a. semana julio 90.
- ◆ Asignación de recursos.
- ◆ Reuniones semanales del equipo directivo para desarrollo del plan, modelo y seguimiento.

### B. Constitución de Comités de Calidad (nivel subdirección y coordinaciones generales)

#### Acciones:

- ◆ Diagnóstico por cada área.
- ◆ Programas de capacitación por área.
- ◆ Elaboración de los planes de acción.
- ◆ Negociación con los ENA superiores.
- ◆ Identificación de los Procesos relevantes y sus indicadores.

### C. El inicio:

#### Reuniones semanales de los ENA:

- ◆ Identificación de los procesos relevantes.
- ◆ Negociación con los ENA superiores
- ◆ Establecer indicadores.
- ◆ Integrar "equipos de proyecto" (con personal ya capacitado).
- ◆ Seguimiento y evaluación.

### D. Establecimiento de criterios de adecuación al cliente.

Estándares de calidad: necesidades de orientación al cliente. Vocación esencial del IMSS.

## XII.- INDICADORES

- ◆ Aceptación formal del SNTSS; encuesta entre trabajadores
- ◆ Número de personas y nivel en capacitación de Mejora Continua
- ◆ Datos para medir adelgazamiento en la organización

- ◆ Datos de ausentismo
- ◆ Quejas

## 2.6.- RESULTADOS DE LA FASE PILOTO:

### 1. Nivel Delegacional

Se identificaron 4 delegaciones piloto, en las que se cumplió con el objetivo de generar las masas críticas y los planes de acción: Nuevo León, Sonora, Coahuila y la 3 D. F.

#### a) Delegaciones que recibieron capacitación:

<u>Delegación</u>	<u>Seminario Ejecutivo</u>	<u>Curso</u>
Nuevo León	15	23
Sonora	20	24
Coahuila	16	51
3 D. F.	16	2

En cada una de estas delegaciones se utilizaron estos recursos humanos para reproducir la misma capacitación, de forma que se contó con:

Nuevo León	824 c
Sonora	374 c
Coahuila	135 c + 210 i
3 D. F.	265 c + 218 i

c = capacitados

i = informado

#### b) Planes de Acción Delegacionales

Tres de las 4 delegaciones piloto cuentan con planes de acción suficientes para iniciar la implantación del Proceso en las UMF's y en las guarderías.

Estos planes ya fueron aprobados por los Equipos Directivos correspondientes.

La Delegación Coahuila concluyó su etapa de capacitación central, pero está todavía en vías de concluir la definición de algunos elementos de su plan de acción.

**Contemplan en su etapa inicial:**

	UMF	Guarderías
Nuevo León	4 + 1 HGZ	2
Sonora	4 + 2 HGZ	4
3 D. F.	13	3
Coahuila	2	2

**2. Nivel Central:****a) Capacitación:**

Se capacitó a 177 elementos de los mandos superiores de todas las áreas centrales y del S.N.T.S.S. con el curso de 24 horas, y a 42 personas de las áreas vinculadas a los procesos básicos y de apoyo a las unidades piloto, con el curso de 120 horas.

Los totales de personal capacitado centralmente son:

Seminario Ejecutivo (24 horas):	259
Curso (120 horas):	132

**b) Planes de Acción:**

- **Subdirección General de Obras y Patrimonio Inmobiliario.**- Está constituido el Comité de Mejora Continua respectivo. Elaboró un plan de acción para el mejoramiento continuo de la calidad, en el que considera los siguientes aspectos prioritarios:

Capacitación Y Motivación permanente,

Mejoramiento de la calidad; Metas de Calidad 1991-1994,

Planeación.- Diseño de planes rectores para la construcción y la conservación de espacios equipados.

Control.- Mediciones con usuarios internos y externos.

Mejora continua conforme al plan rector.



Programa de incentivos y reconocimiento al personal.

- **Subdirección General Médica.-** Se pusieron en marcha los Comités de Mejora Continua en la propia Subdirección y de las Jefaturas de Servicio dependientes de ella. Ya presentaron su Plan de Acción la Jefatura de Atención Primaria de la Salud, Jefatura de Servicios de Salud en el Trabajo y la Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación.

En el transcurso de los próximos 45 días lo harán el resto de las jefaturas.

Con base en ellos, se integrará el plan de acción general del área.

- **Subdirección General de Prestaciones Sociales.-** Integró el Comité de Mejora Continua de la Jefatura de Guarderías como área piloto. Esta elaboró su plan de acción, a partir de un diagnóstico de la situación actual, e identificó como áreas de oportunidad las siguientes: niño , madre, personal, unidad y coordinación.

Este se aplicará en cada guardería de acuerdo con el nivel de receptividad existente y con las posibilidades reales de abordar de manera simultánea uno o varios procesos.

- **Subdirección General de Finanzas.-** La Coordinación de Planeación Financiera elaboró un programa mediante el cual sería capacitado el 100% de su personal . Este programa está pendiente de autorización por parte del Subdirector.
- **Subdirección General Técnica.-** No se formalizó la integración de este Comité de Calidad. Sin embargo, la Jefatura Delegacional de Servicios Técnicos de la Delegación No. 3 Suroeste del Distrito Federal, elaboró un plan de acción como área piloto.

En él se identifican como prioritarios los siguientes procesos:

Expedición y registro de incapacidades.

Trámite de los certificados de incapacidad.

Pago del certificado de incapacidad.

Pago de subsidios.

- **Subdirección General de Abastecimiento.-** La integración de su Comité, así como la definición de su plan de acción, estaba sujeta a la conclusión de la etapa de capacitación de su personal , aún cuando cuentan ya con la mayoría de los elementos de análisis para su presentación.

- **Subdirección General Jurídica.**- Esta Subdirección aún no ha sido incorporada al Proceso.
- **IMSS-Solidaridad.**- Esta Coordinación aún no ha integrado su Comité de Mejora Continua y su plan de acción no ha sido elaborado.

### **3. Recursos Técnicos**

Los equipos de trabajo que se integraron en los tres grupos que recibieron el "Curso para el Proceso de Mejora Continua" seleccionaron distintos procesos como materia de estudio y práctica. La identificación de los mismos, así como el avance de su análisis supervisado directamente por los expertos, constituyen áreas de oportunidad en las cuales existen ya grupos de gente capacitada abocada a mejorar dichas formas de trabajo.

**Los procesos en cuestión son los siguientes:**

1. Otorgar atención médica oportuna en consulta externa de medicina familiar.
2. Entregar pesquisa en expediente a médico familiar.
3. Comunicación y solicitud de asistencia a cursos.
- 4 Adscripción al médico familiar.
5. Atención médica a pacientes con prescripción de receta.
6. Certificación de derecho a la ayuda de gastos de funeral.
7. Atención estomatológica a la mujer embarazada.
8. Envío de créditos fiscales.
9. Trámite y envío de autorizaciones especiales en el programa de obras.
10. Otorgamiento de la consulta médica.
11. Realización de actividades educativas para niños maternos.
12. Llenado de incapacidades.
13. Recepción y trámite de avisos de afiliación.
14. Realización de consulta externa.
15. Registrar y tramitar originales de certificados de incapacidades.

16. Otorgar medicamentos.
17. Pago de incapacidades de enfermedad general y maternidad.
18. Atención al usuario en la consulta externa de nueve UMF'S.
19. Pago de efectivo de subsidios a los asegurados.
20. Entrega de medicamentos a derechohabientes en la farmacia.
21. Pago de subsidios.
22. Expedición y envío de originales de certificación de incapacidad por enfermedad general a prestaciones en dinero.
23. Promover asistencia de los niños en guarderías.
24. Trámite de solicitud de interconsulta de UMF 32 a la unidad de Apoyo.
25. Informar mensualmente sobre los indicadores básicos de operación.
26. Asistencia a las guarderías.
27. Recepción de programas de capacitación.
28. Recepción del niño maternal en el vestíbulo.
29. Dotar de expedientes clínicos a la consulta de Especialidades.
30. Suministro cíclico de faltantes.

## CAPITULO 3.- PLAN INSTITUCIONAL DE MEJORA CONTINUA

### JUSTIFICACIÓN

Como se mencionó anteriormente en el Capítulo 2, al Instituto Mexicano del Seguro Social, se le considera una institución de vanguardia en el rubro de tecnología y de cobertura, más no de servicio.

Actualmente el IMSS no enfrenta una competencia directa, sin embargo, se puede afirmar que, en general, los diferentes tipos de servicio que proporciona no satisfacen las expectativas de sus usuarios; a esto habría que añadir, que aunque en gran porcentaje de la clase productiva está asegurada, no todos acuden a los servicios que proporciona la Institución, ( "Bases para la Modernización del Seguro Social " , 1991 ), debido a varias razones:

- Imagen deteriorada por el mal servicio
- Falta de difusión de los servicios
- Enorme aparato burocrático
- Los procesos generales del Instituto no están debidamente orientados al cumplimiento de sus obligaciones y a la satisfacción de las expectativas de los usuarios
- El sistema de abasto y equipamiento es deficiente e inoportuno
- La excesiva centralización dificulta la gestión operativa en las delegaciones
- Por su dimensión y por la amplitud de las tareas que se desarrollan en el Instituto, la comunicación al interior y exterior del mismo resulta siempre complicado.

Nuestros usuarios , es una población cautiva y no todos asisten a los servicios por los factores anteriores. Dada la naturaleza y el marco legal del IMSS., no se puede hablar de competitividad, aunque existe competencia como son los hospitales privados y los seguros de gastos médicos.

Por todo lo anterior y de conformidad con los lineamientos de política de la administración pública, en la que se " establece la necesidad de eliminar obstáculos y practicas obsoletas que impiden garantizar la calidad y la oportunidad en el servicio que se brinda a los usuarios y, reconociendo la importancia del factor humano como apoyo básico de la productividad y modernización, ( "Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990 - 1994 " , 1990 ) ",el Instituto en el marco de esa búsqueda ha tratado de satisfacer mejor las necesidades de su usuario; y de cumplir mejor sus objetivos de servicio a la sociedad.

La búsqueda de formas de mejorar la calidad de sus servicios ha puesto de relieve la necesidad de combinar de manera estructurada los múltiples esfuerzos que el Instituto desarrolla, orientado a mejorar la calidad de sus servicios o , dicho en otros términos, a satisfacer de manera consistente, las necesidades y expectativas de sus usuarios.

Existe una metodología en administración que se orienta justamente a la mejora de la calidad de los servicios. Esta disciplina, que se conoce como Administración para la calidad, fue útil al Instituto para iniciar un proceso integrador de sus múltiples esfuerzos de superación que fortalezcan sus estrategias de servicio.

En este contexto, se consideró conveniente y de utilidad llevar a cabo un Plan Institucional de Mejora Continua a través del cual se promueva y se desarrolle en todos los trabajadores del Instituto una Cultura de Mejora Continua cuyo propósito será propiciar un cambio de actitud que genere una pasión por servir y por satisfacer a los usuarios, esto es, desempeñarse conforme a principios de calidad total ( " Plan Institucional de Mejora Continua " , 1992 ).

Durante el primer semestre de 1990 el Director General y el primer nivel de Colaboradores del IMSS conoció, analizó y valoró las características de la disciplina conocida como "Administración para la Calidad", la cual se consideró conveniente para que el Instituto la adoptase, motivo por el cual se solicitó formalmente los servicios de la Empresa Consultora TAI de México, S.A. de C.V.

## INTRODUCCIÓN

Los grandes cambios registrados en los últimos años en el ámbito internacional y las tendencias resultantes como la globalización y reestructuración de la economía mundial, han forzado en nuestro país a un replanteamiento de la estrategia de producción de los sectores privado y público.

El desafío que significó la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá y la probabilidad de penetración de nuestros productos y servicios, a otros mercados como una variable clave comprendida en los nuevos esquemas de economía neoliberal, llevan a la búsqueda y adopción de caminos que nos conduzcan a este fin.

Lograr una mejor competitividad de todo tipo de bienes y prestación de servicios parece ser la meta final y el mejor medio es la calidad total. Tal concepto no solo significa uniformidad ni necesariamente cero defectos, sino que es enfocada al diseño de un producto o servicio con miras a la plena satisfacción del usuario por lo que se convierte en proceso permanente.

La vía de la calidad para el mejoramiento de la eficiencia contribuye no solo al fortalecimiento de nuestra capacidad productiva y competitiva, sino al desarrollo generalizado de nuevas actitudes y valores.

Con respecto al Seguro Social este debe afrontar grandes cambios a las nuevas realidades políticas, económicas y sociales para el beneficio de los derechohabientes.

Es necesario que el Instituto este preparado para encontrar mejores caminos para entender con oportunidad, calidad y sentido humano a los trabajadores y familiares.

Emprender un proceso de renovación de los servicios brindados para satisfacer las necesidades y expectativas de la población y para dar respuesta oportuna y adecuada a los problemas actuales de la seguridad social y así encarar de la mejor manera los desafíos de la modernidad.

Necesita ser más productivo para proporcionar más servicios, atender más usuarios y ampliar su cobertura geográfica.

Por estos motivos se elaboró el (" Plan Institucional de Mejora Continua",1992) a través del cual todo el personal que labora en la Institución, se desempeñe con vocación de servicio, que refleje la conciencia de que es necesario realizar el trabajo con un alto nivel de excelencia, compartiendo así la responsabilidad y beneficios correspondientes.

El fortalecimiento de este Plan consiste en favorecer las condiciones para el cambio cualitativo y cuantitativo de los procesos y servicios Institucionales y con una elevación de la moral de los trabajadores.

El Plan que a continuación se propone, constituye una respuesta específica y concreta al Programa de Modernización del Instituto y lo que en el fondo se busca es producir una cultura de trabajo en la que todos los trabajadores se desempeñen con vocación de servicio, pensando y actuando siempre bajo la premisa de que los asegurados y sus beneficiarios son la razón de ser de nuestra Institución y, por tanto, que si a ellos nos debemos, a ellos tenemos que servir y satisfacer plenamente.

Esta orientación hacia los usuarios no es novedosa para el IMSS, por el contrario, es esencial ya que recoge lo que constituye su principio y finalidad , lo cual nos lleva a la propuesta de implementar un programa que si bien esté dirigido por la Administración, esté enfocado hacia la satisfacción de las necesidades o expectativas de los derechohabientes y que tenga como propuesta mejorar continuamente los servicios que se proporcionan.

Promover el Plan Institucional de Mejora Continua, significa revisar, simplificar y corregir normas, procedimientos, manuales y procesos: requiere educar para formar agentes de cambio, líderes, facilitadores y/o habilitar instructores que puedan enseñar y capacitar a otros en los aspectos básicos del nuevo sistema de administración; se necesita fomentar la cultura de trabajo en equipo y aprender herramientas estadísticas y otras para la solución de problemas, medir desviaciones y las mejoras.

***En el presente capítulo se describirán las acciones generales y específicas correspondientes a los procesos de sensibilización y capacitación, la Estructura funcional para la Implementación del Plan Institucional de Mejora Continua, las Estrategias Operativas tanto a Nivel Central como Delegacional, la Estrategia de Implantación también a Nivel Central como Delegacional, las metas y por último debido a la magnitud del Instituto se describirá únicamente el Plan de Acción en la Delegación 2 Noreste del D.F. , donde se llevó a cabo la***

**aplicación de la " Metodología para mejorar los procesos técnicos - administrativos ".**

### **3.1.- ESTRUCTURA FUNCIONAL PARA IMPLEMENTAR EL PLAN INSTITUCIONAL DE MEJORA CONTINUA**

La estructura funcional que se propuso para implementar el Plan Institucional de Mejora Continua respondió tanto a la organización del Instituto como a los requerimientos metodológicos del modelo y se compuso de tres grupos: Comité Directivo, Equipo Natural de Administración (ENAS) y Equipo de Proyecto y un Secretario Técnico. (ver anexo I)

**Las principales características de estos equipos son:**

**COMITÉ DIRECTIVO.-** Se formó un equipo directivo en cada nivel de la organización y se configuró, a nivel central, por el Director General, los Subdirectores Generales, el Titular de la Jefatura de Servicios de Personal y Desarrollo y los Coordinadores; a nivel Delegacional, por el Delegado, los Jefes de Servicios y el Jefe de Departamento de Desarrollo, en calidad de **secretario técnico asesor** - experto del sistema y a nivel de Subdelegación, por el Subdelegado y los Coordinadores de Servicio. (ver anexo No. 1).

#### **CARACTERÍSTICAS:**

- 1.- El Equipo Directivo se compuso por el Director y sus colaboradores directos, quienes también son miembros de la administración.
- 2.- Es responsable del proceso de implementación.
- 3.- Debe cambiar y participar visiblemente.
- 4.- Maneja la organización usando principios de administración de calidad.
- 5.- Se reúne periódicamente para implementar la fase 1 y para administrar sus procesos.

**Los Comités Directivos:** Semanalmente se reunirá para analizar, resolver, autorizar y realizar el seguimiento del proceso de implantación al Plan Institucional de Mejora Continua.

Definir en equipo el modelo, misión y plan de implantación de la cultura de mejora continua dentro de su nivel correspondiente.

**Funciones:**

- Establecer la planeación estratégica, los lineamientos específicos, políticas, estrategias, objetivos y metas donde se encuadre la implantación del plan de cultura de mejora continua, en las dependencias normativas y delegacionales del instituto.
- Identificar, definir y establecer los estándares de calidad en sus procesos.
- Mediante la elaboración y aplicación de encuestas de opinión a los usuarios, a fin de determinar los criterios de adecuación al uso, mismos que deberán proporcionarse a los equipos naturales de administración.
- Decidir, conforme a las prioridades que se establezcan, qué áreas y servicios de oportunidad de mejora deberán participar en el proceso de implantación.
- Analizar y resolver sobre las recomendaciones y sugerencias que presenten los equipos naturales de administración para modificar las estructuras, normas y/o procedimientos de mejora.
- Integrar, analizar y aprobar los planes y programas de trabajo operativo que sometan a su consideración los equipos naturales de administración de las diferentes áreas.
- Cumplir con la normatividad emanada de la jefatura de servicios de personal y desarrollo, así como informar mensualmente el avance de los planes, programas y proyectos.
- Convocar al cuerpo de gobierno para que se reúna semanalmente, con el objeto de resolver los asuntos correspondientes al plan de institucional de mejora continua.
- Facilitar la infraestructura y los recursos necesarios para que se organicen los equipos naturales de administración y de proyecto.
- Difundir la filosofía de mejora continua a todo el personal y usuarios, en la jurisdicción geográfica de su competencia.
- Aplicar los mecanismos de control, evaluación y seguimiento, inherentes a la implantación del plan institucional de mejora continua.
- Acordar los sistemas generales de reconocimientos y recompensas, para premiar los esfuerzos y acciones de mejora continua que realicen las personas, las áreas y las unidades.



- Participar en las ceremonias de reconocimientos y recompensas para premiar los esfuerzos y las acciones de mejora continua que realicen las personas, en las áreas y las unidades.

**2.- EQUIPO NATURAL DE ADMINISTRACIÓN.-** Se conforma, a nivel central, por el Subdirector del área correspondiente y los titulares de servicio respectivos; a nivel Delegacional, por el jefe de servicios del área y sus jefes de departamento, a nivel de subdelegación y unidades de servicio por los directivos de las unidades y su cuerpo de gobierno, (ver anexo No.1).

**CARACTERÍSTICAS:**

1. Lo forman un directivo y sus subordinados directos, quienes también son administradores.
2. Son permanentes.
3. Se reúnen periódicamente para revisar la información de los procesos de los cuales son responsables.
4. Seleccionan procesos para trabajar en proyectos.
5. Definen los proyectos.
6. Identifican responsables de los procesos.
7. Designan los equipos de proyecto.
8. Propone al equipo natural de administración de su unidad las mejoras al proceso investigado.
9. El equipo directivo natural de administración y de proyecto aplica las mejoras al proceso.
10. Celebran el logro de resultados.

**Los Equipos Naturales de Administración.-** Su responsabilidad fundamental es administrar y definir sus procesos, autorizar los planes de acción, designar los equipos de proyecto y eliminar obstáculos, estos equipos deberán ser permanentes, se reunirán semanalmente, se formaran de acuerdo a su propia estructura.

