

188



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LOS CINCO SERVICIOS  
DE MAYOR DEMANDA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD*

REPORTE LABORAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:  
JESÚS OJEDA TABOADA

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. PATRICIA MERAZ RÍOS



Facultad  
de Psicología México, D. F.

Noviembre 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

# PLAN DE CALIDAD PARA MEJORAR LOS CINCO SERVICIOS DE MAYOR DEMANDA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>I. CALIDAD</b>	
1 1 Precursores de la calidad	8
1 2 Sistema de gestión de la calidad ISO 9000 2000	16
1 3 Trilogía de la calidad	33
1 4 Teoría de grupos	38
1 5 Ruta de la calidad	42
<b>II. CULTURA DE CALIDAD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>	
2 1 Antecedentes de la seguridad social en México	50
2 2 Lineamientos para la mejora continua	50
2 3 Antecedentes sobre cultura de calidad	51
2 4 Delegación IMSS en Tlaxcala	52
2 5 Coordinación de Organización y Calidad	55
<b>III. PLAN DE CALIDAD EN LA DELEGACIÓN TLAXCALA</b>	
3 1 Estructura soporte	61
3 2 Capacitación al equipo estratégico de la operación	62
3 3 Despliegue delegacional	64
3 4 Aplicación de la ruta de la calidad	67
3 5 Resultados	71
<b>IV CONCLUSIONES</b>	
4 1 Compromiso de la alta dirección	84
4 2 Equipo de proyecto	86
4 3 Beneficio del trabajo en equipo	86
4 4 Apoyo logístico a los equipos de proyecto	87
4 5 Premisas básicas para instaurar un programa de calidad	88
4 6 Lecciones aprendidas	89
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>94</b>

## INTRODUCCIÓN

Una de las características más importantes de esta época de cambios vertiginosos y de globalización, es el afán de la búsqueda de la calidad como un mecanismo de superación y como una clave del éxito de ser competitivos, reaccionando más rápidamente a las necesidades y expectativas de los clientes, considerando que

"demandan cada vez más calidad, precio, tiempo de respuesta y respeto a la ecología" (Cantú, 2001 p.4)

La calidad establece no solamente la necesidad de adecuarse a los requerimientos de la población sino además y en forma básica establece el compromiso de promover esquemas de operación y otorgamiento de servicios que prevengan más que remedien, que se anticipen a las necesidades más que a su solución y que se genere una verdadera cultura de calidad

El pensamiento de la calidad debe incorporarse por lo tanto a todos los trabajadores como uno de los valores fundamentales propiciando actitudes laborales constructivas y de servicio

La calidad debe ser producto de una buena planeación, de una excelente gestión gerencial, de educación continua de todo el personal directivo y operativo, de una labor de investigación y de una voluntad de hacer todas las cosas bien para el único fin que es la satisfacción del cliente

Juran (1985-1990) establece que la gestión de calidad se basa en lo que él llama Trilogía de la calidad que consiste en planear, controlar y mejorar, expresa que calidad es adecuación al uso, siendo necesario definir sus características con ausencia de deficiencias, de igual manera señala que la planificación de la calidad es una responsabilidad indelegable de la alta dirección, que se requiere de la creación de un comité de calidad conformado por los más altos directivos y que la mejora de la calidad tiene lugar proyecto a proyecto y de ninguna otra manera, para tal fin se deben de nombrar equipos de proyecto

Los equipos de proyecto son grupos de trabajos interdisciplinarios e interjerárquicos que se constituyen a partir de una decisión del comité de calidad, con la finalidad de cumplir una misión que en términos generales, consiste en resolver un problema

Al respecto Kume (1992, p. 198) menciona

Un problema es el resultado no deseado de una tarea

Solucionar un problema es reducir el resultado deficiente hasta lograr el nivel óptimo. Las causas de los problemas se indagan desde el punto de vista de los hechos y datos y se analiza con precisión la relación entre causa y efecto. Para eliminar realmente el problema se requiere realizar un análisis profundo que permita aislar las causas raíz

que originan los resultados insatisfactorios, luego se diseñan y se implantan medidas para evitar que los factores causales vuelvan a presentarse y por consiguiente resurja el problema. Este procedimiento se denomina ruta de la calidad. Incluye la elaboración de un informe documentando de como se resolvió el problema. La ruta de la calidad consta de ocho pasos: a) definir el proyecto, b) describir la situación actual, c) analizar hechos y datos para aislar las causas raíz, d) establecer acciones para eliminar las causas raíz, e) ejecutar las acciones establecidas, f) verificar los resultados, g) estandarizar resultados y h) documentar y definir nuevos proyectos.

En relación a los cambios en el entorno y modelos de calidad, las organizaciones de salud tienen que adecuarse, debido a que los tiempos actuales les plantean nuevas exigencias, tales como transición demográfica, alimenticia, democrática, epidemiológica que se traducen en la aceptación de nuevos retos a los cuáles es inaplazable dar respuesta mediante calidad, oportunidad y trato digno.