**Funciones:**

- Elaborar el diagnóstico organizacional del área, analizar las estructuras y procesos para identificar las áreas de oportunidad de mejora, definir y seleccionar los procesos, así como elaborar los planes de acción correspondientes.
- Instrumentar los programas operativos en forma semestral.
- Promover el proceso de cambio, fomentando el trabajo en equipo y la vocación de servicio en el personal de su área.
- Someter al comité directivo, los programas operativos para su autorización.
- Proponer al comité directivo las modificaciones de políticas, estrategias, estructuras, normas y procedimientos que sean recomendables, como consecuencia de las propuestas de mejora, que realicen los equipos de proyecto.
- Aplicar las acciones de mejora que haya aceptado el comité directivo, así como supervisar su cumplimiento.
- Registrar mensualmente los avances de los procesos previamente seleccionados para su mejora, y mantener informado al comité directivo.
- Designar al personal que deba formar parte de los equipos de proyecto, así como supervisar su trabajo y resolver dudas o problemas.
- Identificar y designar al personal que deberá ser habilitado como facilitador y capacitador de la cultura de mejora continua.
- Identificar y proponer al comité directivo, los líderes de los equipos de proyecto.
- Aplicar periódicamente encuestas para obtener y definir criterios de adecuación al uso, así como establecer parámetros y compararlos con los requerimientos del usuario.
- Servir de canal de comunicación de doble vía entre el comité directivo y el equipo de proyecto.

**3.- EQUIPO DE PROYECTO.-** Esta integrado en cualquiera de los niveles de la organización de] instituto por funcionarios, analistas y empleados en general de un mismo y/o de diferentes departamentos, oficinas y/o áreas. (ver anexo No.1)

### **CARACTERÍSTICAS:**

1. Están integrados por, trabajadores y administradores únicamente, según la necesidad específica.
2. Al integrar un equipo, con frecuencia las funciones se entrelazan.
3. Trabajan con la definición asignada por el equipo natural de administración.
4. Celebran la obtención de la meta.
5. Se desintegran después de haber conseguido su meta, o se reorganizan con nuevos miembros para trabajar en el logro de otras metas,.

**Los Equipos de Proyecto.** Estos equipos de la estructura funcional son los que llevarán a cabo el análisis de los procesos de mejora, y están integrados en cualquiera de los niveles de la organización por funcionarios, analistas y empleados en general (8 a 10) que se reúnen de manera transitoria, al interior de una área o unidad operativa.

Cuando la naturaleza del proceso lo requiera, los equipos de proyecto podrán integrarse con personal adscrito a distintas áreas según lo establezcan los equipos naturales de administración correspondientes. Una vez resueltos los problemas y eliminadas sus causas, los equipos desaparecerán y se formarán nuevos en torno al análisis y mejora de otros procesos.

### **Funciones:**

- Analizar y estudiar los procesos seleccionados por los equipos naturales de administración.
- Aplicar técnicas de mejora continua.
- Establecer metas y tiempo para alcanzarlos.
- Proponer y recomendar cambios de mejora en los procesos estudiados
- Compartir las experiencias y celebrar los resultados.
- Plantear a los equipos naturales de administración, las necesidades de entrenamiento, información, comunicación y reestructuración que detecten los equipos de proyecto.
- Los líderes de proyecto, semanalmente registrarán e informarán a los equipos naturales de administración, sobre los avances y obstáculos de los procesos.

#### **IV.- Secretario Técnico del Comité Directivo Delegacional**

##### **Funciones:**

- **Asesorar al comité directivo delegacional, de las subdelegaciones y a los equipos naturales de administración en la operación e implementación del plan institucional de mejora continua.**
- **Asistir y participar, en las reuniones ordinarias y extraordinarias que se programen por el comité directivo para la mejora continua respectiva.**
- **Llevar el seguimiento de los acuerdos, propuestas y acciones que se deriven de las reuniones del comité.**
- **Identificar, analizar, evaluar y en su caso, solicitar los recursos técnicos, educativos o de asesoría, que se requieran para el buen funcionamiento de la operación del plan institucional de mejora continua.**
- **Supervisar y vigilar que se pongan en práctica, en coordinación con el (los) equipos naturales de administración, las decisiones para la mejora continua que emanen del comité directivo.**
- **Organizar los eventos (para el otorgamiento) de reconocimientos y recompensas para premiar los esfuerzos y las acciones de mejora continua.**
- **Informar mensualmente los avances, problemas o limitantes de los planes y programas específicos y/o acciones que se estén realizando en las áreas de oportunidad.**
- **Apoyar, organizar y realizar los eventos de inducción, capacitación y habilitación que se requieran para la operación del plan institucional de mejora continua.**
- **Apoyar, coordinar y auxiliar la difusión de la filosofía, valores y principios de la mejora continua, la orientación hacia el usuario, el trabajo en equipo y la administración de procesos.**

#### **3.2.- ESTRATEGIA DE OPERACIÓN**

##### **A.- NIVEL CENTRAL**

El Plan Institucional de Mejora Continua se implementó básicamente a través de tres trayectorias:

- **Dirigida la Alta Dirección del Instituto, a los Jefes de Servicios y su cuerpo de gobierno, para la Inducción en la Cultura de Mejora Continua y ellos a su vez al personal de sus áreas.**

- Capacitar en la Metodología de Administración de Procesos al personal de las áreas normativas de oportunidad de Mejora que paulatinamente se vayan incorporando al Plan para su operación.
- Formar Instructores en las Áreas Normativas sobre la Metodología de Administración de Procesos, así como en el proceso de enseñanza - aprendizaje, para que posteriormente capaciten al personal de las Unidades Operativas correspondientes.

## **B.- NIVEL DELEGACIONAL**

El Plan Institucional de Cultura de Mejora continua se pretende operar básicamente a través de tres trayectorias:

- Dirigida a la Alta Dirección Delegacional, así como a los Directivos de las Áreas de oportunidad seleccionadas para operar el Plan, con el fin de inducirlos en la Cultura de Mejora Continua y ellos a su vez a todo el personal que labora en sus áreas.
- Capacitar en la Metodología de Administración de Procesos a los dueños de éstos ( Jefes de Servicios Delegaciones ), a los Jefes de Departamento de las Áreas de Oportunidad de Mejora que paulatinamente se vayan incorporando al Plan, a fin de que los primeros seleccionen y definan los procesos objeto de Mejora y designen los equipos de proyecto y los segundos asesoren la operación y habiliten instructores, entre otras de sus actividades.
- Formar Instructores en la Metodología de Mejora Continua, con el objeto de capacitar a los líderes de proyecto, para que éstos a su vez capaciten a los integrantes de los equipos de proyecto

## **3.3.- ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN**

### **A.- NIVEL CENTRAL**

La implantación del Programa se iniciará en el Nivel Central con las Jefaturas de Servicios de la Subdirección General Médica y la Subdirección General Administrativa, específicamente con la Jefatura de Servicios de Guarderías, mismas que norman a las unidades operativas que realizan actividades sustantivas, estratégicas y de imagen que por ello han sido consideradas como Áreas de Oportunidad de Mejora.

1. **Seminario Ejecutivo:** con una duración de tres días ( 24 hrs. Impartidos por consultores Externos (ver anexo 2) los Jefes de Servicios facilitarán y apoyarán el Plan Institucional de Cultura de Mejora Continua, y los Subjefes de Servicios que no estén involucrados directamente en el Proceso de Mejora, serán los responsables de difundir e inducir a sus Jefes de Departamento, quienes a su

vez realizarán la misma actividad en forma de cascada hasta concientizar a todo el personal.

2. **Diplomado en Desarrollo de Habilidades Directivas para la Mejora Continua:** Con una duración de 168 hrs., organizado conjuntamente con la Universidad Iberoamericana (ver anexo 3) . El personal que participará en este diplomado fungirá como agente de cambio con objeto de propiciar una nueva cultura de trabajo.
3. **Curso sobre Administración de Procesos:** Con una duración de 120 hrs. , impartido por Instructores Externos TAI , ( ver anexo 4). El personal participante tendrá el compromiso de dirigir e implementar el análisis de procesos en sus respectivas áreas , así como fungir como Instructores Habilitados.

### **METAS NIVEL CENTRAL**

- Sensibilizar, concientizar, comprometer al personal de nivel central (Director General, Subdirectores Generales, Coordinadores Generales, Titulares de Servicios y Subjefes, Coordinadores de Mejora Continua de la Jefatura de Servicios de Personal y Desarrollo) lo que significa un universo aproximado de 300 personas,
- Capacitar a Subjefes y Jefes del Área Médica, Subjefes y Jefes de Guarderías, Jefes de Capacitación de Áreas Normativas y Analistas del Área de Mejora Continua lo que representa un universo aproximado de 70 personas.
- Capacitar a los Jefes de Oficina y Analistas del Área Médica, Guarderías y Mejora Continua de Nivel Central, lo que da un total aproximado de 30 personas.
- Seleccionar y formar Instructores para la reproducción del curso de Administración de Procesos en Nivel Central, universo aproximado 10 personas

### **B.- NIVEL DELEGACIONAL**

Dada la magnitud del Instituto, la experiencia que ya se tuvo en la fase piloto del Proceso de Mejora Continua y congruentes con el Manual de Procedimientos del Sistema IMSS-CAPACITACIÓN, se estima conveniente llevar a cabo la implementación del Plan Institucional de Mejora Continua, en cuatro etapas y por zonas geográficas. La primera etapa se inició en la zona norte , como segunda la zona del D.F , tanto por el avance que ya se tiene como por el impacto que los resultados producirían en el resto del país, como tercera a la zona Centro y la cuarta la zona sur. (ver anexo 5 y 5.1).

En cada una de las zonas geográficas, la implementación del sistema comenzará en las unidades de primer nivel de atención (U.M.F's), segundo nivel de atención ( H.G.Z. ) y tercer nivel de atención ( CENTROS MÉDICOS ) correspondientes a la Subdirección General Médica así como en las guarderías de régimen ordinario de la Jefatura de Servicios de Guarderías, en las cuales se realizan actividades sustantivas, estratégicas y de imagen, que son áreas de oportunidad y altamente prioritarias.

1. Se impartirán seminarios ejecutivos con una duración de 24 horas cada uno, dirigidos a Delegados, Subdelegados, Jefes de Servicios Delegaciones, Coordinadores de Atención Médica, Coordinadores de Enseñanza e Investigación, Directores de Hospitales y de Unidades de Medicina Familiar, Jefes Delegacionales de Desarrollo de Recursos Humanos, Jefes de Departamento y Supervisores delegaciones de Guarderías y por último las Directoras de Guarderías del Régimen Ordinario. (ver anexo 6). Los Delegados, Subdelegados, Jefes de servicios Administrativos y Médicos facilitarán y apoyarán el Plan Institucional de Cultura. Los Directores de Hospitales, de U.M.F.'s y Guarderías serán los responsables de la Inducción a su cuerpo de gobierno correspondiente, quien a su vez realizará la misma actividad en forma de cascada, hasta concientizar al total del personal.

La inducción del personal de las Unidades de Servicios será a través de dos cursos cortos, el primero sobre Filosofía de la Mejora Continua y el segundo sobre Trabajo en equipo, mismo que se reforzarán con campañas de difusión, dirigidas a todo el personal del los Hospitales, U.M.F.'s y guarderías, con el propósito de crear las condiciones necesarias para la comprensión y desarrollo de la Filosofía de Mejora Continua.

Los Jefes Delegaciones de Desarrollo, Jefes de Departamento y Supervisores Delegaciones de Guarderías, Coordinadores de Enseñanza e Investigación, y los Coordinadores de Atención Médica, como primera actividad darán apoyo a los Directores de Hospitales, U.M.F.'s y guarderías respectivamente, en los aspectos técnicos y metodológicos del Proceso de Inducción y Difusión.

2. Se capacitará en la Metodología de Administración de Procesos a Jefes de Servicios, Jefes de Departamento, Oficina, Analistas e Instructores Coordinadores del Área de Desarrollo, Coordinadores de Enseñanza e Investigación, Coordinadores de Atención Médica, Jefes de Departamento de Guarderías y Asistentes Administrativos de Guarderías ( ver anexo 7 ).

El personal antes mencionado con excepción de los Jefes de Servicios serán los que capaciten en la Delegación a los Líderes iniciales de los equipos de proyecto que se integren en cada una de las unidades de Hospitales, U.M.F.'s y Guarderías, posteriormente, estos mismos capacitarán al personal que configure los nuevos equipos de proyecto que surjan en las unidades.

3. La Formación de Instructores se llevará a cabo, seleccionando de los líderes anteriormente capacitados aquellos que cumplan con el perfil correspondiente, con el objeto de proporcionarles los conocimientos sobre la Administración de Procesos, así como del Proceso enseñanza- aprendizaje y prepararlos como

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

instructores habilitados, mismos que posteriormente capacitarán a los líderes de los equipos de proyecto de las diferentes unidades de servicio.

### **METAS NIVEL DELEGACIONAL**

- Sensibilizar, concientizar, comprender y comprometer al 100% del personal Directivo Delegacional (Delegados, Subdelegados, Jefes de Servicios, Coordinadores de Atención Médica, Coordinadores de Enseñanza e Investigación, Directores de UMF's y H.G.Z., Jefes de Departamento de Guarderías, Supervisores de Guarderías, Directoras de Guarderías y Jefes de Desarrollo), lo cual significa un universo de aproximadamente 1544 personas.
- Sensibilizar, concientizar al 100% del personal que labora en las UMF's y Hospitales y Guarderías lo que representa un universo aproximadamente de 85,476 personas.
- Apoyar las acciones de sensibilización y capacitación a través de carteles, trípticos y cápsulas informativas en forma permanente.
- Capacitar a los Jefes de Servicios Delegacionales, de Departamento de Desarrollo Delegacional junto con sus Jefes de Oficina y Analistas o instructores Coordinadores, así como a los Coordinadores Delegaciones de Enseñanza e Investigación, Coordinadores de Atención Médica, Jefes de Departamento de Guarderías y las Asistentes Administrativas o Administradores de Guarderías, lo que da un total aproximado de 576 personas, 5908 líderes de proyecto más el personal que se vaya integrando conforme se definan nuevos procesos.
- Contar con al menos con un Instructor-Habilitado en cada Unidad de Servicio (U.M.F's , Hospitales y Guarderías).

### **3.4.- MODELO DE MEJORA CONTINUA.**

#### **PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS:**

El modelo tiene todas las características necesarias que permiten ponerlo en práctica en una empresa de servicio como lo es el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**ENFOQUE AL USUARIO.-** La Mejora Continua requiere de dos aspectos importantes, que el producto o servicio esté libre de defectos y que por sus características satisfaga las necesidades del usuario. El modelo con sus herramientas nos lleva a cumplir con ambas características.

**SE ENFOCA A PROCESOS.-** Divide los sistemas en unidades pequeñas denominadas procesos, que permiten estudiar su comportamiento más fácilmente y



establecer medidas para su mejoramiento. Es importante recalcar que el proceso de Mejora Continua se da proyecto a proyecto.

**ESTABLECE UN ORDEN.-** Nos enseña a jugar un doble papel "Usuario y Servidor" bajo la siguiente frase: "Actúa para con los demás como quisieras que actuaran contigo".

**DESARROLLA A LAS PERSONAS.-** Nos dota de las herramientas para análisis y solución de problemas, así como a tomar decisiones que permite mejorar los procesos de los que somos dueños, llevándonos así a la superación continua.

**ESTABLECE COMPROMISOS.-** Para desarrollar la calidad son necesarios tres elementos, el poder, el querer y el actuar; el modelo nos da el poder al mostrarnos el camino y dotarnos de las herramientas, el querer nos da la motivación generada por el liderazgo y la satisfacción del trabajo cumplido y realizado con excelencia la primera vez, y el actuar se da cada vez que vemos satisfecho a nuestro usuario ya sea interno o externo.

**PROMUEVE LA CREATIVIDAD.-** Al utilizar el modelo se dividen los problemas y oportunidades en partes pequeñas que permiten al personal utilizar toda su capacidad creativa para mejorar lo ya existente, aprovechando sus potencialidades.

**TRABAJO EN EQUIPO.-** Quizá una de las características del mexicano es el individualismo, el modelo nos enseña a trabajar en equipo aprovechando al máximo la sinergia del grupo.

## **F A S E S:**

De acuerdo con la metodología, las principales fases para la implementación del Plan Institucional de la Mejora Continua son: **Preparación para el inicio, Inicio del Proceso, Transición para el 'Mejoramiento Continuo y Administración para la Mejora Continua.**

### **FASE No 1. PREPARACIÓN PARA EI INICIO (ver anexo 8)**

Para desarrollar esta fase se deberá sensibilizar en primer lugar a 'la Alta Dirección y al nivel siguiente inmediato de colaboradores, con el objetivo de concientizar y comprometer a la Dirección General en el desarrollo e implementación del proceso, inmediatamente después se sensibilizará a los delegados, Subdelegados directores de U.M.F. 1 y guarderías, con el mismo propósito mencionado anteriormente; en ambos casos la sensibilización será a través de un Seminario Ejecutivo denominado **Administración para el Mejoramiento Continuo**, con duración de 24 horas.

A fin de que todo el personal que labora en las U.M.F's y en las guarderías pueda participar y apoyar el sistema, se sensibilizará con un **Seminario de Concientización** con duración de ocho horas.

Posteriormente, se dará un curso de **Capacitación de Formación de Instructores para el Proceso de Administración para la Mejora Continua** con duración de 120 horas.

Finalmente se capacitará a los Jefes de Servicios Delegacionales, Jefes del Departamento de ' Desarrollo Delegacional junto con sus jefes de oficina, así como a los Equipos de Trabajo que se integren en cada unidad con el **curso de Administración para el Mejoramiento Continuo**, con duración de 120 horas.

### **FASE No 2. INICIO DEL PROCESO (ver anexo 9)**

En esta fase se inicia propiamente el trabajo de Mejora Continua, que de conformidad con la metodología y con la experiencia de otras organizaciones en las que se ha implementado este tipo de procesos, se trabaja por áreas de oportunidad, es decir el proceso no se inicia globalmente, sino en áreas denominadas de oportunidad las cuales deben ser seleccionadas con toda libertad por el cuerpo directivo de la Delegación. Básicamente aquí se seleccionan procesos y se estudian de conformidad con la metodología del Plan Institucional para la Mejora Continua.

### **FASE No 3. TRANSICIÓN PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO. (ver anexo10)**

El proceso de Mejoramiento Continuo ha sido creado, los Equipos Naturales de Administración vigilan que se realice el trabajo de conformidad con la metodología, con la experiencia ya desarrollada y con la mentalidad de orientación y de servicio al usuario.

### **FASE No 4. ADMINISTRACIÓN PARA LA MEJORA CONTINUA. ( ver anexo 11)**

Esta es una fase a largo plazo en la que ya el cambio de administración se ha dado, se desempeña la labor con orientación hacia el usuario y a través de equipos de trabajo.

### 3.5.- PLAN DE ACCIÓN DE LA DELEGACIÓN 2 NORESTE DEL D.F.

#### 1.- DIAGNÓSTICO

Elaborar el diagnóstico Organizaciones permite visualizar la realidad del entorno así como reconocer los puntos críticos del sistema, a fin de buscar nuevas alternativas y optimizar a la propia organización, reconocer las fuerzas y debilidades fortalecer cualquier sistema, y ofrecen la oportunidad de utilizarlos en provecho de la misión.

El diagnóstico es el resultado del análisis de la información de cada una de las áreas delegaciones, que al interactuar conforman un sistema que se orienta a la consecución de una misión determinada y que debe ser clara para cada uno de los integrantes de la organización.

El diagnóstico es un ejercicio administrativo que examina los recursos Institucionales, las metas obtenidas y los factores que contribuyen o entorpecen los resultados obtenidos, así mismo identifica que tan cerca o lejos se esta de cumplir con la misión y satisfacer a los derechohabientes.

#### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DELEGACIÓN

##### Servicios otorgados:

- A. Médicos.-** Los factores de índole demográfico y económico deben ayudar a prever los posibles problemas a los que se va a enfrentar la seguridad social y en esta nos referimos al IMSS y en particular a la delegación No. 2 noreste del D.F. para los cual es importante contar con antecedentes que nos permitan planear las acciones a desarrollar, encaminadas a los servicios de atención médica que demande la población usuaria.