El Dr. Julio Frenk, en su carácter de Secretario de Salud, propone cinco objetivos para mejorar la calidad de la salud: a) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, b) abatir las desigualdades en salud, c) garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, d) asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y e) fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas. Estos objetivos se concretan mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas y cinco estrategias instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema y las segundas influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: a) vincular la salud con el desarrollo económico y social, b) reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, c) enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, d) desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, e) brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, f) construir un federalismo cooperativo en materia de salud, g) fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, h) avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud, i) ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención y j) fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Con anterioridad, el Instituto Mexicano del Seguro Social había desplegado el Plan Integral de Calidad 1988 - 2000 para mejorar sus cinco servicios de mayor demanda: consulta externa de medicina familiar, consulta externa de especialidades, urgencias, cirugía y surtido de recetas.

Por lo tanto, el procedimiento de mejora en la Delegación Tlaxcala, consistió en crear la estructura soporte, constituir el equipo estratégico de la operación, obtener el diagnóstico y desplegar objetivos estratégicos, nominar proyectos e integrar equipos de proyecto.

La operativización del Plan implicó la capacitación continua tanto del equipo estratégico de la operación como de los integrantes de los equipos de proyecto.

En el año de 1998, el Plan Integral de Calidad se pilotó en el Hospital General de Zona No. 1, localizado en la ciudad de Tlaxcala y en Unidad de Medicina Familiar No. 19, situada en Apizaco y posteriormente con base en el aprendizaje adquirido en la gestión para la calidad y equipos de proyecto fue ampliado a otras unidades, ya que los resultados obtenidos en las unidades de prueba abrieron el camino para aplicarlo y transferir experiencias exitosas a otras unidades, mediante la creación de equipos de adopción.

Los resultados obtenidos en la prueba piloto consistieron en estabilizar el tiempo de espera para pasar a consulta de medicina familiar dentro del rango de 30 minutos, que es la referencia nacional disminuir el tiempo de espera para pasar a consulta de urgencias de 31 a 17 minutos incrementar la oportunidad quirúrgica del 69% al 71%, destacando que las especialidades objeto del proyecto que fueron cirugía pediátrica, disminuyó su diferimiento de 65 a 36 días y otorrinolaringología de 11 a 3 días y el mantenimiento del nivel de surtido de recetas por arriba del 95% que es el rango mínimo que marca el indicador institucional.

Como consecuencia de estos resultados el diagnóstico y despliegue delegacional, anualmente es actualizado por el equipo estratégico de la operación como resultado se nominaron al cierre del año de 2001 26 proyectos de los cuales 22 obtuvieron resultados y 4 se abortaron debido a la rotación de los integrantes de los equipos por provenir de diferentes unidades lo que implicaba que no hubiera una secuencia de sesiones ni la aplicación ordenada de la ruta de la calidad.

El presente reporte intenta contribuir al quehacer profesional del Psicólogo en el sentido de que es factible en instituciones que durante muchos años han basado su sistema administrativo en una estructura jerárquica con planeación centralizada y decisiones descendentes de los directivos involucrar a los empleados en la mejora de los procesos mediante una estructura funcional que permite partiendo del análisis reflexivo de la realidad actual, elaborar propuestas de cambio y proyectos de mejora desarrollados por personal operativo. De esta manera la participación interdisciplinaria e interjerárquica permite desarrollar una más amplia perspectiva del estado actual, abordar problemas específicos y plantear soluciones de abajo hacia arriba propiciando el trabajo en equipo, que es la suma de talentos, la puesta en práctica de las ideas y toma de decisiones en consenso, que significa generación de sinergia que impulsa al logro de objetivos favoreciendo la satisfacción personal y el reconocimiento intergrupales en un clima de respeto, confianza y responsabilidad que se comparte. La mejor forma de participar en un equipo de trabajo es con una buena dosis de actitud positiva, de una decisión de mejorar, de adoptar las normas y reglas del grupo de trabajo y estar dispuesto siempre a aprender de los demás y sobre todo aplicar los siguientes principios: a) aceptar que calidad y productividad son principalmente una actitud mental que todos podemos desarrollar, b) certeza de hacer mejor hoy lo que se hizo ayer para superarlo mañana, c) la intención de mejorar siempre la situación actual, sin importar qué tan buena parezca o lo sea en realidad, d) un esfuerzo constante por aplicar tecnología y métodos nuevos y e) actuar con otros en forma coordinada subordinando los intereses a un equipo de trabajo.

En razón de lo anterior, se presenta en este reporte laboral, el procedimiento, herramientas y resultados obtenidos, con la expectativa de aportar una experiencia a la psicología del trabajo

La estructura del presente reporte laboral es la siguiente

**Capítulo I** Se Define el concepto de calidad. Se expresa que está basado en la teoría general de sistemas al ubicar las actividades en la categoría de procesos, con el objeto de precisar que la calidad final es la suma de cada una de las calidades intermedias y en donde el enfoque a la persona es de vital importancia. Se citan las principales aportaciones de los exponentes de la calidad. Se examina la norma ISO 9000, la cual es un conjunto de normas internacionales para la gestión de la calidad. Se explican los principios de gestión de la calidad, el sistema de gestión de la calidad y el proceso de certificación. Se explica el marco teórico de este reporte laboral: Trilogía de Juran (planificación de la calidad, control de la calidad, mejora de la calidad), la estructura y funcionamiento de los equipos de proyecto, los procesos básicos de los grupos (comunicación, cohesión, clima social, moral y resistencia al cambio), la ruta de la calidad y sus herramientas básicas.

**Capítulo II** Se enuncia la Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social y de su Delegación en Tlaxcala, dentro de esta, las programas estratégicos y generales de la Coordinación de Organización y Calidad, se narran los antecedentes de la Seguridad Social en México, se señalan los lineamientos de mejora 1996 – 2000 en donde se hace énfasis en el enfoque al usuario, se comenta la puesta en marcha del Plan Integral de Calidad para mejorar la calidad de los servicios y se describen los antecedentes de calidad en el IMSS.

**Capítulo III** Se presenta el desarrollo del procedimiento del Plan, mediante la creación de estructura soporte formada por directivos institucionales y representantes sindicales, la capacitación a equipo estratégico de la operación, la obtención del diagnóstico delegacional a través de un Taller de análisis y producción, el despliegue de objetivos, la nominación de proyectos, la metodología de solución de problemas de la ruta de la calidad (definir el proyecto, describir la situación actual, analizar hechos y datos para aislar la causa raíz, establecer acciones para eliminar la causa raíz, ejecutar las acciones establecidas, verificar los resultados, estandarizar y documentar y definir nuevos proyectos), los mecanismos de seguimiento y control del Plan Integral de Calidad por parte de los equipos estratégicos de la operación, los resultados y lecciones aprendidas de los proyectos desarrollados.

**Capítulo IV** Contiene las conclusiones relacionadas a este reporte laboral, enfatizando a la alta dirección y su líder máximo como el principal promotor, dirigente y responsable del proceso de la mejora continua, el trabajo en equipo como una oportunidad para generar sinergia y conjuntar esfuerzos para lograr objetivos, mejorar el clima organizacional y la moral, cultivada por una buena comunicación, que favorece la unión y la cohesión, el apoyo logístico por parte del comité hacia los equipos de proyecto para el logro de la misión encomendada y las lecciones aprendidas en el camino de la construcción de la calidad, en donde se reconocen los aspectos favorables y desfavorables de lo realizado para determinar oportunidades y debilidades que superar.

## CAPÍTULO I

### CALIDAD

Calidad es una expresión cuyo significado es muy amplio, por lo que es necesario identificar sus raíces para comprenderlo mejor.

Calidad incorpora aportaciones administrativas, psicológicas, sociológicas, antropológicas económicas y se fundamenta explícita o implícitamente en la teoría general de sistemas. En este sentido, Pola (1998) refiere que calidad total es un programa global de la empresa en el que cada persona y cada departamento asumen el rol de proveedor y cliente.

Calidad sitúa a las actividades en la categoría de procesos en donde se resalta la trascendencia de la secuencia lógica de las fases de los procesos y la interrelación requerida entre todos los componentes del sistema para que se den los resultados esperados derivados de la finalidad que persigue cada proceso que es la satisfacción del cliente.

Calidad es el resultado final de la producción de un bien o servicio que es a su vez el resultado de todos los pasos intermedios de la cadena de producción; así la cadena de producción es una cadena en la cual cada unidad operativa participante, cada trabajador juega un rol de proveedor o prestatario de un insumo y de receptor o usuario del producto; de este modo se establece el mecanismo de autocontrol del propio trabajo.

Cuando una empresa implanta un programa de calidad debe considerar a todos los trabajadores como personas resaltando las capacidades y valores humanos de todos los integrantes de la organización favoreciendo su desarrollo permanente en lo laboral y humano pues del desarrollo de las personas resulta el desarrollo integral y el mejor cumplimiento de la misión. Luego entonces se debe de considerar en una cultura de calidad al equipo de trabajo como la unidad básica debido a que cuando se comparten objetivos comunes y estos son valorados por cada integrante como trascendentes, el trabajo en equipo se orienta con un alto grado de motivación hacia la calidad y la satisfacción del cliente. Este enfoque hacia la satisfacción del cliente le da sentido a los procesos que deben cumplir su finalidad no solamente dentro de las especificaciones técnicas sino además con esta trascendente especificación humana.

Es una forma de vida porque requiere congruencia entre el pensar, el decir y el actuar de tal modo que a la actividad personal favorezca el trabajo de los grupos y los grupos generen una nueva cultura que permita a la organización cumplir de mejor forma su responsabilidad social.