##### Principales conceptos en demanda de servicios médicos:

<u>CONCEPTOS</u>	<u>1993</u>	<u>1994</u>
<b>Consultas</b>		
• Medicina Familiar	1 689, 689	2 344, 298
• Especialidades	877, 388	1 153, 458
• Urgencias	531, 424	708, 318
• Dental	117, 332	168, 144
• Total	<b>3 215, 833</b>	<b>4 374, 218</b>
<b>Intervenciones Quirúrgicas</b>	63, 410	64, 514
<b>Estudios de laboratorio</b>	8 191, 826	10 647, 840
<b>Estudios de Rx.</b>	543, 382	1 086, 764

**B.- PRESTACIONES SOCIALES**

Alumnos con inscripción en C.S.S.	3, 910
Alumnos con inscripción en actividades artísticas	574
Alumnos con inscripción en actividades deportivas	10, 392
Guarderías:	
Niños inscritos	8, 206

**C.- INFRAESTRUCTURA**

La delegación cuenta para atender a la población usuaria con:

**UNIDADES MÉDICAS**

• PRIMER NIVEL	11
• SEGUNDO NIVEL	05
• TERCER NIVEL	06
CONSULTORIOS	682
CAMAS CENSABLES	2, 323
CAMAS NO CENSABLES	725
SALAS DE OPERACIÓN	50
SALAS DE EXPULSIÓN	10
PEINES DE LABORATORIO	158
SALAS DE RAYOS "X"	53
GUARDERÍAS	14
TIENDAS	1
AMBULANCIAS	15
TRANSPORTE DE PERSONAL	54
CENTROS DE SEG. SOCIAL	5
UNIDAD DEPORTIVA	1
CENTRO DE ARTESANÍAS	1
TEATROS	5

**D.- FACTORES INTERNOS.****FUERZAS:**

- Diagnóstico organizacional
- Programas de capacitación
- Programas de mejora continua

- Plantilla autorizada, cubierta al 95%
- Equipos naturales de administración integrados
- Sistema presupuestal
- Patrones con 96% de recuperación oportuna

#### **DEBILIDADES:**

- Atención de requerimientos extraordinarios excesivos
- Actualización inoportuna del pago de cuotas
- Facultades limitadas en la celebración de convenios
- Promedio en días estancia elevado en primer y segundo nivel
- Elevado número de intervenciones quirúrgicas por sala
- Desactualización de dotaciones fijas en las unidades médicas

#### **E.- FACTORES EXTERNOS.**

##### **OPORTUNIDADES:**

- Durante los últimos cinco años la cobertura poblacional en seguridad social se ha incrementado de un 40% en 1990 a un 72% en el año de 1994
- Por otra parte la cobertura de aseguramiento respecto a la población económicamente activa ha ido en aumento del 30% en el año 1990 a un 67% en el año de 1994. En tanto que los asegurados y cotizantes durante este mismo periodo disminuyó en un 9.97% los primeros y los segundos en un 4.66%
- El comportamiento de las disminuciones que se da es favorable a la delegación No. 2 así como los incrementos en algunos rubros, representan las oportunidades que se han desarrollado dentro de esta sede delegacional para apoyar el bienestar y la seguridad social de nuestros usuarios.

##### **AMENAZAS:**

- Los derechohabientes demandaron aumento en las consultas de 1.54%; estudios de laboratorio a un 53.17%; radiodiagnóstico en un 23.69%; y una disminución en intervenciones quirúrgicas .6%.
- La tasa de mortalidad en atención hospitalaria por cada 100 egresos en 1993 era de 2.7% y en 1994 aumentó en un 3.9%
- La tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos, en 1993 era de 19 y en 1994 aumentó a 33.

**B.- El Equipo Natural de Administración se integrará según corresponda el área o servicio, y estará conformado por:**

**Ejemplo (área médica en U.M.F.'s)**

El Delegado  
El Jefe de Servicios Médicos Delegacional  
Los Directores de las U.M.F.'s

**Ejemplo (área de guarderías)**

El Delegado  
El Jefe de Servicios de Prestaciones Sociales  
Los Directoras de Guarderías

**C.- El Equipo de Proyecto se integrará según corresponda el área o servicio, y estará conformado por:**

**Siguiendo con los mismos ejemplos (área médica y área de guarderías)**

**Médica**

El Jefe de Servicios Médico Delegacional  
Los Directores de las U.M.F.'s .

**Guarderías**

El Jefe de Servicios de Prestaciones Sociales  
Las Directoras de Guarderías.

**8.- TAREAS**

Del análisis de la fuerzas y debilidades, así como de las expectativas del derechohabiente, podemos determinar lo siguiente:

- A. Mejorar la calidad de la atención, enfocando los proyectos de mejora sobre:
- El tiempo de espera
  - El diferimiento de la consulta
  - Lograr el equilibrio financiero delegacional
- B. Existen campos de oportunidad y desarrollo para cumplir nuestra misión:
- Atención directa a pensionados, asegurados y patrones
  - Prestaciones Sociales
  - Área Médica
- C. La estructura técnica administrativa se considera un apoyo para el cumplimiento de objetivos, por lo que desarrollar la interacción y el trabajo en equipo se considera prioritarios.

- D. La capacitación y desarrollo de los trabajadores es el factor primordial para lograr los objetivos.
- E. Desarrollar líderes que promuevan la participación y el desarrollo fundamental para lograr la mejora continua.
- F. Reforzar el proceso metodológico de los equipos de proyecto, es fundamental para obtener resultados confiables.
- G. Regularizar el abasto en cada una de las unidades, promoviendo una participación directa entre las áreas.

### 9.- INDICADORES

- Atención y trato al *derechohabiente*
- Tiempo de atención
- Capacitación técnica
- Información
- Capacidad física y recursos humanos
- Suministro de medicamentos y recursos
- Satisfacción con el servicio

#### 3.5.1.- AVANCES DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA DELEGACIÓN No. 2 DEL D.F.

Se registraron 93 proyectos de mejora continua que influyen en los indicadores detectados con mayor problemática. Para estos proyectos se integraron:

El Comité Directivo Delegacional, 113 Equipos Naturales de Administración, 104 Equipos de Proyecto de, las 22 Unidades Médicas, 15 Guarderías, 2 subdelegaciones, 6 Jefaturas de Servicios Delegacional, del Departamento de Orientación al Derechohabiente y de Auditoría Interna.

Algunos de los proyectos influyen en dos o más indicadores en virtud de que en algunas de la Unidades se consideró necesario la integración de la problemática por tener una base común, por lo que en el siguiente cuadro se hace referencia a los proyectos que *inciden con los indicadores*.

INDICADOR	No. DE PROYECTOS QUE INCIDEN
• Atención y trato al <i>derechohabiente</i>	22

• <i>Tiempo de atención</i>	12
• <i>Capacitación Técnica</i>	13
• <i>Información</i>	12
• <i>Capacidad Física y Rec. Hum</i>	6
• <i>Suministro de medicamentos y recursos</i>	3
• <i>Satisfacción con el servicio</i>	25



## **CAPÍTULO 4.- PROCEDIMIENTO Y EVALUACIÓN.**

### **INTRODUCCIÓN**

Ante esta nueva etapa de superación y modernización que se lleva a cabo en el IMSS, se hace necesario la mejora continua de los procesos técnicos - administrativos, a través de la conformación de Equipos de Proyecto, que son los que llevan a cabo los proyectos de mejora , están integrados en cualquiera de los niveles de la organización del Instituto por funcionarios, analistas y empleados en general de un mismo y/o diferentes departamentos, oficinas y/o áreas.

Bajo el enfoque de mejora de los procesos se analizan las principales actividades de trabajo, de tal suerte que cada actividad por pequeña que sea es visualizada como parte de un proceso que se lleva a cabo en nuestra organización para proporcionar servicios con calidad.

En este capítulo de procedimiento y evaluación expondré mi aportación como psicóloga , la cual consiste en proporcionar al personal del instituto una metodología que permita mejorar continuamente los procesos técnicos-administrativos.

*El capítulo se desarrollará de la siguiente manera:*

En el primer tema describiré la metodología para mejorar los procesos técnicos - administrativos del IMSS. Se consideró que con esta metodología se puede afectar hacia un cambio favorable en las actitudes ante el trabajo del personal, lo que redituará en beneficio del usuario interno como del externo.

En el segundo tema enunciaré el fundamento teórico de la metodología, la cual se conformó de los promotores más importantes de la calidad total, KAORU ISHIKAWA, JOSEPH M. JURAN, EDWARDS DEMING y PHILIP B. CROSBY, ya que todos ellos coinciden en la importancia de trabajar muy de cerca con el proceso y donde se crean grupos de trabajo para la resolución de problemas.

Por último en el tercer tema, aplicaré y evaluaré la metodología para mejorar un proceso técnico-administrativo en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS.

## **TEMA 1.- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA MEJORAR LOS PROCESOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVO EN EL IMSS.**

En este tema se dará a conocer la metodología de trabajo a seguir, como una propuesta para que se inicie la participación en una filosofía de trabajo que permita tener cada día, un reto al empezar y un logro al terminar, en la búsqueda permanente de la mejora de los procesos de trabajo en la que seamos integrantes o responsables.

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar, mejorar e implantar los procesos técnicos - administrativos basados en enfoques de calidad, de manera que el Instituto esté en condiciones de proporcionar consistentemente a sus usuarios la satisfacción y la confianza de que están recibiendo el servicio a que tienen derecho.

### **FASE I. ENFOCAR**

**Objetivo específico.-** Identificar y otorgar prioridades a procesos importantes en apoyo a la misión del equipo de proyecto de mejora.

#### **Principales actividades:**

1. Determinar el nombre del proceso
2. Enunciar los nombres de los integrantes del equipo de proyecto
3. Desarrollar la misión
4. Elaborar el objetivo general del equipo de proyecto
5. Elaborar los objetivos específicos del equipo de proyecto
6. Describir los antecedentes y situación actual del proceso a mejorar

**Producto:** El proceso para mejorar.

### **FASE II. DEFINIR**

**Objetivo específico.-** Propiciar un entendimiento común del flujo del proceso , desarrollar las mediciones apropiadas y establecer los límites de responsabilidad.

#### **Principales actividades:**

7. Hacer diagrama de flujo del proceso
8. Definir los estándares o indicadores
9. Identificar con qué mediciones se cuenta
10. Decidir qué gráfico de control se empleará

11. Dibujar los datos conforme se van reuniendo en el gráfico de control seleccionado  
 12. Analizar datos y buscar señales de problemas, empleando las herramientas técnicas para el análisis del problema

**Productos:** Diagrama de flujo, estándares o indicadores , gráficos de control y herramientas técnicas.

### FASE III. ANALIZAR

**objetivo específico.-** Utilizar mediciones para entender el comportamiento del proceso con respecto a todos los requerimientos del usuario.

**Principales actividades:**

13. - Optimizar el proceso ( usuario )
14. - Evaluar el comportamiento del proceso:
- **Si el proceso no es consistente:**  
 Analizar las causas de la inconsistencia utilizando las herramientas técnicas
  - **Determinar si el proceso es consistente pero no aceptable:**  
 En un diagrama de Pareto grafique las causas  
 Realice el análisis en un diagrama causa-efecto sobre la barra más grande del diagrama de Pareto

**Producto:** Encuestas para la adecuación al uso y el comportamiento real del proceso en el gráfico de control.

### FASE IV. MEJORAR

**Objetivo específico.-** Intensificar el desempeño del proceso para la satisfacción del usuario.

**Principales actividades:**

15. Mejorar el proceso:
- **Si el proceso es consistente y aceptable:**  
 Mantener el proceso en la gráfica  
 Observar el proceso
  - Revisar el procedimiento cuando sea necesario

**Producto.-** Proceso mejorado en el gráfico de control.

## TEMA 2.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La propuesta de la estructura metodológica se sustenta en la satisfacción de las necesidades y las expectativas del usuario como el principal elemento sobre el que deben girar las acciones de mejora. El análisis de procesos requiere de un sentido de ubicación, es decir, saber para que estamos (misión), que hacemos (servicios), como lo hacemos (procesos) y para quién (usuarios), así como una actividad positiva hacia el cambio, para conocer, analizar y adecuar nuestros procedimientos de trabajo a las necesidades y expectativas de los usuarios.

Comenzaré diciendo que la Mejora Continua es un camino a la calidad total, que busca la superación constante para satisfacer las necesidades del usuario, se da de manera individual o a través de equipos de proyecto, . Implica Mejorar todos los servicios y todos los procesos de la Institución en forma permanente.

( Curso de Formación de Facilitadores, 1993).

En la mayoría de las cosas que hacemos está involucrado un proceso. Se entenderá por proceso a la serie de acciones relacionadas entre sí, dirigidas al logro de un objetivo y que transforman las entradas o insumos en productos o servicios. (Juran,1990, p. 151)

El manejo de un carro implica un proceso que empieza cuando entramos al carro, insertamos la llave de encendido y movemos la palanca de velocidades. Es importante entender que todo proceso tiene una serie de influencias (gente, maquinaria, métodos, materiales y mediciones) que se combinan para hacer único cada producto o servicio del proceso. Esta variación en el producto es el resultado natural de cambios que ocurren en la combinación de influencias cada vez que el proceso se efectúa. Por ejemplo el tiempo que toma a un carro para llegar del punto A al punto B depende de quién maneje (persona), el carro (máquina), los hábitos de quién maneje (método), y la gasolina que el carro está consumiendo (materiales).

Cuando decimos que un proceso es crítico es por que tiene fallas que presentan peligros graves a la vida, salud y al medio ambiente, o el riesgo de perder grandes cantidades de dinero, éstas regularmente se identifican en las salidas. (Juran,1990, p. 205)

Algunos criterios para su identificación son:

- Mayor número de quejas
- Menor número de metas
- Mayor gasto de recursos
- Menor productividad
- Mayor cantidad de errores
- Mayor cantidad de desperdicios
- Mayor cantidad de retrabajo ( repetición de trabajo )
- Mayor frecuencia de conflictos interpersonales

Para poder mejorar los procesos se requiere de trabajar en equipo ya que ayuda a reducir y mejorar la calidad; así como a desarrollar habilidades para resolver problemas.

En el equipo de trabajo se comparten propósitos, metas comunes, se buscan opiniones y se toman decisiones por consenso, además existen canales de comunicación abiertos y el liderazgo es compartido.

El análisis del proceso lo realiza un equipo de trabajo, cuyos integrantes son dueños o participantes del mismo proceso, dado que son ellos los que lo conocen, para ello, hacen uso de una serie de herramientas técnicas:

<b>HERRAMIENTA TÉCNICA :</b>	<b>SE EMPLEA CUANDO:</b>
<b>Diagrama de causa-efecto</b>	Identifica una serie de causas interrelacionadas que llevan hacia un efecto o problema.
<b>Gráfica de pareto</b>	Arregla datos de manera que el elemento más significativo de una serie sea fácilmente identificable
<b>Hoja de inspección</b>	Utilízela cuando necesite reunir datos basados en la observación de las muestras con el fin de detectar tendencias
<b>Histograma</b>	Determina como se distribuyen los datos.
<b>Diagrama de dispersión</b>	Es usado para estudiar la posible relación entre dos variables.
<b>Diagrama de flujo</b>	Diferencia los pasos y secuencia de un proceso.
<b>Gráfico de control</b>	Conocer la variabilidad de un proceso (estadísticamente)

( Kelly , 1992 ).

## Identificación del problema - Análisis del problema

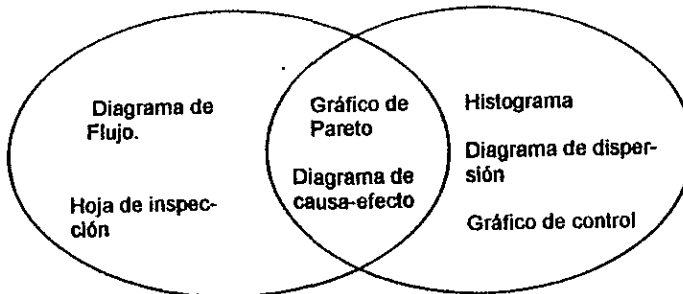


Diagrama de Venn. " Manual de herramientas... p.2".

Una vez analizado el proceso, los integrantes del equipo hacen propuestas de mejora, que pueden ser dirigidas a la estructura o al proceso, y van desde formas de control o simplificación del proceso.

Se dan a conocer las propuestas a las autoridades correspondientes, se evalúa su viabilidad y, si son factibles, se aplican y el equipo monitorea en forma permanente los resultados.

La metodología propuesta se fundamenta en los teóricos de la calidad total, Joseph M. Juran, Edwards Deming, Philip B. Crosby y Kaoru Ishikawa, a continuación se describe:

**Juran.-** En el diagrama de la Trilogía de Juran, específicamente en el proceso de la Mejora de la Calidad, hace mención de que primero se debe de establecer la infraestructura funcional para la implementación de la calidad, posteriormente se deben identificar los proyectos de mejora y por último la selección y **nominación del proyecto**, se realizará consultando a todas las áreas y tomando en cuenta la prioridad de los problemas a resolver, así como sus posibilidades de resolución en un corto o largo plazo, **(punto 1 de la metodología)**. (Juran,1990, pp 44-55)

**Juran.-** Se debe de **identificar a los integrantes de los equipos** para la mejora de los proyectos, los cuales se designan para cada proyecto seleccionado. Se entenderá como " proyecto " al problema que se tiene que resolver. El equipo, será de 8 a 10 personas generalmente, el cual tiene la responsabilidad de concluir el proyecto. **(punto 2 de la metodología)**. ( Juran,1990, p 53)

**Juran**, menciona que para cada proyecto seleccionado, se debe elaborar la **misión** es decir la razón de ser, la misión brinda un sentido de ubicación, de responsabilidad y marca el inicio de una serie de acciones encaminadas a lograr el mejoramiento continuo en los procesos de trabajo (**punto 3 de la metodología**). (Juran, 1990, pp. 2, 203) (Juran, 1990, pp. 44-55)

**Juran**, La declaración de la misión **establecerá el objetivo general y los objetivos específicos** del proyecto (**puntos 4 y 5 respectivamente de la metodología**). (Juran, 1990, pp. 124, 224-228)

**Juran**, define el control de calidad como un proceso de gestión durante el cual se evalúa el comportamiento real con los objetivos de calidad establecidos y se actúa sobre las diferencias (**punto 6 de la metodología**). (Juran, 1990, p. 154)

**Juran**, dice que la forma más eficaz de identificar a los clientes consiste en seguir el producto para ver sobre quién repercute. Se define al "cliente" como cualquier persona sobre la que repercute. Para seguir el producto hacemos uso de una herramienta fundamental para planificar, el **diagrama de flujo**.

El **diagrama de flujo** es un medio gráfico para describir las etapas de un proceso (**punto 7 de la metodología**). (Juran, 1990, pp. 17-20)

**Deming**, también hace referencia a que el primer paso que da un equipo que está buscando maneras de mejorar un proceso es trazar un diagrama de flujo de ese proceso. Se considera que no es posible mejorar un proceso, a menos que todos entiendan en qué consiste ese proceso y se pongan de acuerdo al respecto. El **diagrama de flujo** constituye un método extremadamente útil para delinear lo que está sucediendo. Una forma de empezar es determinar cómo debe funcionar el proceso, para luego trazar en forma gráfica como está funcionando en realidad. Al proceder de esta manera, se pueden descubrir de inmediato fallas tales como la redundancia, la ineficiencia o las malas interpretaciones. (**punto 7 de la metodología**). (Deming, 1986, p. 112)

**Juran**, resume diciendo que la precisión en asuntos de calidad exige que lo digamos con números. Para decirlo con números hace falta, para cada característica de la calidad, una unidad de medida y un sensor. Necesitamos unas definiciones precisas para todas las unidades de medida. Existen múltiples tipos de unidades de medida. (**Punto 8 de la metodología**). (Juran, 1990, pp.63-73)

**Juran**, define al **estándar** de la calidad (norma de calidad), como un modelo de calidad que se ordena seguir. Otros estándares se establecen, en un principio, por consenso mutuo. Una vez que se han establecido, éstos estándares tienden a tener la fuerza de un mandato. El alejamiento de los estándares reduce la comerciabilidad del producto o servicio. (**punto 9 de la metodología**). (Juran, 1990, pp. 125,189)

**Crosby**, en su metodología , específicamente en el tercer paso menciona el establecimiento de indicadores para la medición de la calidad , que "se deberán establecer **indicadores** para cada área de actividades donde éstas no existan, y revisarlos donde sí existan". Se define a los indicadores como, instrumentos que se conforman de relaciones cuantitativas entre dos cantidades que corresponden a un mismo fenómeno o fenómenos diferentes, nos permiten visualizar la tendencia y/o desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional. El estado de calidad es registrado para mostrar dónde es necesaria la acción correctiva y más tarde, para documentar mejoras reales. **(punto 9 de la metodología)**. (Crosby, 1991, p. 109)

Un aspecto importante de la filosofía de **Deming** es la necesidad del control estadístico "El control estadístico no implica la ausencia de artículos defectuosos. Esto es una situación de variación azarosa, en la cual los límites de variación son predecibles".

Cuando Deming popularizó el uso de la estadística aplicada para el control de los procesos industriales en el Japón destruido por la guerra no inventó la calidad total, la redescubrió. Curiosamente, ni las técnicas ni las herramientas del control total de la calidad fueron, al menos en sus formulaciones originales, una aportación Japonesa.

Por otro lado menciona, que es necesario que toda la gente que ocupa cargos administrativos, o que trabajan en las organizaciones de servicio de la empresa, se capaciten en técnicas estadísticas sencillas pero poderosas **(puntos 10 hasta el 15 de la metodología)**. ( Deming, 1986, p. 107)

**Ishikawa** también establece para controlar la calidad, siete herramientas estadísticas que son:

1. Cuadro de pareto
2. Diagrama causa-efecto
3. Estratificación
4. Hoja de verificación
5. Histograma
6. Diagrama de dispersión
7. Gráficas y cuadros de control

Las siete herramientas llamadas indispensables para el control de calidad, deben ser usadas por todo el personal desde el director de la organización hasta los trabajadores de línea. Según la propia experiencia de Ishikawa, hasta un 95 % de los problemas de una organización se pueden resolver con estas herramientas **(puntos 10 hasta el 15 de la metodología)**. ( Ishikawa, 1986, pp. 192-193)



## **TEMA 3.- APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA METODOLOGÍA PARA MEJORAR UN PROCESO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO EN UNA UNIDAD MÉDICA DEL IMSS.**

### **FASE I. ENFOCAR**

#### **ACTIVIDADES:**

#### **1. DETERMINAR EL NOMBRE DEL PROCESO:**

- Atención y trato al derechohabiente y beneficiarios en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar por parte de la Asistente Médica.

#### **2. INTEGRANTES DEL EQUIPO DE PROYECTO:**

- Jazmín Merino Flores
- Ma. Del Carmen Figueroa Roa
- Virginia Fortiz Norato
- Elvia Flores González
- Ma. Elena Moreno Vera
- Ma. Luisa Cristera Guzmán

#### **3. DESARROLLAR LA MISIÓN:**

- Otorgar atención médica integral con oportunidad, calidad y calidez, para contribuir a la mejora de la calidad de vida tanto de los derechohabientes como de sus beneficiarios

#### **4. ELABORAR EL OBJETIVO GENERAL DEL EQUIPO DE PROYECTO:**

- Promover el cambio de actitud en las Asistentes Médicas, hacia una nueva cultura de mejora continua en el servicio de consulta externa.

#### **5. ELABORAR OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL EQUIPO DE PROYECTO:**

- Identificar las causas que generan una inadecuada atención por parte de la Asistente Médica.
- Lograr la mayor satisfacción de la Asistente Médica al realizar sus actividades de manera más asertiva y plena mediante la satisfacción del derechohabiente y beneficiarios
- Lograr una mejor atención con oportunidad, calidad y calidez hacia el derechohabiente y beneficiarios.

- Conocer la opinión del derechohabiente y beneficiarios sobre el servicio que proporciona la Asistente Médica.
- Reducir las quejas provocadas por la mala atención

## 6. DESCRIBIR LOS ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO:

### A. ANTECEDENTES:

En el quehacer cotidiano de las unidades de medicina familiar lo primero que ocurre es "el contacto" azaroso entre el cliente (usuario) y la persona de la organización con quien primero tropieza. Esta es lo que los expertos en Calidad denominan, por su trascendencia, "el momento de la verdad". Es el instante, aquel, en el que como en una impronta, se le dice en lenguaje elocuente y silencioso, al que recién llega, si hay o no organización en la Unidad de Medicina Familiar, qué tan compleja es y dentro de ella qué lugar ocupa el usuario. En ese primer contacto, lo más importante y lo que eventualmente incorpora Calidad al servicio, es el buen trato. (Carzon, 1991)

Aun cuando es difícil definir qué es buen trato en todos los confines en que normalmente ocurren los instantes de la verdad, todos estamos de acuerdo en que, en una institución en donde se atiende a las personas las cuales, careciendo de salud, solicitan ayuda, ahí se necesita de la mirada receptiva de la persona que les asiste. En esos casos, "buen trato", empieza por significar respeto a la persona y al sufrimiento que porta. En segunda instancia es una actitud de atención dirigida a la persona, solicita lo que expresa o reclama. Actitud participativa que se hace manifiesta, primero, en la mirada, luego en el lenguaje corporalmente en los ademanes que como signos luminosos transmiten confianza y comprensión. Esa buena imagen y buen trato debe instalarse en todos y cada uno de los que forman parte del personal al servicio de los usuarios, independientemente del rango o función que se desempeñe. Por ello este grupo se incorporó al Plan Institucional de Mejora Continua con un proyecto que de entrada pone énfasis en el cambio de actitud del personal de Asistentes Médicas para generar un clima laboral sincero y afectuoso. En el cual todos participemos imaginativa y creativamente para la mejora continua de dicho proceso, orientado por las necesidades reales, de ellos y a los cuales haremos participar a través de encuestas, y otras actividades tendientes a mejorar las relaciones de los usuarios con los prestadores de servicio (Asistentes Médicas) a la búsqueda de la plena satisfacción compartida por la atención que se recibe y por la labor que se realiza.

El producto de vivencias y experiencias en las Unidades de Medicina Familiar ha proporcionado los conocimientos sobre la productividad de los servicios identificando que los modelos vigentes satisfacen los preceptos normativos más que a los de los derechohabientes y beneficiarios, por lo que, aún no se ha logrado la satisfacción de los usuarios ni la de los prestadores de los servicios.

Los procesos de los servicios de las Unidades de Medicina Familiar requieren romper viejos paradigmas para propiciar cambios que den lugar a la formación de nuevos paradigmas que contengan acciones de Mejora Continua que redunden en la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, que propicie el desarrollo de la organización de las Unidades de Medicina Familiar y la optimización y mejor encauzamiento de los recursos para satisfacer las demandas de atención, identificar objetivamente las necesidades de salud de la población derechohabiente y planear acciones factibles y viables para su realización y con ello lograr la plena satisfacción de los usuarios y consecutivamente de los prestadores de servicios.

Por lo que es preocupación constante de la Delegación otorgar atención médica oportuna a todos los derechohabientes que lo requieran, para lograrlo se considera indispensable identificar los procesos que realiza la Institución y que tienen como salida "ATENCIÓN MÉDICA" los mas representativos son

- Consulta Médica en Unidades de Medicina Familiar
- Consulta Médica en Hospitales General de Zona
- Consulta Médica en Hospitales de Especialidad
- Hospitalización
- Intervenciones Quirúrgicas
- Estudios de laboratorio y gabinete
- Atención en el servicio de urgencias
- Tratamiento y rehabilitación
- Programas de fomento a la salud

Después de analizarlos y a través del consenso, el equipo natural de administración (E.N.A.) de la delegación 2 Noreste del D.F. definió que el equipo de proyecto analizara y mejorara el proceso de "atención y trato al derechohabiente y beneficiarios en consulta médica externa en Unidades de Medicina Familiar por parte de la Asistente Médica"

Las razones que se consideraron para apoyar la investigación y análisis del proceso seleccionado son:

- Que este nivel de atención representa el mayor porcentaje de pacientes que asisten a solicitar consulta.
- Que es el primer contacto del derechohabiente con el personal del Instituto y del resultado de este contacto, depende que el derechohabiente se forme una imagen positiva o negativa de los servicios de las Institución
- El servicio con la generación de más quejas es el de consulta externa

## B. SITUACIÓN ACTUAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, orientado al bienestar individual y colectivo del hombre y a pesar de sus fallas, es líder en su género tanto a Nivel Nacional como en América Latina.

- **Sus principales beneficios:**

La asistencia médica, de amplia cobertura, para el trabajador y sus beneficiarios  
 La protección de los medios de subsistencia y  
 La protección de la familia ante los riesgos y adversidades.

- **Sus inconsistencias:**

Tener una estructura muy compleja y rígidamente piramidal con gran influencia sobre los procesos, cuyo flujo frecuentemente se hace recurrente con acciones que poco o nada benefician al producto final.

- **Su esperanza:**

Que el personal esté dispuesto, si se le sabe inducir a la Misión y si se le apoya, con el buen ejemplo, a un cambio de madurez orientado a la Mejora Continua.

- **Amenazas:**

La privatización de los servicios  
 Los despidos masivos de trabajadores de empresas en quiebra, afectan gravemente su sistema de financiamiento.

- **Debilidades:**

Empresarios y trabajadores se quejan de la mala calidad de los servicios en las Unidades de Medicina Familiar que otorga a los usuarios.  
 Hasta la fecha no hay indicadores prácticos, confiables y sensibles para estimar el grado de satisfacción de los usuarios.  
 Desmotivación o falta de interés del personal.

- **Fuerza:**

La principal fuerza, del IMSS, está en su personal.

- **Oportunidad:**

El déficit financiero y la presencia real de otros sistemas de aseguramiento, competitivos a nivel privado, ponen en jaque la subsistencia de nuestra fuente de

trabajo que además de ser una amenaza puede transformarse en un acicate y una oportunidad para el cambio hacia la calidad.

- **Qué queremos hacer:**

La revisión de los procesos con el fin de analizar su problemática y luego buscar, alternativas de solución de mejora.

Integrar equipos de mejora en todas las Unidades de Medicina Familiar de la Delegación 2.

Consolidar en términos accesibles para todos, un concepto práctico de lo que es en nuestro ramo Mejora Continua, nuestra Misión y nuestra Visión.

*Calidad para atender y entender a las personas y satisfacer de la mejor manera posible, con los medios a nuestro alcance sus necesidades y expectativas, en un ambiente de sana cordialidad.*

**Producto: El proceso para mejorar “Atención y trato al derechohabiente y beneficiarios en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar por parte de la Asistente Médica”**

## **FASE II. DEFINIR**

### **ACTIVIDADES:**

## **7. HACER DIAGRAMA DE FLUJO**

A continuación se presenta el diagrama de flujo del proceso "Atención y trato al derechohabiente y beneficiarios de consulta externa ". (ver siguiente página)

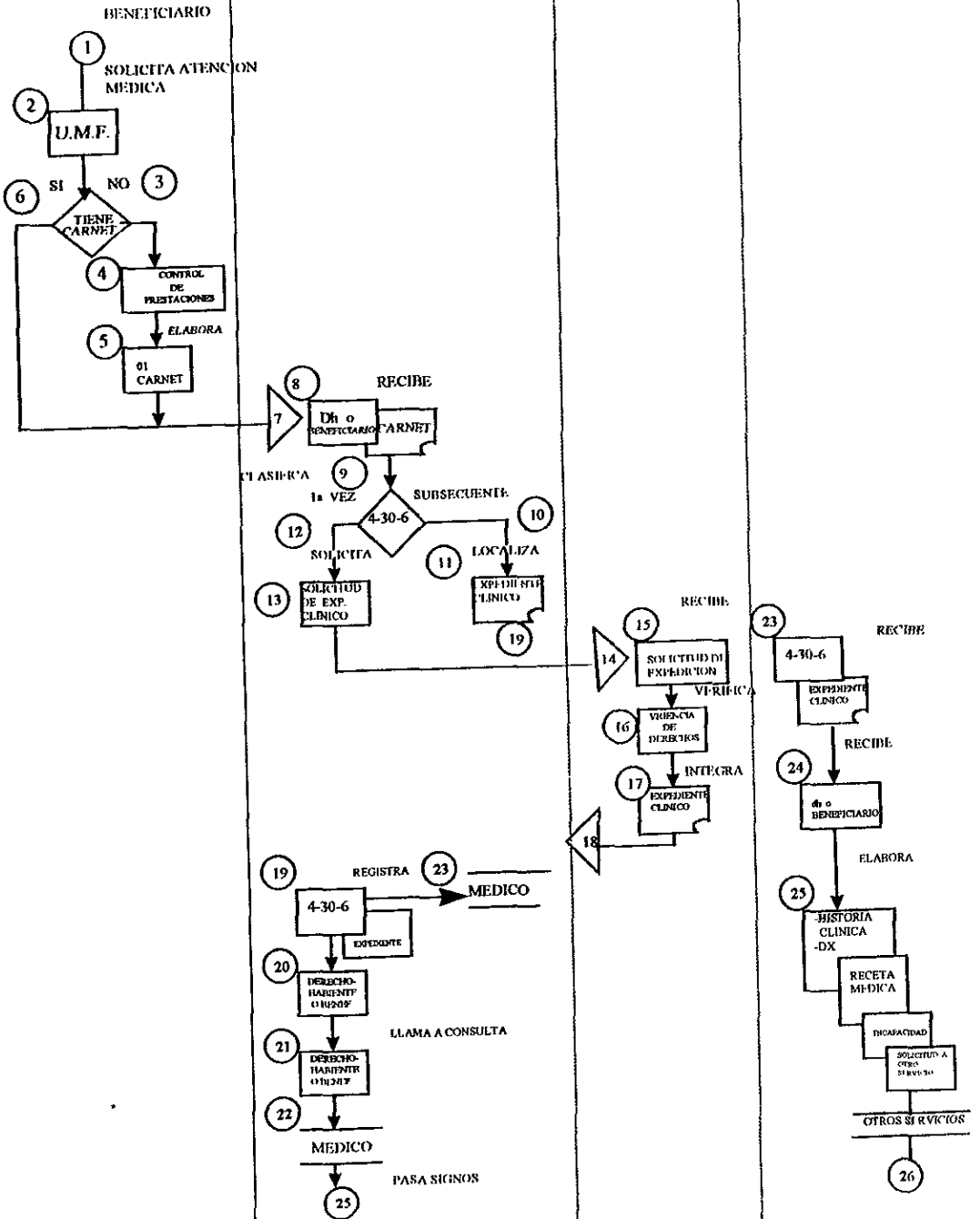
### DIAGRAMA DE FLUJO

DERECHOHABIENTE

ASISTENTE MEDICA

CONTROL DE PRESTACIONES

MEDICO



## **8. DEFINIR ESTÁNDAR DE MEDICIÓN .**

### **ESTÁNDAR:**

Se tomará como medida estándar reducir el 30% de las quejas verbales.

#### **A. Número de quejas verbales.**

Los datos obtenidos corresponden a los meses de enero a septiembre del año de 1996 (9 meses), y de nueve de las once Unidades de Medicina Familiar pertenecientes a la Delegación 2 Noreste del Distrito Federal.

#### **B. Encuestas estructuradas y dirigidas a los derechohabientes y beneficiarios para evaluar la atención y trato de la Asistente Médica.**

## **9. IDENTIFICAR CON QUÉ MEDICIONES SE CUENTA:**

Se determinó que para poder evaluar el comportamiento del proceso se tomarían los siguientes datos para su medición:

- Número de quejas verbales por mes
- Encuestas aplicadas a los derechohabientes y beneficiarios

## **10. DECIDIR QUÉ GRÁFICO DE CONTROL SE UTILIZARÁ:**

Se determinó utilizar el gráfico de control "c" debido:

- A que esta gráfica puede evaluar la entrada o salida de un proceso por un conteo de número de defectos (quejas verbales) en una área, servicio, unidad, espacio o tiempo definido
- La unidad de inspección es la cantidad de material o tiempo; en este caso será de tiempo.

## 11. DIBUJAR LOS DATOS CONFORME SE VAN REUNIENDO EN EL GRÁFICO DE CONTROL SELECCIONADO:

1.- Calcular:

a) Línea Central =  $\bar{c}$

$$\bar{c} = C_L = \frac{\text{No. Total de defectos ( quejas)}}{\text{No. Total de Subgrupos ( Unidades de Medicina Familiar )}}$$

b) Límite Superior de Control =  $LSC_c$

$$LSC_c = \bar{c} + \sqrt{3 \bar{c}}$$

c) Límite Inferior de Control =  $LIC_c$

$$LIC_c = \bar{c} - \sqrt{3 \bar{c}}$$

2.- Sustituir:

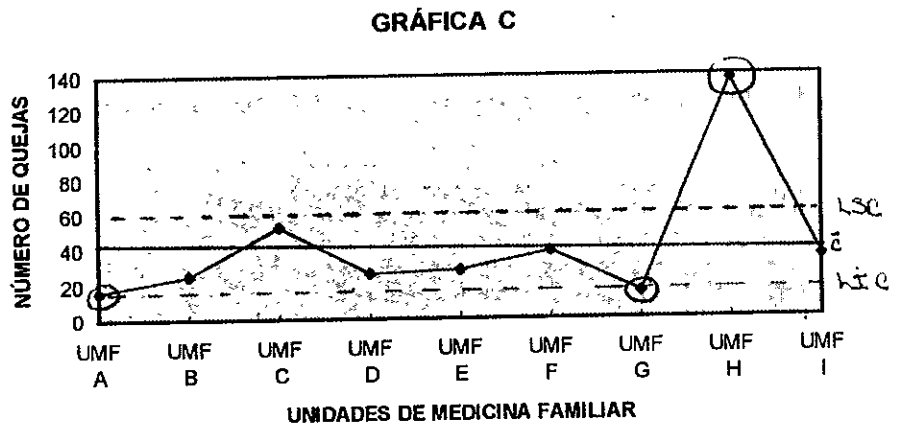
$$\bar{c} = \frac{374}{9} = 41.5$$

$$\begin{aligned} LSC_c &= 41.5 + \sqrt{3 \cdot 41.5} \\ &= 41.5 + 3 (6.4420) \\ &= 41.5 + 19.326 \\ &= 60.82 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} LIC_c &= 41.5 - \sqrt{3 \cdot 41.5} \\ &= 41.5 - 3 (6.4420) \\ &= 41.5 - 19.326 \\ &= 22.17 \end{aligned}$$



## 3.- Graficar:



**12. ANALIZAR DATOS Y BUSCAR SEÑALES DE PROBLEMAS EMPLEANDO HERRAMIENTAS TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DEL PROBLEMA:**

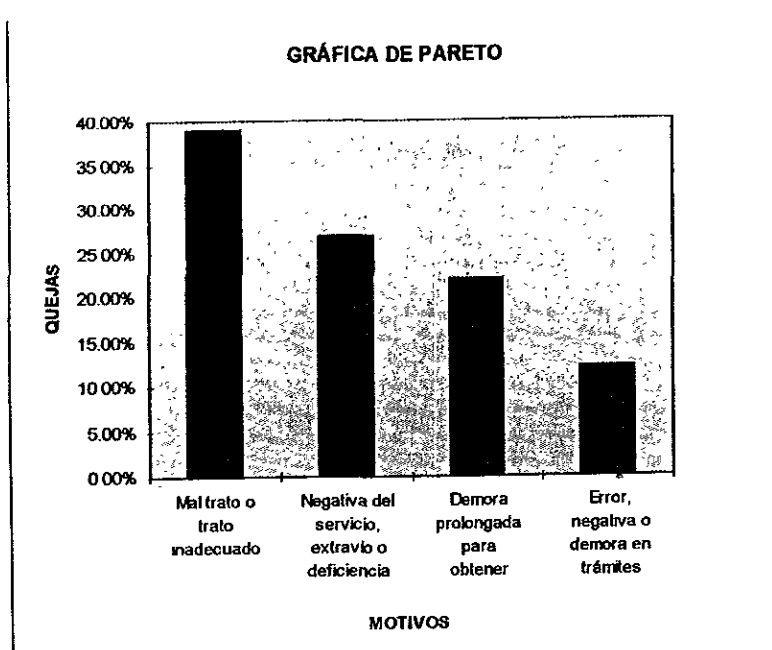
Se analizó la gráfica c encontrándose inconsistente porque :

- Hay un punto por arriba del límite superior de control
- Hay dos puntos por abajo del límite inferior de control

Del análisis de la gráfica "c" se observó que se identifican un punto que sale del límite superior y dos del límite inferior de control, correspondientes a la Unidades de Medicina Familiar No. 6 y las No. 14 y 35 respectivamente.

Variables:	A	B	C	D	E	F	G	H	I
No. De U.M.F.	14	3	34	36	37	11	35	6	23

Con base en lo anterior el equipo decidió investigar los motivos de las quejas verbales captadas durante los nueve meses determinados, de la U.M.F. No. 6 que fué la Unidad que presentaba mayor número de quejas. Para lo cual se elaboró una gráfica de Pareto mostrando la frecuencia de las causas de quejas verbales de los usuarios de la U.M.F. No. 6



Se encontró que las causas principales se atribuyen en orden decreciente de frecuencia a:

- A. Maltrato o trato inadecuado
- B. Negativa del servicio, extravío o deficiencia en el envío de documentos
- C. Demora prolongada para obtener servicios
- D. Error, negativa o demora en trámites

Una vez graficados los motivos de las quejas de la U.M.F No.6 en el gráfico de Pareto, se decidió enfocar la atención a la causa de maltrato o trato inadecuado para su mejora ya que fue la que obtuvo la frecuencia más elevada en esta gráfica, se utilizará la gráfica "u" para analizar, evaluar y mejorar el proceso.

1.- Recolectar toda la información de quejas en Consulta Externa por "Maltrato o trato inadecuado por las Asistentes Médicas "

1 U.I = 100 000

MES	n	c= número de quejas
Enero	0.21952	3
Febrero	0.22914	2
Marzo	0.20438	1
Abril	0.19829	0
Mayo	0.21345	0
Junio	0.23562	4
Julio	0.22860	4
Agosto	0.21879	1
Septiembre	0.20216	1
Total	1.9495	16

2.- Calcular los valores de u para cada c ( queja) y n ( número de consultas otorgadas).