La calidad es eminentemente humana nace de la persona y en ella se arraiga, al concebirse como una actitud personal demanda una elevada vocación de servir, cualidad que innegablemente pone de manifiesto el orgullo y la satisfacción por la actividad que se realiza.

**Calidad, es incorporar en los trabajadores valores de servicio y confianza, pero sobre todo practicar y creer en la calidad. En este sentido, Pola (1988, p.18) señala lo siguiente:**

**"La calidad debe ser un valor compartido por toda la organización, un valor que forme parte de la cultura de la empresa, un valor en el que la gente pueda creer de verdad"**

**En tanto, Cantú (2001 p.5) afirma con respecto a la calidad:**

**"En general se puede decir que calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto o servicio para ser de utilidad a quien se sirve del él. Esto es un producto o servicio es de calidad cuando sus características tangibles o intangibles satisfacen las necesidades del consumidor"**

Por lo anterior, calidad es una alternativa que en los tiempos actuales resulta no solamente útil sino necesaria para propiciar cambios planeados en las organizaciones, como cambio de conducta en cada trabajador, como enfoque administrativo, como una filosofía de ver la vida y de vivirla, una manera distinta de relación de los trabajadores, con los clientes, creando un nuevo ambiente de trabajo, más efectivo en las acciones y también más gratificante en lo personal y en lo organizacional.

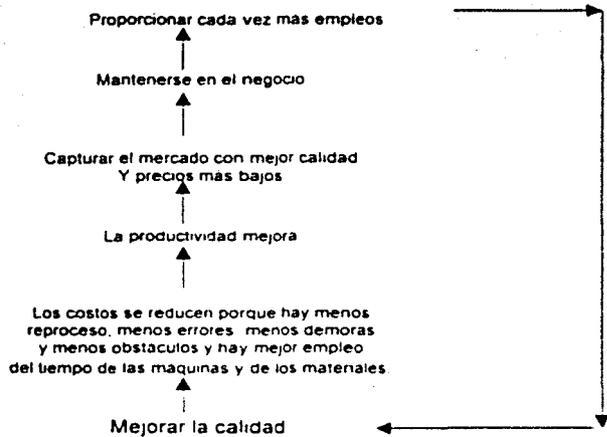
### **1.1. PRECURSORES DE LA CALIDAD**

Cantú (2001) alude que posterior a la segunda guerra mundial se han generado más conocimientos para la administración y operación de organizaciones altamente competitivas, principalmente en Japón y Estados Unidos de América, países en donde se ha gestado la metodología de la calidad total. Las aportaciones (S.N.T.S.S. Sección III, 2001; Cantú, 2001; Mejía, S.F. Dirección de Organización y Calidad, 2000; Rosander, 1991) más relevantes de los precursores de la calidad son las siguientes:

#### **Edwards William Deming**

Las aportaciones de Deming para el mejoramiento de la calidad fueron el control estadístico del proceso, ciclo Deming (planear, hacer, verificar y actuar), catorce puntos para que la administración lleve a la empresa a una posición de productividad y competitividad y las cinco enfermedades mortales de la gerencia.

El modelo de calidad total de Deming se ilustra en la figura 1.1.



**Figura 1.1 Modelo de calidad total de E. Deming  
(Tomado de Mejia, sin fecha)**

En este modelo se aprecia que al mejorar la calidad, se reducen costos, reprocesos, errores y demoras, se maximiza el uso de maquinas, se mejora la productividad y se conquista el mercado con mejor calidad y precios mas bajos por lo que la empresa se mantiene en el mercado y proporciona mas empleos

Los catorce puntos propuestos por Deming son los siguientes

- 1) Ser perseverante en el proposito de mejorar el producto y el servicio mediante un plan estrategico para ser competitivo y permanecer en el mercado lo que implica eliminar permanentemente las características de no calidad tales como demoras, tiempos muertos etc. y minimizar la rotacion del personal directivo
- 2) Adoptar la nueva filosofia. La gerencia debe asumir la responsabilidad del liderazgo de la mejora de la calidad a traves de desarrollar programas de prevencion de errores y tiempos muertos en el desarrollo de los procesos por lo que no debe continuar produciendo productos y servicios de características de no calidad
- 3) No depender de la inspección masiva. Para mejorar la calidad es necesario

tomar decisiones sobre datos del comportamiento del proceso y no en supuestos. Algunas estrategias para evitar inspección masiva son: el convenir contratos con proveedores confiables y de alta calidad, entrega justo a tiempo y evitar los reprocesos controlando la variación de los procesos.