2.1 - Fórmula:

$$u = \frac{c}{n}$$

2.2.- Sustitución para cada c y cada n:

$$u = \frac{3}{.21952} \quad u = 13.6$$

$$u = \frac{2}{.22914} \quad u = 8.7$$

$$u = \frac{1}{.20438} \quad u = 4.8$$

$$u = \frac{0}{19829}$$

$$u = 0$$

$$u = \frac{0}{21345}$$

$$u = 0$$

$$u = \frac{4}{23562}$$

$$u = 16.9$$

$$u = \frac{4}{22860}$$

$$u = 17.4$$

$$u = \frac{1}{21879}$$

$$u = 4.5$$

$$u = \frac{1}{20216}$$

$$u = 4.9$$

### 3.- Tabular los datos obtenidos:

MES	n	c= número de quejas	u
Enero	0.21952	3	13.6
Febrero	0.22914	2	8.7
Marzo	0.20438	1	4.8
Abril	0.19829	0	0
Mayo	0.21345	0	0
Junio	0.23562	4	16.9
Julio	0.22860	4	17.4
Agosto	0.21879	1	4.5
Septiembre	0.20216	1	4.9
<b>Total</b>	<b>1.9495</b>	<b>16</b>	

4. - Trazar los valores de  $\bar{u}$

5. - Calcular y graficar:

5.1.- Línea Central =  $\bar{u}$

$$\bar{u} = \frac{\text{No. Total de defectos ( quejas) en un subgrupo}}{\text{No. Total de unidades de inspección en un subgrupo}}$$

$$\bar{u} = CL = \frac{c}{n}$$

5.2.- Sustitución:

$$\bar{u} = \frac{16}{1.9495} = 8.20723$$

6. - Calcular para cada valor de  $n$  el Límite Superior de Control (  $LSC_u$  ) y el Límite Inferior de Control (  $LIC_u$  ).

Fórmulas:

6.1.- Línea Superior de Control =  $LSC_u$

$$LSC_u = \bar{u} + 3 \sqrt{\frac{u}{n}}$$

Sustitución para cada  $n$  :

$$LSC_u = 8.20723 + 3 \sqrt{\frac{8.20723}{.21952}}$$

$$\begin{aligned}
 &= 8.20723 + 3\sqrt{37.3871} \\
 &= 8.20723 + 3(6.1145) \\
 &= 8.20723 + 18.3435 \\
 &= 26.550
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 LSC_u &= 8.20723 + 3\sqrt{\frac{8.20723}{.22914}} \\
 &= 8.20723 + 3\sqrt{35.1753} \\
 &= 8.20723 + 3(5.9847) \\
 &= 8.20723 + 17.9543 \\
 &= 26.161
 \end{aligned}$$

Continuar con todos los valores de n

#### 7.- Tabular todos los LSC<sub>u</sub>

MES	n	c= número de quejas	u	LSC <sub>u</sub>
Enero	0.21952	3	13.6	26.550
Febrero	0.22914	2	8.7	26.161
Marzo	0.20438	1	4.8	27.218
Abril	0.19829	0	0	26.550
Mayo	0.21345	0	0	26.809
Junio	0.23562	4	16.9	25.912
Julio	0.22860	4	17.4	26.182
Agosto	0.21879	1	4.5	26.581
Septiembre	0.20216	1	4.9	27.322
<b>Total</b>	<b>1.9495</b>	<b>16</b>		

### 8.- Límite Inferior de Control = LIC<sub>u</sub>

Fórmula:

$$LIC_u = \bar{u} - 3 \sqrt{\frac{\bar{u}}{n}}$$

Sustitución:

$$LIC_u = 8.20723 - 3 \sqrt{\frac{8.20723}{0.21952}}$$

$$\begin{aligned} &= 8.2073 - 3 \sqrt{37.3871} \\ &= 8.20723 - 3 (6.1145) \\ &= 8.20723 - 18.3435 \\ &= -10.1362 \quad (\text{Los valores negativos no se toman en cuenta}) \end{aligned}$$

### 9.- Tabular los datos de LIC<sub>u</sub>

MES	n	c= número de quejas	u	LSC <sub>u</sub>	LIC <sub>u</sub>
Enero	0.21952	3	13.6	26.550	0
Febrero	0.22914	2	8.7	26.161	0
Marzo	0.20438	1	4.8	27.218	0
Abril	0.19829	0	0	26.550	0
Mayo	0.21345	0	0	26.809	0
Junio	0.23562	4	16.9	25.912	0
Julio	0.22860	4	17.4	26.182	0
Agosto	0.21879	1	4.5	26.581	0
Septiembre	0.20216	1	4.9	27.322	0
<b>Total</b>	<b>1.9495</b>	<b>16</b>			

Se puede concluir que las causas que tienen mayor impacto en el proceso son:  
 La falta de compromiso, falta de reconocimiento, extravío de expedientes, exceso de demanda, reuniones prolongadas en horas de servicio, distractores, ventas y actividades extra-laborales, no se respeta el tiempo de descanso

### **13.- OPTIMIZAR EL PROCESO, A TRAVÉS DE ENCUESTAS APLICADAS A LOS USUARIOS**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la gráfica "u" se determinó elaborar una encuesta aplicable a los derechohabientes y beneficiarios de la U.M.F. No.6, con el propósito de identificar cuál es la opinión y las expectativas que los usuarios tienen con respecto a la atención y trato al público que proporciona el personal de Asistentes Médicas, esto con el fin de hacer la **adecuación al uso**.

#### **ENCUESTA:**

Para la aplicación de la encuesta se tomaron dos factores a evaluar:

- **Factor eficiencia administrativa medirá:**  
 Puntualidad  
 Funciones Básicas  
 Orden
- **El factor atención y trato al público medirá:**  
 Respeto  
 Cortesía  
 Paciencia

**La aplicación y obtención de los resultados de la encuesta se llevará a cabo en la primera etapa la cual se describe a continuación:**

#### **ETAPA I. Aplicación del instrumento encuesta a los derechohabientes y beneficiarios y sus resultados.**

##### **A.- APLICACIÓN DE LA ENCUESTA**

De un total aproximado de 25,816 derechohabientes, se les aplicará la encuesta a 4,750 de ellos, que corresponde al 18.5% del total, la encuesta se aplicará solamente a 19 Asistentes Médicas de un total de 31, dará como resultado 250 encuestas por Asistente Médica (4,750 /19); 11 del turno matutino y 8 del turno vespertino.

Se aplicará el instrumento de encuesta a los derechohabientes. Durante cinco semanas se encuestarán a los derechohabientes los cuales están relacionados en el formato 4-30-6 que maneja cada Asistente Médica elegida para esta



investigación, siendo 250 encuestas por Asistente Médica al término de las 5 semanas.

#### DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO:

Este cuestionario consta de 13 preguntas de respuesta cerrada, a continuación clasificamos las preguntas del cuestionario de acuerdo al factor al que pertenecen.

#### EFICIENCIA ADMINISTRATIVA:

Preguntas perteneciente a este factor

#### FACTOR A EVALUAR

1	Puntualidad
3	Funciones de la Norma
5	Orden
7	Funciones de la Norma
9	Funciones de la Norma
11	Funciones de la Norma
12	Funciones de la Norma

#### FACTOR ATENCIÓN AL PÚBLICO

#### FACTOR A EVALUAR

2	Respeto
4	Cortesía
6	Cortesía
8	Paciencia
10	Respeto
13	Cortesía

#### Definición de los factores a evaluar:

- **Puntualidad:** Cumplir con sus tareas y deberes en el tiempo comprometido sin afectar el tiempo de las otras personas
- **Funciones:** Cumplir con las actividades propias del puesto a desempeñar
- **Respeto:** Tratar con decencia y sin perjudicar a los demás pero obteniendo beneficios
- **Cortesía:** Postura amable y diligente del individuo
- **Paciencia:** Tolerancia hacia otros ante situaciones desfavorables

#### MÉTODO DE PONDERACIÓN :

Cada factor equivale al 100% es decir:

- Factor de eficiencia administrativa = 100%
- Factor de atención al público = 100%

Cada pregunta del factor eficiencia administrativa contestada afirmativamente = 14.29%

Cada pregunta del factor atención al público contestada afirmativamente = 16.67%

Estas equivalencias son obtenidas de la razón  $100/\text{No. de preguntas correspondientes a cada factor}$ .

Cuando las preguntas son contestadas negativamente se le da una equivalencia de cero.

Por lo tanto el porcentaje de cada factor se obtiene a través de la sumatoria del valor de cada pregunta contestada afirmativamente.

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CRITERIO	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Aceptación de los servicios</b></li>   <li>• <b>No aceptación de los servicios</b></li>   <li>• <b>Satisfacción</b></li>   <li>• <b>Insatisfacción</b></li> </ul>	<p>Es la actitud de aprobación que expresa el derechohabiente respecto al servicio específico recibido.</p> <p>Si la opinión de los derechohabientes es que los atendieron sin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respeto</li> <li>* Cortesía</li> <li>* Paciencia</li> <li>* Puntualidad</li> <li>* Orden</li> </ul> <p>Es una actitud de agrado o placer, condicionado por la percepción de que las necesidades individuales fueron satisfechas.</p> <p>Cuando el derechohabiente responda negativamente en los factores de Eficiencia Administrativa y en la Atención al Público.</p> <div style="margin-left: 40px;"> <p><b>E.A</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Puntualidad</li> <li>* Funciones del puesto</li> <li>* Orden</li> </ul> </div> </div> <div style="margin-left: 40px; margin-top: 20px;"> <p><b>A.P</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Respeto</li> <li>* Cortesía</li> <li>* Paciencia</li> </ul> </div> </div>

## **FUNCIONES DE LA ASISTENTE MÉDICA EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR**

( Contrato Colectivo de Trabajo 1995-1997)

### **ACTIVIDADES QUE DEBE REALIZAR:**

- Tomar y registrar talla, peso y temperatura del paciente
- Atender e instruir al paciente y al público en general personalmente o telefónicamente, sobre sus derechos y obligaciones, programas de salud, actividades en la Institución y en la comunidad
- Organizar y controlar la consulta
- Localizar y archivar expedientes y suministrar al médico
- Prever y mantener dotación de equipo, así como material de curación

### **CONOCIMIENTOS:**

- Conocimientos básicos de somatometría y toma de temperatura
- Nociones de archivo
- Trámites administrativos propios de la categoría

### **HABILIDADES:**

- Glosar y localizar expedientes
- Organizar y agilizar la atención a los usuarios
- Interrelacionarse con otras áreas
- Requisar formas de registro

### **ACTITUDES:**

- Responsable
- Puntual
- Disciplinada
- Pulcra
- Participativa
- Institucional
- Respetuosa
- Amable
- Honesta
- Humana
- Creativa



## 2.- OBTENCIÓN DE RESULTADOS

- Los promedios generales por turno se obtienen de la forma siguiente.

Sumatoria de % individual del factor Eficiencia Administrativa (E.A) / No. de Asistentes Médicas encuestadas = % general del factor E.A. Turno "X"

Sumatoria de % individual del factor Atención al Público (A.P.) / No. de Asistentes Médicas encuestadas = % general del factor A.P. Turno "X"

- El resultado general se obtiene por factor a través de la siguiente fórmula:

Sumatoria % General del factor E.A Turno Mat. y Ves. / 2 = % general del factor Eficiencia Administrativa E.A.

Sumatoria % General del factor A.P Turno Mat. y Ves. / 2 = % general del factor Atención al Público.

### GRÁFICAS:

Los resultados se presentarán por medio de gráficas:

- Gráfica 1 Turno Matutino  
Resultados del factor "Eficiencia Administrativa" y "Atención al Público".
- Gráfica 2 Turno Vespertino  
Resultados del factor " Eficiencia Administrativa" y "Atención al Público"
- Gráfica 3  
Resultados generales de los factores "Eficiencia Administrativa y Atención al Público de ambos turnos".

### **ETAPA II. Presentación al personal de Asistentes Médicas de los resultados obtenidos por la encuesta .**

En esta etapa se efectuará la presentación de resultados de la encuesta aplicada a los derechohabientes e identificando con la participación de ellas mismas las principales problemáticas que impiden su eficiente desempeño y planteando las posibles soluciones.

La presentación de resultados se llevará a cabo por turno y en el siguiente orden.

- Presentación y análisis de resultados individuales y generales por medio de gráficas.
- Una vez dados a conocer los resultados se procederá a proponer soluciones a la problemática detectada.
- Se les hará entrega a las Asistentes Médicas un reconocimiento por su participación en este proyecto de mejora continua .

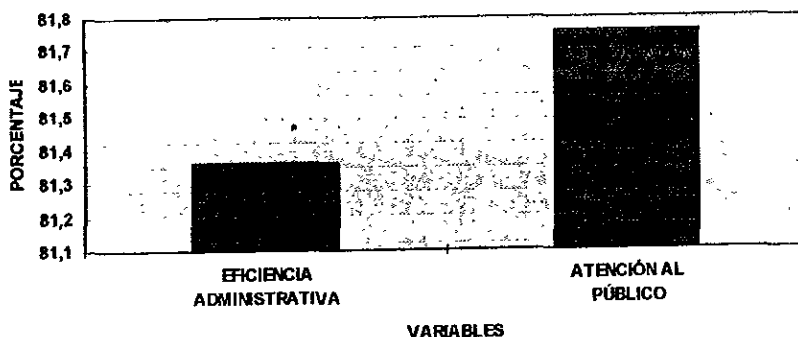
## ETAPA I.- RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA:

### RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA EN EL TURNO MATUTINO

La gráfica 1 turno matutino muestra los resultados que generó la encuesta en este turno, dichos resultados son los siguientes:

Factor Eficiencia Administrativa	81.36%
Factor Atención al Público	81.76%

ASISTENTES MÉDICAS UMF 6  
GRÁFICA No. 1 TURNO MATUTINO



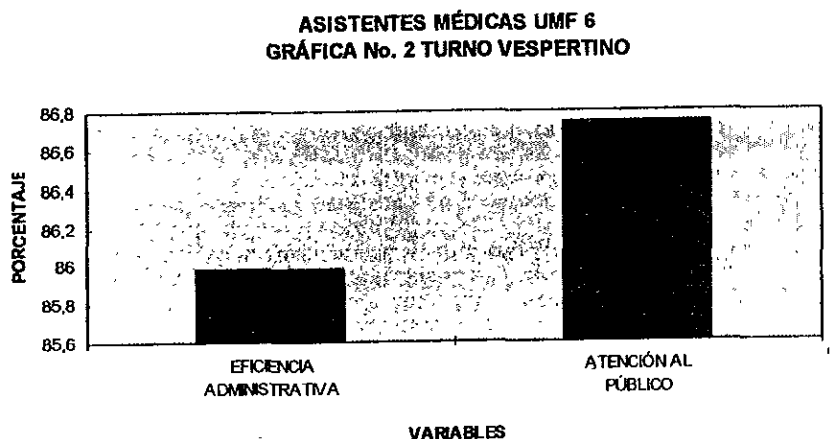
Como podemos apreciar la eficiencia administrativa es el área en la cual se obtuvo el menor porcentaje, sin que esto sea significativo ya que la diferencia es de un .40% en relación al factor de atención al público. Esto refleja que existe insatisfacción por parte de los derechohabientes y beneficiarios en cuanto a las funciones normativas del puesto como son toma y registro de temperatura y peso, así como instruir e informar al derechohabiente sobre sus derechos y obligaciones de forma correcta.

En relación al factor de atención al público, se detecta que es fundamental mejorar cada vez más el trato que recibe el usuario en cual debe estar basado en una relación de amabilidad y respeto.

## RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN APLICADA EN EL TURNO VESPERTINO

La gráfica 2 turno vespertino refleja los siguientes resultados.

- Factor Eficiencia Administrativa 85.98 %
- Factor Atención al Público 86.74%

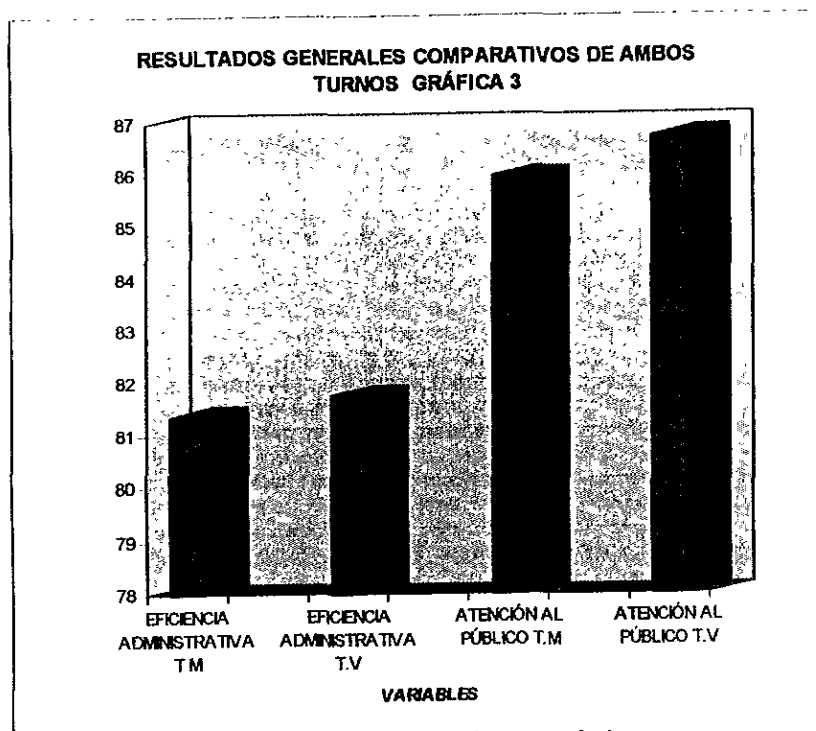


El factor Atención al público se puede considerar aceptable ya que el derechohabiente y beneficiario manifiestan que recibieron una buena atención, manejando los valores elementales como el respeto, la cortesía, etc., y adoptando una conducta empática, la cual complementan con la eficiencia administrativa que otorgan dando cumplimiento a las labores relativas a la categoría, en el factor de Eficiencia Administrativa se observó que el porcentaje obtenido en este factor es también aceptable. No obstante es necesario poner énfasis en el aspecto de que las

asistentes médicas abandonan con cierta frecuencia su lugar, ocasionando molestia al usuario.

### RESULTADOS GENERALES DE AMBOS TURNOS:

La gráfica 3 muestra los resultados generales de ambos turnos en forma comparativa.



#### Factor Eficiencia Administrativa

En este factor el turno vespertino supera con un 4.62% al turno matutino. Es notable que se requiere mayor apego a la realización de las actividades propias del puesto fundamentadas por el contrato colectivo de trabajo y así de esta forma brindar una atención eficiente a todos los usuarios.

#### Factor Atención al Público

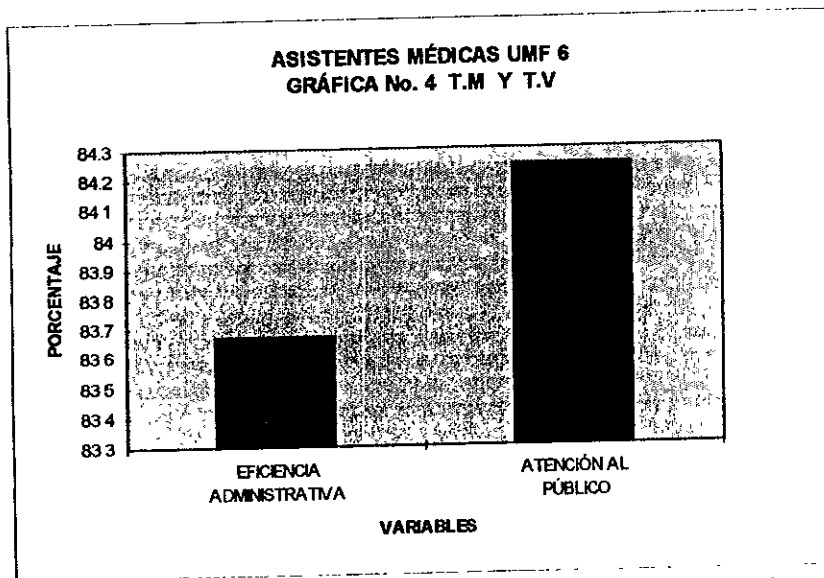
En cuanto a la atención al derechohabiente el turno vespertino obtuvo un porcentaje mayor con una diferencia de 4.98% con respecto al turno matutino, esto refleja que en ambos turnos se da una aceptable atención, pero es fundamental mejorarla proporcionando respeto, cortesía y sobre todo mostrar interés por el derechohabiente y beneficiario.



### RESULTADOS DE LAS GRÁFICAS TURNO MATUTINO Y VESPERTINO :

La gráfica 4 muestra los resultados generales en promedio de los factores Eficiencia Administrativa y Atención al Público de ambos turnos.

- Factor Eficiencia Administrativa 83.67%
- Atención al Público 84.25%



En cuanto a los factores de Eficiencia Administrativa y Atención al Público podemos concluir que la U.M.F. No.6 se encuentra en un nivel **Aceptable**, pero se tienen que hacer más esfuerzos por mejorar constantemente hasta alcanzar el 100%.

De la integración de los dos factores de estudio resultó un promedio de 83.96% como porcentaje general del servicio. Este porcentaje muestra que falta por mejorar para lograr proporcionar un servicio de calidad a todos nuestros derechohabientes como lo requieren ; recordando que calidad es satisfacer las necesidades de nuestros derechohabientes y beneficiarios y que cada queja es una oportunidad de mejorar .

## **ETAPA II.- PRESENTACIÓN AL PERSONAL DE ASISTENTES MÉDICAS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA.**

### **Presentación de los resultados a las Asistentes Médicas**

La presentación de resultados efectuada a las Asistentes Médicas, se realizó por turno, dando a conocer la imagen que tiene el derechohabiente sobre cada una de ellas. De acuerdo a los factores de un servicio de calidad descritos en la encuesta.

Se analizaron también las principales problemáticas generales que les impide dar un servicio de calidad.

En dicha presentación y análisis las asistentes médicas reconocieron gran parte de las deficiencias que el derechohabiente manifestó y de los problemas generales que como servicio tiene y de los cuales ellas mismas identifican están en posibilidades de corregir.

Existen otras que se escapan de sus manos para solucionarlos puesto que se requiere de la participación de otras áreas involucradas.

A continuación se describen las principales problemáticas con las posibles soluciones proporcionadas por las asistentes médicas.

#### **PROBLEMA**

En la mayoría de los casos no cumplen con actividades propias del puesto, como tomar temperatura, peso e informar oportunamente al derechohabiente.

#### **CAUSA**

Falta de tiempo para realizar todas las actividades correspondientes a la categoría, por exceso de usuarios que solicitan consulta médica.

#### **SOLUCIÓN**

Realizar la revisión de los procesos del servicio, conjuntamente con las áreas involucradas a través de la metodología para mejorar los procesos técnicos-administrativos a fin de hacerlos más ágiles y adecuarlos a las necesidades de los usuarios tanto internos como externos.

#### **PROBLEMA**

El realizar el informe de los programas prioritarios afectan el servicio.

#### **CAUSA**

El informe de estos programas resulta muy laborioso restando tiempo a la atención correcta del derechohabiente.

#### **SOLUCIÓN**

Realizar la revisión de los procesos de estos programas a través de la metodología para mejorar los procesos técnicos-administrativos a fin de hacerlos más ágiles y adecuarlos a las necesidades de los usuarios tanto internos como externos.

médicas, se ha logrado alcanzar en su primera y segunda etapa, esperando conocer el impacto de este proyecto; pero es necesario no dejar de lado las problemáticas identificadas por ellas mismas como parte de este proceso de cambio, ya que sin la solución de las mismas poco efecto tendrá la retroalimentación recibida. Se aplicará en un periodo de seis a doce meses nuevamente la encuesta a fin de volver a medir los resultados de las propuestas de solución del personal.

#### 14.- EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DEL PROCESO:

Se consideró necesario evaluar el comportamiento del proceso un año después de que las Asistentes Médicas llevaron a la práctica las propuestas de solución.

1.- Recolectar toda la información de quejas en Consulta Externa por "Mal trato o trato inadecuado por las Asistentes Médicas "

1 U.I = 100 000

MES	n	c= número de quejas
Enero	0.22954	1
Febrero	0.21912	0
Marzo	0.19439	1
Abril	0.20828	0
Mayo	0.20872	1
Junio	0.21569	1
Julio	0.21860	4
Agosto	0.21926	1
Septiembre	0.22511	1
Total	1.93871	10

2.- Calcular los valores de u para cada c (queja) y n (número de consultas otorgadas).

2.1.- Fórmula:

$$u = \frac{c}{n}$$

2.2.- Sustitución para cada c y cada n:

$$u = \frac{1}{.22954}$$

$$u = 4.4$$

$$u = \frac{0}{.21912}$$

$$u = 0$$

$$u = \frac{1}{.19439}$$

$$u = 5.1$$

$$u = \frac{0}{.20828}$$

$$u = 0$$

$$u = \frac{1}{.20872}$$

$$u = 4.8$$

$$u = \frac{1}{.21569}$$

$$u = 4.6$$

$$u = \frac{4}{.21860}$$

$$u = 48.3$$

$$u = \frac{1}{.21926}$$

$$u = 4.6$$

$$u = \frac{1}{.22511}$$

$$u = 4.4$$

## 3.- Tabular los datos de u:

MES	n	c= número de quejas	u
Enero	0.22954	1	4.4
Febrero	0.21912	0	0
Marzo	0.19439	1	5.1
Abril	0.20828	0	0
Mayo	0.20872	1	4.8
Junio	0.21569	1	4.6
Julio	0.21860	4	48.3
Agosto	0.21926	1	4.6
Septiembre	0.22511	1	4.4
<b>Total</b>	<b>1.93871</b>	<b>10</b>	

4. - Trazar los valores de u en la gráfica.

5. - Calcular y graficar.

5.1.- Línea Central  $\bar{u} = u$ 

$$\bar{u} = \frac{\text{No. Total de defectos ( quejas) en un subgrupo}}{\text{No. Total de unidades de inspección en un subgrupo}}$$

$$\bar{u} = CL = \frac{c}{n}$$

5.2.- Sustitución:

$$\bar{u} = \frac{10}{1.93871} = 5.15807$$

6. - Calcular para cada valor de n el Límite Superior de Control ( LSC<sub>u</sub>) y el Límite Inferior de Control ( LIC<sub>u</sub>).

Fórmulas:

6.1.- Línea Superior de Control = LSC<sub>u</sub>

$$LSC_u = \bar{u} + 3 \sqrt{\frac{u}{n}}$$

Sustitución para cada n :

$$LSC_u = 5.15807 + 3 \sqrt{\frac{5.15807}{.022954}}$$

$$= 5.15807 + 3 \sqrt{22.4713}$$

$$= 5.15807 + 3 (4.7403)$$

$$= 5.15807 + 14.2211$$

$$= 19.379$$

$$LSC_u = 5.15807 + 3 \sqrt{\frac{5.15807}{.21912}}$$

$$= 5.15807 + 3 \sqrt{23.5399}$$

$$= 5.15807 + 3 (4.85179)$$

$$= 5.15807 + 14.555$$

$$= 19.713$$

Continuar con todos los valores de n

7.- Tabular los datos de LSC<sub>u</sub>

MES	n	c= número de quejas	u	LSC <sub>u</sub>
Enero	0.22954	1	4.4	19.379
Febrero	0.21912	0	0	19.713
Marzo	0.19439	1	5.1	20.611
Abril	0.20828	0	0	20.087
Mayo	0.20872	1	4.8	20.072
Junio	0.21569	1	4.6	19.828
Julio	0.21860	4	18.3	19.730
Agosto	0.21926	1	4.6	19.709
Septiembre	0.22511	1	4.4	19.519
Total	1.93871	10		

8.- Límite Inferior de Control = LIC<sub>u</sub>

Fórmula:

$$LIC_u = \bar{u} - 3 \sqrt{\frac{u}{n}}$$

Sustitución:

$$LIC_u = 5.158 - 3 \sqrt{\frac{5.15807}{0.22954}}$$

$$= 5.158 - 3 \sqrt{22.4713}$$

$$= 5.158 - 3 (4.7403)$$

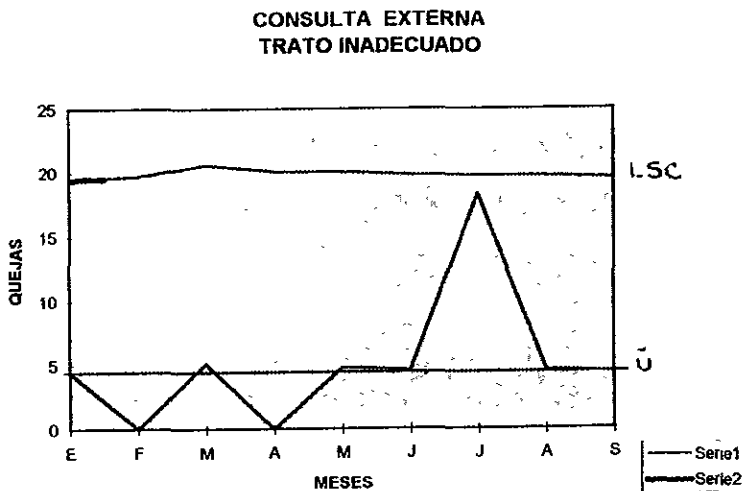
$$= 5.178 - 14.2209$$

$$= -9.06 \text{ ( Los valores negativos no se toman en cuenta )}$$

## 9.- Tabular los datos de LIC:

MES	n	c= número de quejas	u	LSC	LIC
Enero	0.22954	1	4.4	19.379	0
Febrero	0.21912	0	0	19.713	0
Marzo	0.19439	1	5.1	20.611	0
Abril	0.20828	0	0	20.087	0
Mayo	0.20872	1	4.8	20.072	0
Junio	0.21569	1	4.6	19.828	0
Julio	0.21860	4	18.3	19.730	0
Agosto	0.21926	1	4.6	19.709	0
Septiembre	0.22511	1	4.4	19.519	0
<b>Total</b>	<b>1.93871</b>	<b>10</b>			

## 10.- Trazar los Limites Superiores de Control:



SERIE 1 VALORES DE U  
SERIE 2 VALORES DE LSC



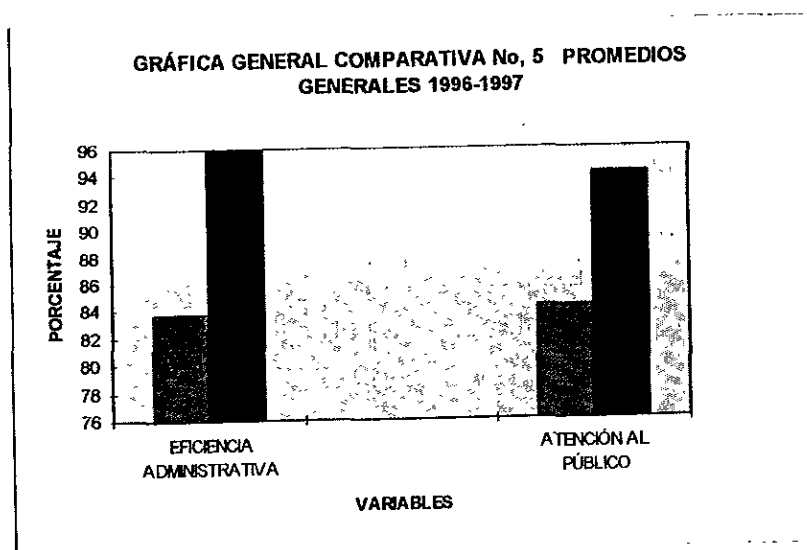
### 15.- MEJORAR EL PROCESO:

Se pudo observar que el proceso se encuentra bajo control o es consistente debido a que no existe variación, tendencias, ni corridas.

Por otro lado se consideró conveniente seguir controlando el proceso, por lo que se volvió aplicar la encuesta a los derechohabientes y beneficiarios en el mes de febrero de 1997, participando el mismo número de asistentes médicas y consultorios, obteniéndose los siguientes resultados:

Los promedios generales son:

FACTOR	1996	1997	DIFERENCIA
EFICIENCIA ADMVA.	83.67 %	96 %	12.33 %
ATENCIÓN AL PÚBLICO	84.25 %	94.16 %	9.91 %
TOTAL	83.96 %	95.08 %	11.12 %



Esto muestra un avance real de un 11.12 % general en un período de un año ( febrero de 1996 a febrero de 1997 ), Gráfica No. 5 es decir, el año pasado teníamos un 83.96 % general en los dos factores de los 2 turnos y hoy tenemos un 95.08 %

Por otro lado en la etapa II de esta encuesta se contemplaba, que el personal de **Asistentes Médicas**, analizara y expusiera su problemática la cuál le impedía desarrollarse mejor en su trabajo y sentirse satisfecha con el mismo, a continuación se da el seguimiento de la problemática expuesta.

#### **PROBLEMA**

En la mayoría de los casos no cumplen con actividades propias del puesto, como tomar temperatura, peso e informar oportunamente al derechohabiente.

#### **CAUSA**

Falta de tiempo para realizar todas las actividades correspondientes a la categoría, por exceso de usuarios que solicitan consulta médica.

#### **SOLUCIÓN**

Realizar la revisión de los procesos del servicio, conjuntamente con las áreas involucradas a través de la metodología para mejorar los procesos técnicos-administrativos a fin de hacerlos más ágiles y adecuarlos a las necesidades de los usuarios tanto internos como externos.

#### **SEGUIMIENTO**

Después de la revisión del proceso se tiene un cumplimiento en sus tareas de un 93 % ya que todas realizan toma de temperatura, medición y peso.

#### **PROBLEMA**

El realizar el informe de los programas prioritarios afectan el servicio

#### **CAUSA**

El informe de estos programas resulta muy laborioso restando tiempo a la atención correcta del derechohabiente.

#### **SOLUCIÓN**

Realizar la revisión de los procesos de estos programas a través de la metodología para mejorar los procesos técnicos-administrativos a fin de hacerlos más ágiles y adecuarlos a las necesidades de los usuarios tanto internos como externos.

#### **SEGUIMIENTO**

Después de hacer una revisión de estos programas se logró sensibilizar al personal de lo importante que son, de la interrelación y repercusión que tienen con otros servicios como trabajo social, planificación familiar y que ellas, son las que tiene la posibilidad de captar a ésta población pues son el primer contacto que el derechohabiente tiene con la unidad y sus servicios.

#### **PROBLEMA**

El derechohabiente no se informa y no se orienta en el módulo que fue creado para este fin (Módulo de atención y orientación al derechohabiente) , por lo cual la Asistente Médica realiza funciones correspondientes a ese servicio.

**CAUSA**

El derechohabiente desconoce el servicio que proporciona el módulo de atención y orientación al derechohabiente y a quién preguntan siempre es a las Asistentes Médicas.

**SOLUCIÓN**

Que la Asistente Médica canalice al servicio de atención y orientación al derechohabiente cuando se amerite.

Solicitar a la Técnica en Atención y Orientación al Derechohabiente una participación más interactiva con el derechohabiente a través de pláticas informativas, sobre el servicio del módulo y de aspectos técnicos y administrativos del Instituto.

**SEGUIMIENTO**

Se ha identificado que esta problemática no se debe tanto al desconocimiento del servicio de orientación, sino a la familiaridad que tiene el derechohabiente con la asistente médica, lo que le permite preguntarle de una manera más espontánea aquello que le inquieta, es evidente que si la información es desconocida por la asistente, ésta lo canaliza al área de orientación, si no ella misma da la orientación, por otra parte se ha tenido más comunicación con la técnica en orientación ya que las asistentes le informan sobre los temas que los derechohabientes les preguntan con más frecuencia, lo que ha hecho que la técnica a orientado e incrementado el número de pláticas informativas para los derechohabientes.

**PROBLEMA**

Mal trato o trato inadecuado.

**CAUSA**

Falta de compromiso del personal, de responsabilidad, resistencia al cambio, deficiente comunicación, falta de actualización de la norma, deficientes relaciones humanas, falta de capacitación, falta de reconocimiento, exceso de demanda del servicio, reuniones prolongadas en horas de servicio, distractores, ventas, actividades extra-laborales y extravío de expedientes.

**SOLUCIÓN**

Aplicar encuestas en forma periódica a los usuarios internos y externos para detectar necesidades a fin de realizar adecuaciones al uso; Sensibilizar a todo el personal de la importancia de hacer mejor las cosas todos los días; Capacitar y desarrollar al personal; Retroalimentar al personal sobre los logros obtenidos; Reconocimiento por parte de las autoridades al personal

**SEGUIMIENTO**

Es posible con el trabajo diario y algo muy importante como lo es la persuasión, la comunicación, la sensibilización, el proceso de capacitación y educación constante porque se ha visto que en la medida en que estos se alejan o se aflojan, se empieza nuevamente a cometer los mismos vicios que ya se tenían.

## **CAPÍTULO 5.- ANÁLISIS**

Para fines de éste capítulo se analizarán los resultados obtenidos tomando como base el fundamento teórico de la metodología propuesta.

El proceso de mejora continua no se puede dar solo, se requiere de una metodología y el uso de herramientas técnicas que faciliten tal proceso.

El personal que participó en este proyecto de mejora, fueron los que tienen mayor conocimiento del proceso ( son los dueños del proceso ) por lo cual su participación fue "insustituible" y buena parte del éxito para los resultados. Para Juran la selección de los participantes para la mejora del proyecto es uno de los principales puntos para el éxito.

A través de registros de mediciones se pudo analizar el proceso, mediante la utilización de las herramientas técnicas, que en este proyecto fueron de utilidad: el diagrama de flujo, gráficos de control "c" y "u", diagrama de pareto y el de causa y efecto. En relación a este punto Crosby dice que "el estado del proceso es registrado para mostrar dónde es necesaria la acción correctiva y más tarde, para documentar mejoras reales". Y Juran opina en relación que "para decirlo con números , hace falta para cada característica de calidad, una unidad de medida y un sensor".

En cuanto a la optimización del proceso fue indispensable la aplicación de encuestas de opinión a los usuarios como un instrumento que nos permitió mostrar cómo estábamos y dónde se debería de mejorar a fin de hacer la adecuación al uso. Juran menciona al respecto "que la gestión para la calidad es la adecuación de un producto o servicio al uso que tendrá ".

Con los resultados de la encuesta, se instauró en el personal de Asistentes médicas el firme propósito de sensibilización a los problemas o quejas de los usuarios como principio de comportamiento común en todas las actividades que desempeña mostrando sensibilidad y empatía, interesándose por sus inquietudes que si bien no lo resuelven del todo, si permite restituir una interrelación más personalizada y por ende, más gratificante para el derechohabiente o beneficiario.

A medida que se mantuvo centrado en la necesidades, dificultades y la satisfacción de los usuarios el personal de Asistentes Médicas empezó a experimentar la vivencia no solo del logro involucrado en la ayuda a la gente, sino también el orgullo inherente a la gratitud recibida de un derechohabiente o beneficiario, tras haber podido entender y resolver sus problemas.

Mediante la retroalimentación de los resultados de las encuestas se logró una concientización de la importancia de comprometerse con la institución, delegación, U.M.F. y usuarios por las Asistentes Médicas.

Los resultados de la aplicación de la encuesta, desencadenaron acciones para mejorar los puntos de insatisfacción encontrados en el comportamiento del proceso, las acciones realizadas fueron encaminadas fundamentalmente a mejorar las actitudes, la capacitación de las Asistentes Médicas y la información que se debe dar a los usuarios sobre el uso adecuado de los servicios o prestaciones que otorga el instituto. Al respecto Juran menciona que el control de la calidad es " un proceso de gestión mediante el cual se evalúa el comportamiento real con los objetivos de calidad establecidos y se actúa sobre las diferencias".

Las mejoras obtenidas a través del empleo de la metodología fueron en los siguientes aspectos:

A.- Transformación de la cultura organizacional en nuevos valores como son :

- ◆ Cohesión del equipo de proyecto
- ◆ El trabajo en equipo
- ◆ Compromiso del personal con la misión
- ◆ Incremento en la participación propositiva y resolutive en relación a la mejora del proyecto
- ◆ Mejor comunicación
- ◆ Satisfacción de la autorealización, reconocimiento y pertenencia de grupo de las Asistentes Médicas
- ◆ Mayor satisfacción del usuario-prestador del servicio
- ◆ Sinergia de las capacidades y las actitudes de los trabajadores, para que apliquen su valor agregado en el área de trabajo
- ◆ El usuario sabe que se están haciendo acciones de mejora continua en los servicios que se proporcionan en la U.M.F. No. 6
- ◆ La Asistente Médica entiende que la supervivencia y desenvolvimiento de ésta dependen de la capacidad de aumentar su valor ante los usuarios.

Es decir que los elementos de cohesión, compromiso, participación, comunicación, reconocimiento y pertenencia se fueron presentando en cada reunión de trabajo. Como lo define Ishikawa " la Mejora Continua implica no sólo el mejoramiento del proceso de trabajo sino el desarrollo integral de los individuos".