- 4) Terminar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. No convenir con proveedores que no puedan demostrar con evidencia estadística la calidad de sus productos y servicios
- 5) Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio. Es decir mejorar permanentemente las características de calidad, diseño, mantenimiento de equipo y de capacitación, etc
- 6) Institucionalizar la capacitación en el trabajo. La capacitación y desarrollo del personal, debe constituir el factor determinante de la mejora de la calidad. Debe basarse en necesidades reales tales como: recopilación de datos, prevención de errores, trato a clientes
- 7) Implantar el liderazgo mediante métodos modernos de supervisión. El supervisor debe asegurar las acciones de calidad a través de métodos estadísticos, capacitación y atendiendo la voz de usuario, resalta el hecho de que la gerencia debe participar con el personal operativo con el propósito de descubrir y resolver problemas
- 8) Desechar el miedo de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia. La empresa debe romper paradigmas proporcionando confianza, información sobre el comportamiento de los productos y servicios, garantías y eliminar el temor en los empleados para que puedan trabajar eficientemente
- 9) Derribar las barreras que hay entre los departamentos. Los departamentos deben trabajar en equipo derribando obstáculos tales como envidias, celos, miedo al cambio, diferenciar entre causas especiales que deben ser resueltas por los trabajadores y causas comunes que deben ser resueltas por la dirección si desean desarrollar con éxito un programa de calidad
- 10) Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para pedir a la mano de obra "cero defectos" y nuevos niveles de productividad. Las consignas, exhortaciones y la fijación de metas, por sí mismas no tienen ningún efecto para incrementar la productividad, es necesario desarrollar métodos ya que la mayoría de las causas de la mala calidad tienen su origen en el sistema y por lo tanto la mano de obra no tiene control sobre el mismo
- 11) Eliminar los estándares de trabajo y eliminar la gestión por números, en su lugar sustituirlos por el empleo de muestreo aleatorio el cual describe el comportamiento del proceso toda vez que la variación forma parte del mismo y los trabajadores por mucho que se esfuerzan no logran obtener las metas

- 12) Eliminar las barreras que privan a los trabajadores de su derecho de sentirse orgullosos de su trabajo, pues los trabajadores son vitales para la existencia de la empresa, son ellos, con su trabajo quienes determinan la forma de ser y dar vida a la empresa
- 13) Implantar un riguroso programa de educación y de reentrenamiento, la capacitación debe ser un programa continuo para desarrollar las habilidades y destrezas del trabajador
- 14) El logro de los 13 puntos anteriores es tarea de la alta dirección para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad

Las cinco enfermedades mortales de la gerencia se explican a continuación

- 1) Falta de constancia en el propósito para permanecer en el negocio. La gerencia no decide para qué es el negocio, por lo tanto, no hay planificación para el futuro ni metas a largo plazo
- 2) Énfasis en las ganancias a corto plazo al no existir planificación para permanecer en el negocio, no mejora la calidad, se puntualiza el culto al dividendo trimestral, dificultando el crecimiento a largo plazo de la compañía
- 3) Sistema de evaluación del salario también conocido como evaluación de méritos, se refiere a la tasación anual de desempeño por objetivos y logros, es una lotería para los empleados, el efecto es devastador ya que aniquila el trabajo en equipo, fomenta el desempeño a corto plazo y el miedo del personal, ya que no puede contribuir con la compañía como le gustaría hacerlo, aniquila la planeación a largo plazo
- 4) Movilidad de la gerencia, es un efecto de la evaluación anual del desempeño, la gerencia no echa raíces en la compañía, por lo tanto no entiende sus problemas
- 5) Solo uso de cifras visibles en la gerencia, se da poca importancia a cifras desconocidas por ejemplo, no se tienen respuestas a la pregunta, ¿cuál es el efecto multiplicador de un cliente feliz? ¿cuál es el efecto multiplicador de un cliente no feliz? No se puede dirigir a una compañía si no se conocen tanto las cifras visibles como desconocidas o inconocibles

### **Kaoru Ishikawa**

Sus aportaciones se encuentran en su libro ¿Qué es control total de calidad? Ishikawa (1986, P. 40) define el control total de calidad de la siguiente manera:

"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"

Para implantar el control de calidad total, se debe tomar en cuenta lo siguiente

- 1) Conocer los requisitos de los consumidores o sea, no solamente cumplir especificaciones de normas, sino tomar en cuenta las exigencias y necesidades del consumidor mediante la orientación al mismo.
- 2) Saber que comprarán los consumidores, definiendo las características reales del producto o servicio, fijando métodos para medirlas y probarlas y descubrir las características de calidad sustitutas y su relación con las reales.
- 3) No se puede otorgar calidad sin saber el costo, es decir por muy buena que sea la calidad el producto no podrá satisfacer la necesidad del cliente si el precio es excesivo, de ahí la importancia de planear y diseñar la calidad y controlar volúmenes de producción
- 4) Prever los posibles defectos y reclamos, identificando los defectos críticos que son los que tienen que ver con la vida y la seguridad, los defectos grandes, definidos como los que afectan el funcionamiento de un producto o servicio y los defectos menores que son aquellos que no afectan el funcionamiento del producto pero que no gustan a los clientes, por lo tanto hay que realizar consensos entre fabricantes y consumidores para evitarlos
- 5) Tomar las medidas apropiadas. El control de calidad es acción, no palabras, para tal efecto se debe utilizar el círculo de control el cual Ishikawa lo divide en 6 pasos: determinación de metas y objetivos, determinación de métodos para alcanzar las metas, capacitación y adiestramiento, ejecución del trabajo, verificar el trabajo realizado y tomar acciones apropiadas
- 6) El control de calidad es ideal cuando ya no se requiere realizar la inspección

### **Genichi Taguchi**

Su principal aportación fue el desarrollo de métodos de mejoramiento de la productividad y reducir la variabilidad del producto. Gutierrez (1996, p. 43-44) refiere que Taguchi define a la calidad como

La menor pérdida posible que reporta la sociedad por los productos y servicios que adquiere a partir del momento en que el producto sale de la empresa rumbo al mercado.

### **Shigeo Shingo**

Su aportación se centra en la mejora y prevención de errores de calidad. La calidad sólo puede ser obtenida si el producto de manufactura está diseñado y operado con estándares reales.

### **Armand V. Feigenbaum**

Introduce por primera vez la frase calidad total. Su idea de calidad es un modo de vida

corporativa y de administrar una organización. Control de calidad total es un concepto que abarca toda la organización e incluye la puesta en práctica de actividades orientadas hacia el cliente. Señaló que la calidad no solo se centra en el proceso productivo, sino en todas las funciones de la organización; integra los conceptos de la teoría general de sistema, a los de calidad

### **Philip B. Crosby**

La administración de la calidad en el modelo de Crosby, está basada en cuatro principios absolutos (Cantú 2001, p 35)

- "Calidad es cumplir los requisitos
- El sistema de calidad es la prevención
- El estandar de realización es cero defectos
- La medida de la calidad es el precio del incumplimiento"

Derivado de esta clasificación se desprenden los siguientes catorce pasos para mejorar la calidad

- 1) Compromiso de la dirección para mejorar la calidad El directivo debe de hacer énfasis en la necesidad de mejorar la calidad asegurando la participación de todos los miembros de la organización y definiendo políticas de calidad
- 2) Formar equipos para el mejoramiento de la calidad tomando representantes de cada uno de los departamentos con el objeto de mejorar los procesos de trabajo
- 3) Medir la calidad determinado el estado actual en que se encuentra la calidad, mediante el diseño de indicadores para detectar posibles mejoras y documentar mejoras reales el ideal es tener estandares con cero defectos
- 4) Evaluar costos de la no calidad obtener evidencia El costo de la calidad es el censor que hace tomar conciencia a los equipos y a la gerencia de lo que esta sucediendo
- 5) Crear conciencia sobre calidad y su mejora continua por toda la organización mediante el entrenamiento e interacción con el personal
- 6) Aplicar acciones correctivas mediante círculos de calidad o su equivalente
- 7) Planificar el día de cero defectos a través de un subcomite
- 8) Capacitación del personal antes de iniciar los pasos anteriores se debe de capacitar a los trabajadores en la filosofía de cero defectos transmitiéndoles el compromiso de la gerencia

- 9) **Día de la calidad, cero defectos, el establecimiento de la filosofía de cero defectos debe hacerse, un día solemne, alegre y motivante, se debe comunicar que el programa no es pasajero y que la gerencia valora la calidad y que todos los esfuerzos se encaminarán hacia su logro**
- 10) **Establecer metas de mejora consensuadas con el personal a 30,60 y 90 días, las cuales deben ser medibles, realistas y factibles**
- 11) **Eliminar causas de error solicitando al personal que informe inmediatamente sobre cualquier causa que genere defectos y que no pueda corregir, estas observaciones deben ser atendidas en un término de 24 horas**
- 12) **Dar reconocimiento implantando programas de incentivos para dar reconocimiento a aquellos trabajadores que alcancen sus metas o realicen actos sobresalientes, los premios deben ser más de reconocimiento que de aspecto monetario**
- 13) **Formar consejos de calidad con personal staff y líderes quienes deben reunirse con regularidad para discutir, analizar y determinar acciones necesarias para mejorar el programa de calidad implantado**
- 14) **Repetir todo el proceso, toda vez que un programa de mejora continua nunca termina y que existen variables como rotación de personal y del entorno que afectan a la organización**

Adicionalmente presentó la prescripción para la salud corporativa y la vacuna de calidad que son dos ideas para representar la necesidad de las empresas de vacunarse contra la ocurrencia de errores.

### **Joseph M. Juran**

La función de la alta dirección es la gestión de la calidad.

Define a la calidad como adecuación al uso. La gestión de la calidad se basa en la Trilogía Juran:

- a) Planificación de la calidad
- b) Control de la calidad
- c) Mejora de la calidad

La mejora de la calidad se realiza proyecto a proyecto, mediante el diagnóstico de las causas de la mala calidad y los remedios para eliminar las causas.