B.- Transformación en aspectos técnicos-administrativos:

- ◆ Disminución de las quejas verbales
- ◆ Optimización de recursos humanos y materiales
- ◆ Propiciar la capacitación y desarrollo continuo de las Asistentes Médicas
- ◆ Eliminación de retrabajos

**El presente trabajo constituye un esfuerzo por presentar los resultados de este proyecto, constituye una prueba evidente de que es posible mejorar los procesos técnicos-administrativos en una institución de servicios. A través de la metodología propuesta.**

**Podemos decir que la implementación de la metodología no reviste un alto grado de dificultad, en virtud de no requerirse de recursos adicionales para su operación.**

**El desarrollo de esta investigación es sólo el inicio para el establecimiento de la metodología que permita mejorar los procesos críticos técnicos-administrativos del IMSS.**

**El resultado de este proyecto se reflejó primero en una reducción en el número de quejas verbales; se observaron cambios de actitud favorable, mejoras en el proceso y en el fruto del mismo, y cada vez se irá haciendo más breve, más eficaz y económico.**

**La experiencia resultante de este equipo se capitalizará y difundirá a otros equipos a fin de enriquecer e integrarlos como parte de una sola organización**

### **Limitaciones**

**Se observó poco conocimiento del personal de asistentes médicas en la interpretación de los resultados de las encuestas por lo que se recomienda para los próximos proyectos se tenga la asesoría del coordinador delegacional a fin de darle más sustento metodológico a los instrumentos de medición. (Encuestas) y así obtener resultados más confiables.**

**Con base en la experiencia de ésta mejora del proyecto podemos decir que la actitud es lo más difícil de modificar, sin embargo esto es posible con el trabajo diario y algo muy importante como lo es la persuasión, la sensibilización, la comunicación, el proceso de capacitación y educación constante porque se ha visto que en la medida en que estos se alejan o se aflojan, se decae el ánimo de los trabajadores y se empieza nuevamente a cometer los mismos vicios.**

**Se observó que el ausentismo no programado afectó al programa retrasándolo, aunque se ha logrado un importante incremento del compromiso por parte de los trabajadores de esta área, sobre todo después de la sensibilización, capacitación y retroalimentación aún así existen factores que intervienen en el fenómeno del ausentismo, para lo cual será necesario trabajar como un proyecto de mejora.**

**Las reuniones de trabajo, se realizaban durante las horas de trabajo, lo que provocó que algunos médicos familiares se quejaran al principio con el jefe de departamento clínico de la falta de apoyo por parte de algunas asistentes médicas que formaban parte del equipo de proyecto. Faltó comunicación con los médicos familiares para informarles que dicho personal formaban parte del equipo de proyecto de mejora.**

**Se recomienda que antes de comenzar con la mejora de algún proyecto es necesario que todo el personal cuente por lo menos con alguna acción de sensibilización para que todo el personal sepa que acciones de calidad se están llevando acabo y evitar este tipo de situaciones.**

Juran hace la recomendación de comenzar las acciones de mejora con algún proyecto fácil, por lo que ahora se recomienda que para el próximo proyecto se analice en forma macro, es decir el proceso de " atención y trato al derechohabiente y beneficiarios en la consulta externa de la Unidades de Medicina Familiar " ver diagrama de flujo de la página No. 106 donde intervienen otras áreas ( control de prestaciones, médicos y otros servicios como laboratorio clínico, rayos x , farmacia ) ya que esto permitirá mejorar el proceso en forma integral, es decir que el beneficio sería de mayor trascendencia tanto para los usuarios internos como externos, para los servicios que proporciona la U.M.F. No. 6 y para la propia Institución.

No se diseñó un plan de reconocimiento para el personal que participó en la mejora del proyecto, ya que solo se les entregó un oficio de felicitación por su participación, creando insatisfacción en dicho personal.

En el curso de capacitación sobre el control estadístico del proceso es necesario enriquecerlo en lo referente a la selección y empleo de las herramientas técnicas, ya que se tuvieron diferencias para sus identificación y selección.

Bajo la consideración de que un elemento fundamental para la Mejora Continua es el trabajo en equipo, resulta importante resaltar que cuando el trabajo se convierte en una acción realizada colectivamente, la interrelación del personal es más difícil de administrar. No obstante el aprovechamiento cabal de su potencial se puede lograr si los grupos aprenden a colaborar en el cumplimiento de metas comunes.

Debido al desarrollo histórico de los pueblos latinoamericanos, las personas no están acostumbradas a las tareas realizadas en grupo. A esto debe anadirse el choque existente entre la formación académica esencialmente personalista y la exigencia multidisciplinaria y colectiva del trabajo en nuestros días.

Apoyar, reforzar y actualizar cada equipo de proyecto será una parte definitiva e importante para lograr resultados óptimos.

## Contribuciones

En este tema resaltaré en forma concreta mis aportaciones a partir de mi intervención realizada en el ámbito laboral.

Previamente a la implementación de la metodología propuesta para mejorar los procesos técnicos-administrativos del Instituto, se planteó una estrategia integral para implantar el Plan Institucional de Mejora Continua.

Como primera etapa del Plan se creo la infraestructura, en donde la importancia de su creación es que si a una política o meta importante para la organización no se le pone una estructura, su destino estará asegurada al FRACASO. En este contexto se vio conveniente reconocer que la calidad es una política de la dirección y por lo tanto, es imprescindible soportarla con una estructura propia.

En la segunda etapa; el primer paso fue la sensibilización acerca de la cultura de calidad dirigida al personal operativo y directivo del nivel central y delegacional, una vez que se dio la sensibilización se inició la capacitación, combinando filosofía y metodología de calidad del modo más ágil y didáctico posible.

En la tercera etapa, se aceptó que método es "hacer con orden una cosa", entonces se consideró que la Mejora Continua tiene que ser metodizada, por lo que nuestro método consta de cuatro fases que se describen en el capítulo 3 en forma específica.

Con la implementación de estas etapas se obtuvieron como resultados el involucramiento y compromiso tanto del personal directivo como operativo.

Para el logro de estos resultados se tuvo que elaborar:

- El modelo de Mejora Continua
- El Plan Institucional de Mejora Continua
- Materiales didácticos para :
  - Sensibilización
  - Capacitación
  - Formación de instructores

**Aportaciones en el Ámbito Laboral:**

El gran propósito del movimiento de la Calidad Total es la Mejora Continua, pero ésta no puede alcanzarse en forma consistente y duradera sin haber establecido previamente las etapas anteriores mencionados.



1a. Aportación.- Consiste en la integración de una metodología que permitiera analizar y mejorar los procesos técnicos-administrativos en una empresa de SERVICIOS como lo es el IMSS. Considero importante mencionar que a mi juicio, ningún autor ha publicado su método. Los 14 principios de Deming, constituyen una base filosófica. Los 14 pasos de Crosby son un conjunto de acciones que deberán llevarse a cabo. Las 7 herramientas de Ishikawa se utilizan para el análisis. A todos estos enfoques los caracteriza el desorden No proporcionan una secuencia ordenada. Y no es que no la tengan, simplemente no la han publicado. De tal manera que se integró esta metodología tomando de los autores mencionados los puntos que a mi juicio consideré necesarios y que permitieran tener un orden o método para analizar y mejorar todos los procesos técnicos-administrativos del IMSS.

2a. Aportación.- La aplicación de la metodología en el proceso de Atención y trato al derechohabiente y beneficiarios en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar por parte de la Asistente Médica.

Lo que se puede resaltar, es su aplicabilidad a una organización de servicios, la interacción social, que se puso de manifiesto cuando los integrantes de un equipo de trabajo se reunían para analizar sus actividades diarias y proponer alternativas que les permitieran optimizar sus tareas respecto a las necesidades del usuario.

3a. Aportación.- Debido al alto involucramiento del personal para la mejora de los procesos, se logró impactar tanto a nivel Institucional ( personal de la UMF No. 6 ) como nivel Extrainstitucional ( derechohabientes y beneficiarios ) del servicio de consulta externa. Nadie, ninguna organización, puede pasar por un proceso de Calidad Total sin ser transformado. No hay proceso de cambio inocuo. Se sabe cuándo comienza, pero no su fin, porque una vez aprendido el camino hacia la Mejora Continua la meta no se alcanza jamás. Tal como lo afirma un personaje de American Express "La gran calidad de hoy es, apenas, la calidad mínima de mañana"

Por lo que todo cambio organizacional es, a fin de cuentas, un cambio de conducta de individuos.

**"Qué sencillo sería mi trabajo si yo dedicara tanto esfuerzo a mejorar su calidad como el que dedico a encontrar excusas para no hacerlo en la forma adecuada "..**

## REFERENCIAS

### LIBROS DE TEXTO

Blake, R., Mouton, J., y y Allen. R., (1989). Como trabajar en equipo. Colombia. Norma. p.202

Carzon, J., (1991). El momento de la verdad. México. Ed.Díaz de Santos.

Crosby, P. B ., (1991). La Calidad no Cuesta, CECSA.: México.

De Quiros, J. (1966). Seguridad Social, Estructuración Jurídica de un Régimen de Seguridad Social, Ed. Secretarías Generales de la C.I.S.S. y de la AISS, México.

Deming, W. E., (1986). Cómo administrar con el Método Deming. Editorial Norma.: Colombia.

García, C. (1973). La Seguridad Social en México: Bases, Evolución, Importancia Económica, Social, Política y Cultural. Tomo I, Ed.B: Costa, AMIC, México.

González, L. (1973). El Derecho Social y la Seguridad Social Integral, Textos Universitarios, México.

Ishikawa, K., (1986). Qué es el Control Total de la Calidad ?, Editorial Norma.:Colombia.

Juran, J.M. (1990). Juran y la planificación para la calidad. Madrid. Ed.Díaz de Santos.

Juran, J.M. (1990). Juran y el liderazgo para la calidad. Madrid. Ed. Díaz de Santos.

Kelly, M., (1992). Manual de solución de problemas. México. Panorama. 174p

IMSS, Subdirección General Administrativa, Jefatura de los Servicios de Prestaciones Sociales, Departamento de Prensa y Difusión; La Seguridad Social Integral, México

IMSS, Secretaría General, Departamento de Asuntos Internacionales, Departamento de Publicaciones; Progresión y avances de la Seguridad Social en América Latina; Ediciones Culturales Mexicanas, S.A: México 1980.

Morones, I. (1968). Tesis Mexicanas de Seguridad Social, ed. Centro de Documentación del IMSS, México.

Robledo, S. (1976). Epistolario de la Seguridad Social. Editorial, Arana.: México.

#### LIBROS SIN AUTOR Y SIN EDITOR

Manual de herramientas básicas para el análisis de datos. Guía de bolsillo con las herramientas para el Mejoramiento Continuo.

Tennessee Associates International, (1992) Administrando para la Mejora Continua México. III Tomos

Curso de formación de facilitadores para el mejoramiento continuo.(1993). Subdirección General Administrativa.

#### PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Acle, A. (91-06-17). La calidad total, no siempre es total. El Financiero , p.26.

Acuña , T. (92-01-28). La gestión de la calidad en los procesos operativos. El Financiero, p.39.

Acuña , T. (93-10-05). Cómo percibe el cliente la calidad de los servicios. El Financiero, p. 30A.

Bravo, A.(91-03-18).Calidad percibida. Management today, en español, p.26.

Gómez, J. (89-12-04) Calidad y estrategia competitiva de las empresas. El Financiero, p. 20A.

León, Y. (94-03-09). Calidad total. El Financiero , p.35A.

Los grandes de la calidad. (91-03-18). Management today, en español, p.6

Llórons, C. y Valenzuela, R. (90-08-24). La industria nacional y la cultura de calidad total. El Financiero , p.34.

Montano, L. (91-05-13). El ejemplo de la calidad total. El Financiero, p.69.

Mora, R. (92-04-28). Cómo percibe el cliente la calidad de los servicios. El Financiero, p.29A.

Olmos, L. (92-03-10). Los fundamentos de la calidad total de ayer y hoy. El Financiero, p.6A.

Palafox, G. (89-12-28). La calidad y la excelencia, base de la competitividad. El Financiero, p.25A.

Pedrero, V. (96-07-23). Planeación participativa. El Financiero, p.20A.

Pliego, J.L. (95-03-14). La calidad se administra. El Financiero, p.26A.

Rivero, S. (91-03-18). Esfuerzos típicos de calidad total. Management today, en español, p.30.

Rivero, S. (91-10-21). La calidad total en los servicios. El Financiero, p.22.

Valdés, L., Delgado, I. y Oscos, G. (91-06-28). Qué es la calidad total ?. El Financiero, p.43.

#### **OTRAS PUBLICACIONES**

Bases para la Modernización del IMSS (1992).

Comité Directivo para el Proceso de Calidad-IMSS (1990).

Diagnóstico (1994).

Diagnóstico (1995).

Diagnóstico Organizacional Delegación No.2 del D.F. (1993)

Ley del Seguro Social (1995).

Plan Institucional de Mejora Continua(1992)

Plan Institucional de Calidad (1997).

Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994.

Sistema de Información Directiva del I.M.S.S. (1993)

Sistema de Agenda del Delegado del I.M.S.S. (1993)

## TESIS PROFESIONALES

Ramos Ávila, Ma. Teresa, (1994). Conceptos Psicológicos de Calidad de Servicio Bajo un Enfoque Sistémico , Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, U.N.A.M.: México.

## REPORTE LABORAL

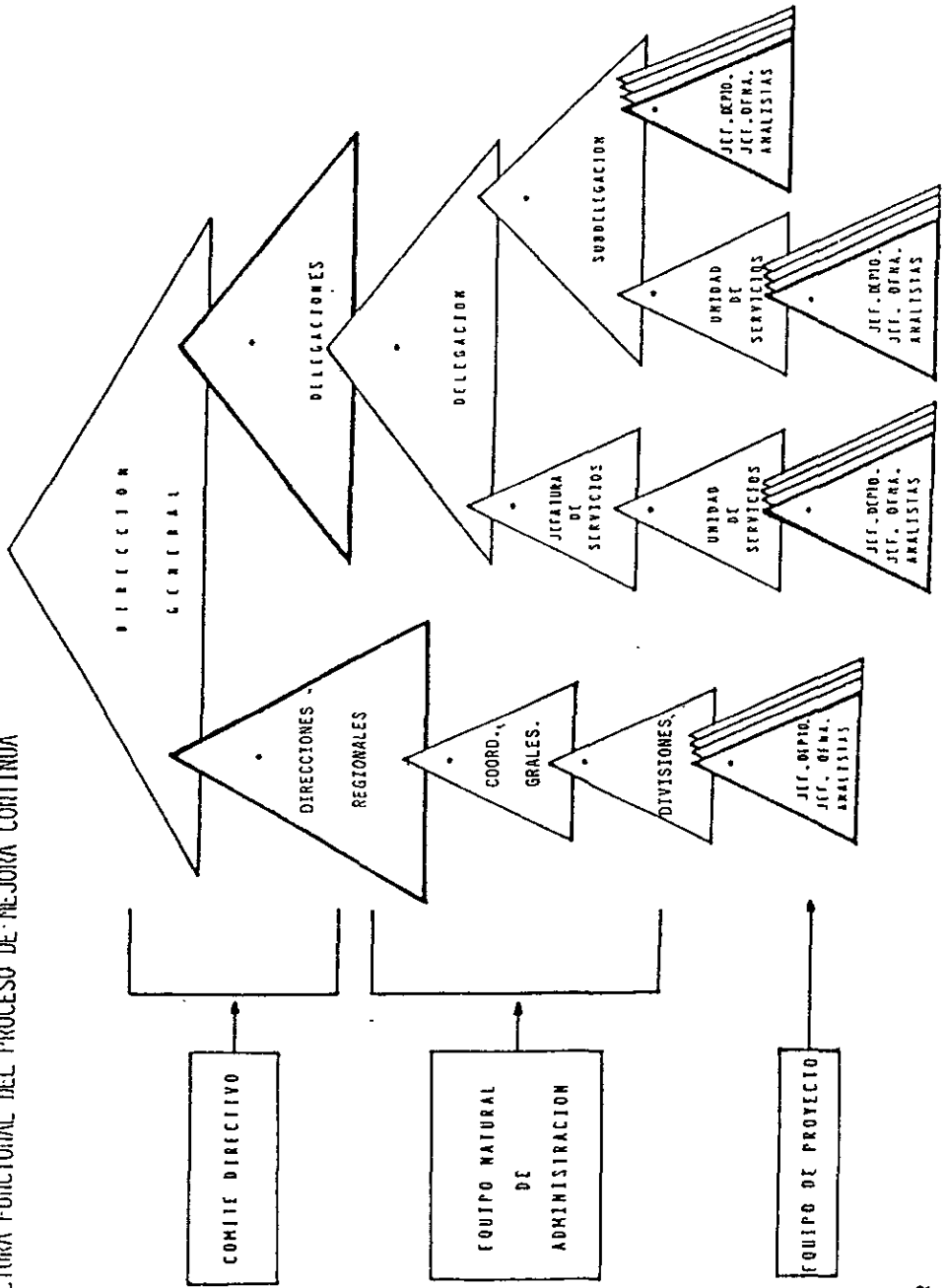
Luna, M., (1996). La implementación de equipos de mejora continua como una estrategia de calidad en una industria de electrodomésticos. Reporte Laboral. México. UNAM Facultad de Psicología .: México.

Trejo , S., (1996). Psicología y Calidad, aplicación de la Psicología durante la implantación de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad, Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, U.N.A.M.: México.

Valderrama, M., (1993). Modelos actuales de Calidad Total , Licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, U.N.A.M.: México.

# ANEXOS

ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA



\* LIDER

## UNIVERSO DIRECTIVO DE NIVEL CENTRAL A SENSIBILIZAR, CONCIENTIZAR Y COMPROMETER\*

ALTA DIRECCION NIVEL CENTRAL	1ER GRUPO	DIRECTIVOS DEL AREA MEDICA Y PRESTACIONES SOCIALES	2° GRUPO
• DIRECTOR GENERAL	1	TITULARES	7
• SUBDIRECTORES GENERALES	8	SUBJEFES	14
• COORDINADORES GENERALES	2	COORDINADORES DE MEJORA CONTINUA DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE PERSONAL Y DESARROLLO	10
• TITULAR JEFATURA DE SERVICIOS DE PERSONAL Y DESARROLLO	1		
SUBTOTAL	12	SUBTOTAL	31
UNIVERSO TOTAL		43	

\*SEMINARIO EJECUTIVO DE 24 HORAS (3 DÍAS)



UNIVERSO PARA EL DIPLOMADO DE LA UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA \*

AREAS	NO. DE PARTICIPANTES
.SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	18 JEFES DE DEPTO. Y SUBJEFES
.JEFATURA DE SERVICIOS DE GUARDERÍAS	13 JEFES DE DEPTO. Y SUBJEFES
.ÁREAS DE CAPACITACIÓN DE NIVEL CENTRAL	57 JEFES DE ÁREAS DE CAPACITACIÓN
.MEJORA CONTINUA	5 ANALISTAS DE SISTEMAS
UNIVERSO TOTAL 93	

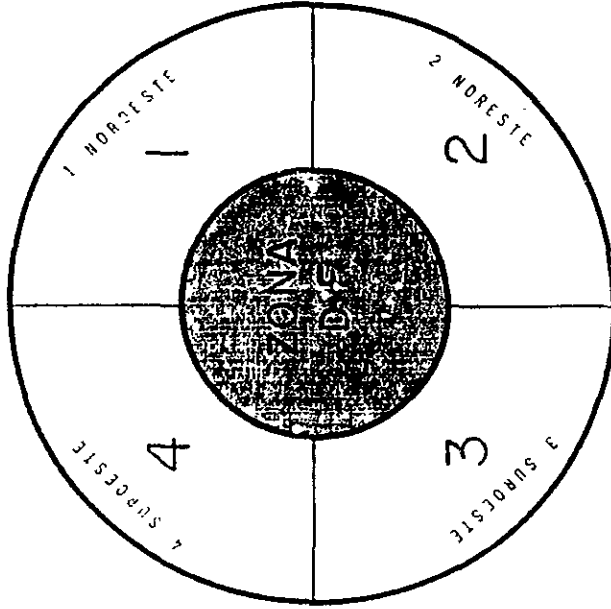
\* SE EFECTUARÁN 4 DIPLOMADOS, CADA UNO DE 170 HORAS CON 25 PARTICIPANTES.

UNIVERSO PARA EL CURSO DE T.A.I.\*

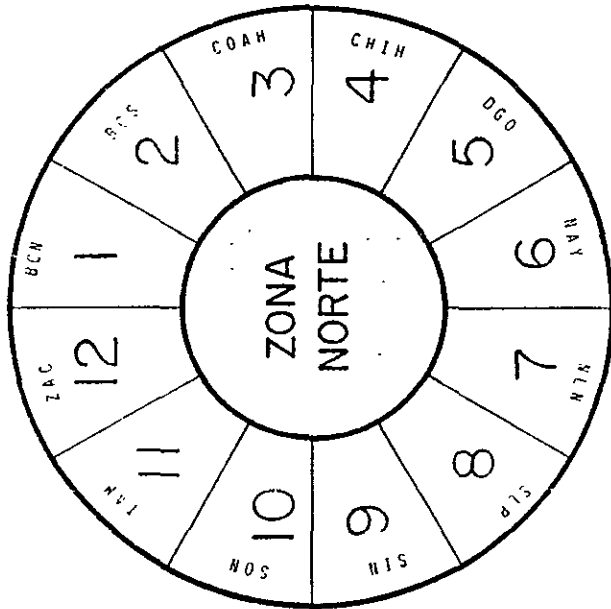
AREAS	NO. DE PARTICIPANTES
• SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	12 JEFES DE OFICINA Y ANALISTAS
• JEFATURA DE SERVICIOS DE GUARDERÍAS	11 JEFES DE OFICINA Y ANALISTAS
• MEJORA CONTINUA	7 JEFES DE OFICINA Y ANALISTAS
UNIVERSO TOTAL 30	

\* CURSO DE TENNESSEE ASSOCIATES INTERNATIONAL DE TRES SEMANAS (120 HORAS).