Las actividades a realizar como parte del viaje del diagnóstico son las siguientes:

- a) Comprensión de los síntomas del problema "verlos con los propios ojos"
- b) Teorizar respecto a las causas. Proponer teorías sobre las causas.

- c). Comprobar las hipótesis. El equipo comprueba las teorías seleccionadas.
- d) Establecer las causas. Identificar la causa real del problema

Las actividades a realizar como parte del viaje remediador son las siguientes:

- a) Fomentar el establecimiento de un remedio
- b) Comprobar el remedio bajo condiciones operativas
- c) Establecer controles para conservar los beneficios, implantado controles, procedimientos, informes y auditorías que garanticen la retención de los beneficios

De las aportaciones de estos autores podemos sintetizar que para lograr una cultura de calidad se deben dar las siguientes condiciones:

1 - Liderazgo: La calidad es un compromiso serio, formal, continuo y a largo plazo de la alta dirección, por lo que debe crear la estructura que asegure la participación y la cooperación de todos los empleados, para tal efecto debe formar el comité de calidad el cual debe sesionar regularmente para coordinar e institucionalizar el proceso de la mejora de la calidad, la administración para la calidad es una actividad que nunca termina, por lo que el directivo debe encargarse personalmente de encabezarla. El quehacer organizacional se deberá significar además del cumplimiento de la misión y visión, hacia la satisfacción del cliente interno y externo.

2 - Planeación estratégica: La planeación estratégica debe ser una herramienta del directivo en su gestión directiva, desarrollando estrategias claras y efectivas así como los planes para lograr la misión y los objetivos, a través de la identificación de los factores de éxito y procesos críticos. Se debe aplicar el enfoque de sistemas tanto por la contextualización global de la organización, como para la aplicación del proceso administrativo y definir las políticas de calidad.

3 - Enfoque al cliente: Todos los integrantes de la organización se deben anticipar a las necesidades de los clientes y cumplir sus requerimientos, por lo tanto debe crear prácticas sistemáticas para tener presente que un producto o servicio quede definido por el cliente y no por la organización.

4 - Desarrollo humano: La capacitación y el desarrollo del personal debe constituir el factor determinante de cambio hacia una cultura de calidad.

5 - Desarrollo organizacional: La organización debe elaborar objetivos de calidad, otorgar reconocimiento a los trabajadores que logren objetivos de calidad en su participación en el programa de calidad. El reconocimiento debe ser público y premiar los éxitos relacionados con las mejoras a la calidad.

Se debe utilizar información solo si es útil y relevante para la administración del trabajo y métodos de supervisión haciendo énfasis en la calidad más que por el nivel de producción.

**6 - Acuerdo con proveedores:** La responsabilidad del aseguramiento de la calidad se basa en la relación proveedor-productor, por lo que deben convenirse políticas y normas de compras

**7 - Mejoramiento de la calidad** se deben realizar mejoras a los procesos mediante equipos de trabajo llámense estos de proyecto, círculos de calidad o de mejora. El trabajo en equipo identifica unos a otros, permite comunicarse en un clima de armonía y respeto se comparten normas convenidas por el equipo, existe una sana dependencia recíproca para el desarrollo de la tarea, se cuenta con el respeto de los demás miembros y se crea una atmósfera de participación y cohesión. Los resultados de la calidad deben ser evaluados mediante el establecimiento de indicadores y métodos de análisis estadísticos.

**8 - Control del proceso** Se debe evitar el desperdicio y los reprocesos haciendo las cosas bien y a la primera vez.

## **1.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9000:2000**

ISO es la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization) cuya objetivo es elaborar normas internacionales.

Es una federación mundial de organismos que tienen actividades relacionadas con la normalización (organismos miembros de ISO). Las normas son elaboradas por comités técnicos de normalización.

Las normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad.

La familia ISO 9000:2000 se define en ISO 9000 sistemas de gestión de calidad (Fundamentos y vocabularios); proporciona los fundamentos de los sistemas de gestión de calidad y especifica los términos de gestión de calidad y sus definiciones. ISO 9001 sistemas de gestión de calidad (Requisitos); ISO 9004 sistemas de gestión de calidad (directrices para la mejora del desempeño); ISO 19011 guía para administrar auditorías de calidad y ambientales (en elaboración).

En la versión 2000 de ISO 9000 solo existe la ISO 9001 como modelo único sujeto a certificación en diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio.

Por lo tanto las empresas pueden realizar la exclusión de algunos capítulos y subcapítulos cuando no son requeridas de acuerdo con las siguientes reglas:

- No se pueden excluir requisitos que afecten la habilidad de la organización para proporcionar productos conformes.
- Solo se pueden excluir elementos definidos en el capítulo 7 "realización del producto".
- Las exclusiones deben indicarse en el manual de calidad.