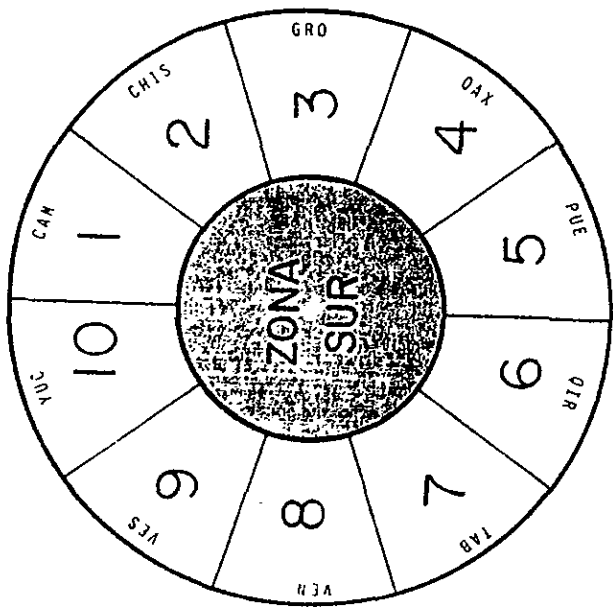
SEGUNDA ETAPA



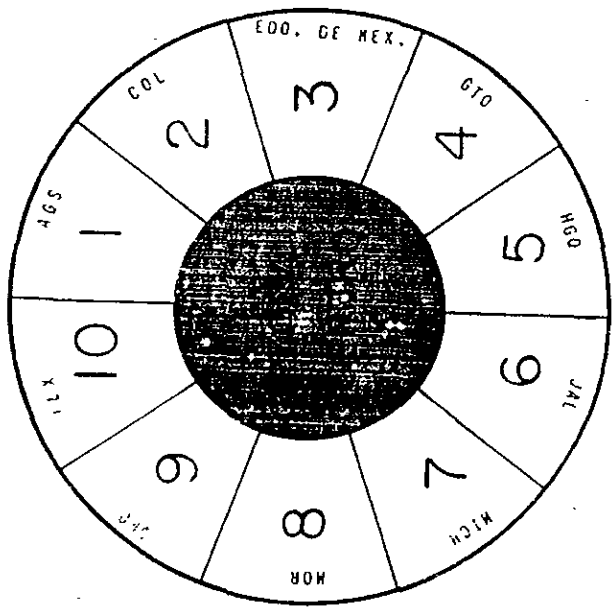
PRIMERA ETAPA



CUARTA ETAPA



TERCERA ETAPA

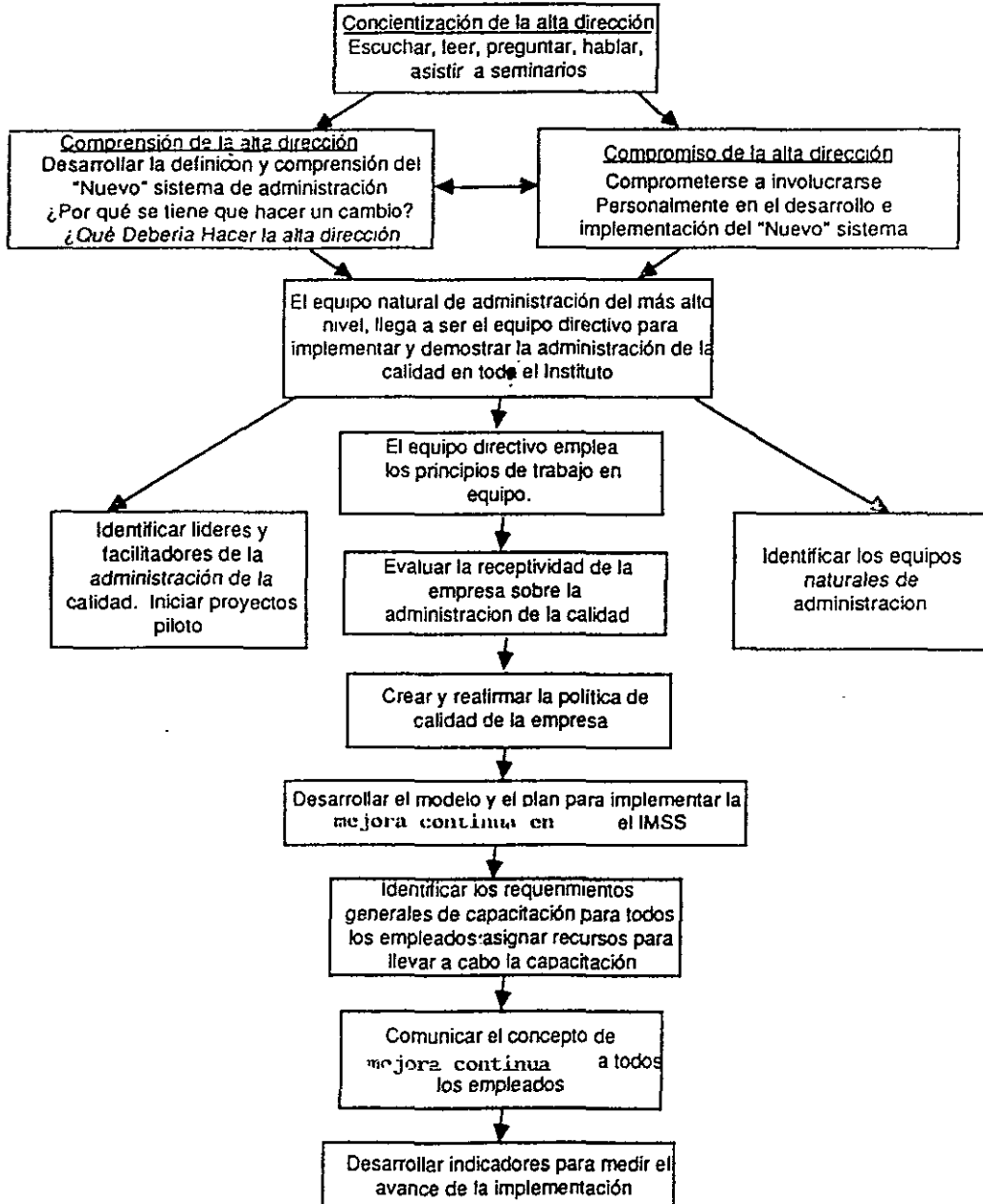


UNIVERSO DIRECTIVO DELEGACIONAL A INDUCIR EN LA CULTURA DE MEJORA CONTINUA			
PERSONAL DELEGACIONAL	1ª ETAPA ZONA D.E.		SUBTOTAL
	2ª ETAPA ZONA NORIE		
. DELEGADOS	4	12	16
. SUBDELEGADOS	6	38	44
. JEFES DE SERVICIOS DELEGACIONALES	32	96	128
. COORDINADOR DE ATENCIÓN MÉDICA	4	12	16
. COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	4	12	16
. DIRECTORES DE HOSPITALES	33	101	134
. DIRECTORES DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR	41	269	310
. JEFES DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	4	12	16
. JEFES DE DEPARTAMENTO DE GUARDERÍAS	4	12	16
. SUPERVISORAS DE GUARDERÍAS	4	12	16
. DIRECTORAS DE GUARDERÍAS.	41	51	92
TOTAL			804

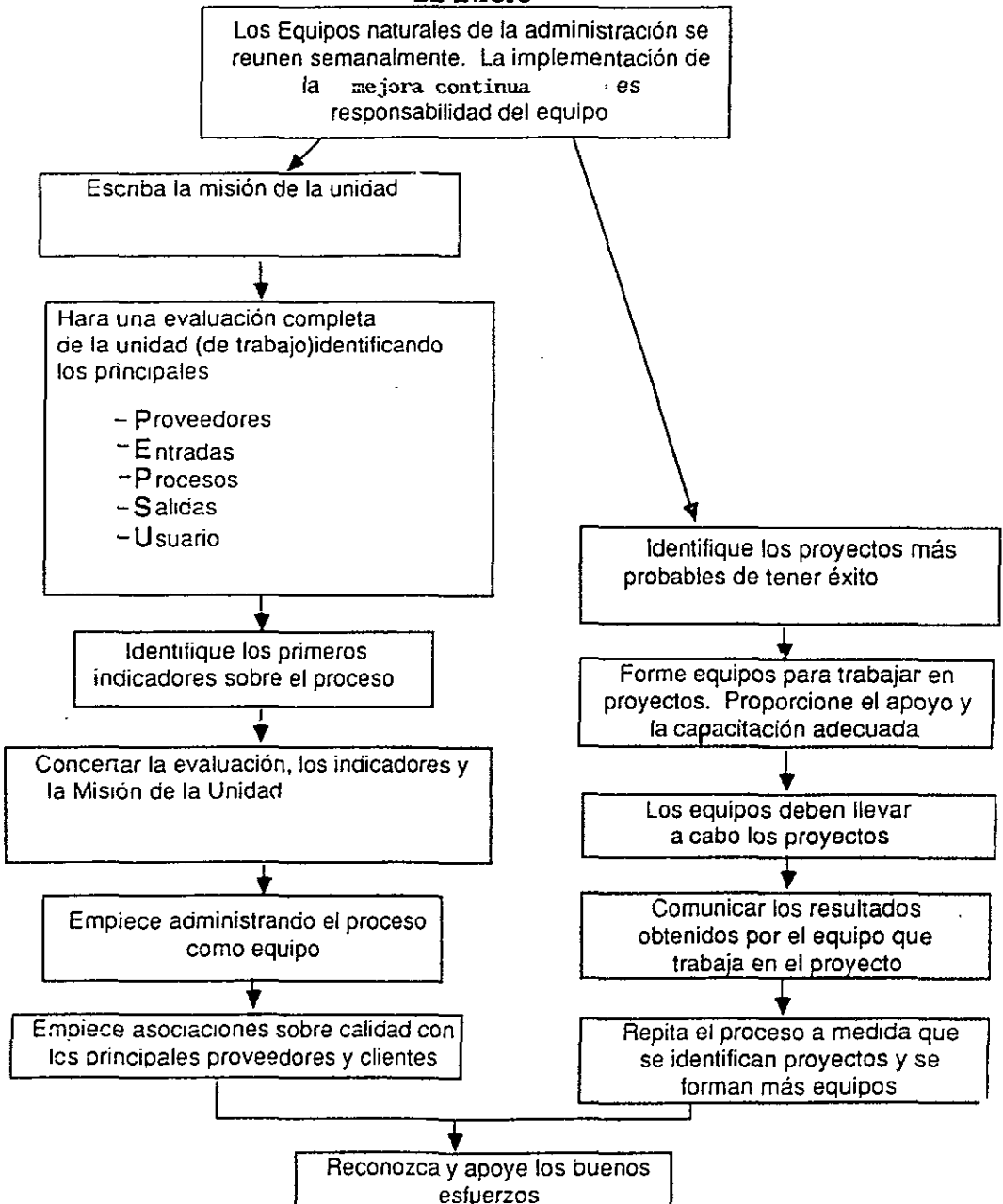
UNIVERSO A CAPACITAR EN NIVEL DELEGACIONAL				
P E R S O N A L	ZONA D.F.	ZONA NORTE	SUBTOTAL	
• JEFES DE SERVICIOS DELEGACIONALES	32	96	128	
• JEFES DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	4	12	16	
• JEFES DE OFICINA DE DESARROLLO	4	12	16	
• ANALISTAS DE DESARROLLO	4	12	16	
• INSTRUCTORES DE DESARROLLO	4	12	16	
• COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN	4	12	16	
• COORDINADOR DE ATENCIÓN MÉDICA	4	12	16	
• JEFES DE DEPARTAMENTO DE GUARDERÍAS	4	12	16	
• ASISTENTE ADMINISTRATIVA DE GUARDERÍAS O ADMINISTRADOR DE GUARDERÍAS.	4	12	16	
* LIDERES DE PROYECTOS				
T O T A L E S	64	192	256	

\* ÉL UNIVERSO DEPENDERA DEL NÚMERO DE EQUIPOS DE PROYECTO QUE SE CONFORMEN

**FASE I  
PREPARACION PARA EL INICIO**



## FASE II EL INICIO

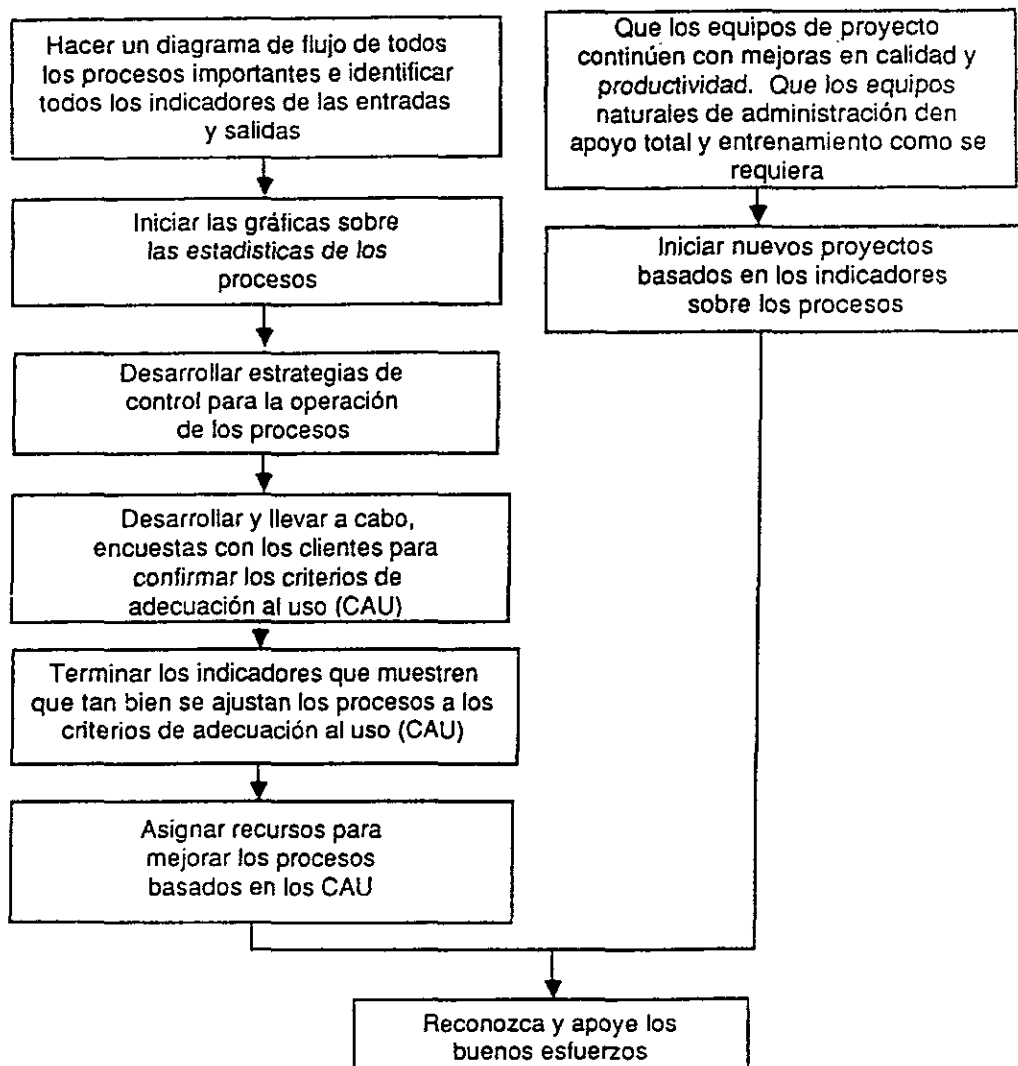




### FASE III

#### TRANSICION HACIA LA MEJORA CONTINUA

Cada equipo natural de administración es responsable de vigilar que se realice lo siguiente



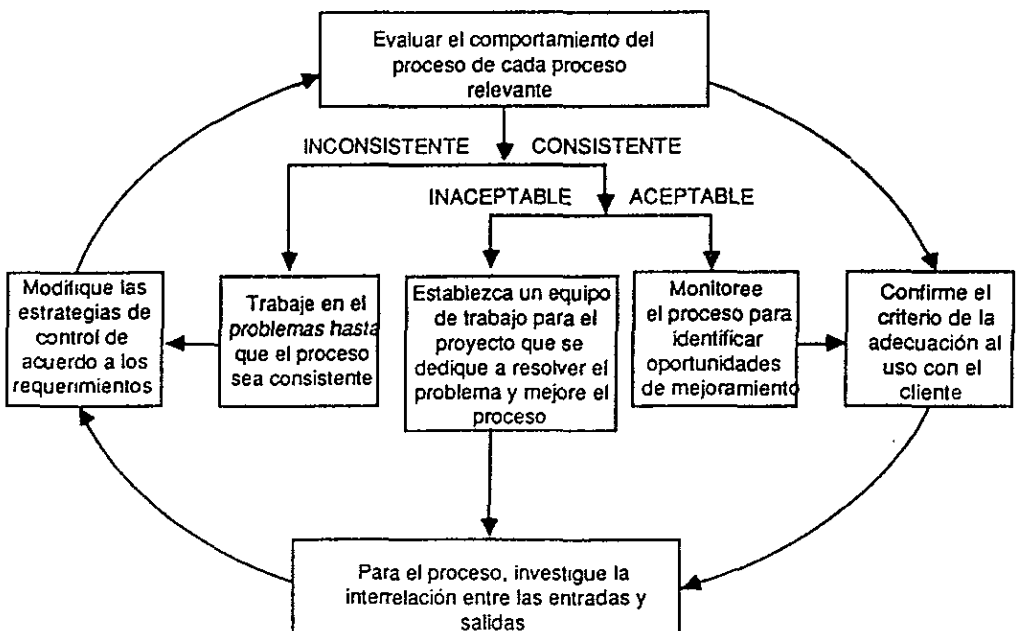
## FASE IV

### MEJORAMIENTO CONTINUO

Cada equipo natural de administración mejorará continuamente y enfatizará

- La orientación hacia el cliente
  - El criterio de la adecuación al uso
  - La asociación sobre la calidad
  - Cliente interno como externo
- Liderazgo
  - Asesoría, orientación, apoyo, etc
  - Practicar con el ejemplo
- El Trabajo en Equipo
  - Participación total
  - Festejos
- Gente
  - Desarrollo
  - Reconocimiento

### • Procesos



*Instituto Mexicano del Seguro Social*  
*Dirección General*

México, D.F., 30 de septiembre de 1992.

"1992: AÑO DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES"

Circular Núm.

La Dirección General, en su firme compromiso y empeño para proseguir con esta etapa de modernización que vive nuestro Instituto, considera, como una tarea imprescindible del camino de reestructuración, promover una nueva cultura de Mejora Continua, que infunda al personal un renovado espíritu de servicio, y que se refleje en una mejor calidad, calidez y solidaridad hacia los derechohabientes.

Por ello, se ha elaborado el "Plan Institucional de Cultura de Mejora Continua", que se implementará gradual y estratégicamente en todo el sistema nacional.

De esta forma, para su conocimiento y participación en este nuevo eslabón de cambio, envío a usted un ejemplar del Plan, que contiene los objetivos, lineamientos generales, estructura organizacional, mecanismos de operación y de implantación, así como también su programación y metas.

Lo invito a contribuir con entusiasmo en este renovado esfuerzo institucional.

A t e n t a m e n t e  
"Seguridad y Solidaridad Social"

EL DIRECTOR GENERAL



EMILIO GAMBOA PATRON



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOJA DE IDENTIFICACION Y AUTORIZACIONES

NOMBRE DEL DOCUMENTO

"PLAN DE CULTURA DE MEJORA CONTINUA"

SINTESIS DEL DOCUMENTO

CONTIENE LAS ACCIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS DE SENSIBILIZACIÓN Y CAPACITACIÓN A TRAVÉS DE LOS CUALES SE LOGRE UN CAMBIO DE CULTURA ORGANIZACIONAL QUE REDUNDE EN UNA MAYOR CALIDAD Y CALIDEZ EN LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA EL I.M.S.S.

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
ADMINISTRATIVA

ARTURO MORALES PORTAS

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
MÉDICA

ROBERTO TREVIÑO GARCÍA MANZO

SUBDIRECCIÓN GENERAL  
DE DELEGACIONES

RAÚL SORRILLA COSTO