El objetivo y la aplicación de ISO 9001:2000 es demostrar la capacidad de suministrar constantemente productos o servicios que cumplan los requisitos establecidos y alcanzar la satisfacción del usuario a través del sistema de gestión de la calidad

La norma aplica desde la definición de requisitos del usuario hasta la satisfacción del mismo

La norma utiliza los siguientes términos y definiciones proveedor organización y cliente

Acoger un sistema de calidad es una decisión estratégica de la alta dirección. El diseño y la implementación del sistema de gestión de calidad esta influenciada por necesidades objetivos productos procesos empleados y su estructura

### 1.2.1 Principios de gestión de calidad

Estos principios reflejan las mejores prácticas en gestión de calidad y pueden utilizarse por la alta dirección como un marco de referencia para conducir a su organización hacia la mejora del desempeño

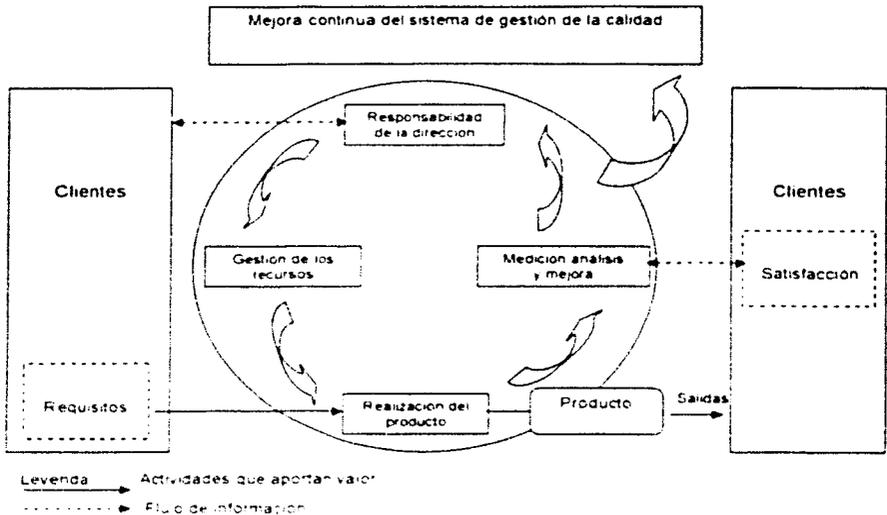
- a) Enfoque al cliente o sea conocer los requisitos de los clientes actuales y futuros satisfacerlos y tratar de exceder sus expectativas
- b) Liderazgo. El líder debe establecer unidad de propósito y dirección de la organización. Debe crear y mantener un ambiente laboral que propicie que el personal se involucre en el logro de los objetivos de la organización
- c) Participación del personal. El personal es la esencia de la organización. Su participación posibilita que las habilidades del personal se aprovechen para beneficio de la organización
- d) Enfoque de procesos. Los resultados deseados se obtienen más eficientemente cuando los resultados y recursos son gestionados como un proceso
- e) Enfoque de sistemas para la gestión. Es identificar entender y administrar un sistema de procesos interrelacionados que contribuya con eficiencia y eficacia al logro de los objetivos
- f) Mejora continua. Debe ser un objetivo permanente de la organización
- g) Toma de decisiones basada en hechos. Las decisiones correctas se fundamentan en el análisis de datos e información
- h) Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. La organización y el proveedor son interdependientes por lo que deben establecer relaciones bilaterales beneficiosas a ambas partes

Un sistema de gestión de calidad esta formado por

- a) La estructura organizacional
- b) Procesos que son un conjunto de actividades interrelacionadas para transformar las entradas (insumos) en salidas (productos o servicios)
- c) Procedimientos o sea formas específicas para llevar a cabo una actividad o proceso

d). Recursos.

El modelo del sistema de gestión de la calidad esta basado en procesos, como se aprecia en la figura número 1.2.



**Figura 1.2 Modelo del sistema de gestión de la calidad basado en procesos**  
(Tomado de la Norma Mexicana IMNC. Sistemas de gestión de la calidad requisitos, sin fecha)

El contenido de la norma ISO 9001 2000 consta de ocho capítulos los cuales se describen

- Capítulo 0 Introducción
- Capítulo 1 Objeto y campo de aplicación
- Capítulo 2 Referencias normativas
- Capítulo 3 Términos y definiciones
- Capítulo 4 Sistema de gestión de calidad
- Capítulo 5 Responsabilidad de la dirección
- Capítulo 6 Administración de recursos
- Capítulo 7 Realización del producto
- Capítulo 8 Medición análisis y mejora

A continuación se describe el sistema de gestión de la calidad-requisitos.

## **4 Sistema de gestión de calidad**

### **4.1 Requisitos generales**

La organización debe establecer, documentar, implantar, mantener y mejorar continuamente la eficacia de su sistema de gestión de calidad

- Identificar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad.
- Determinar la secuencia e interacción de estos procesos
- Determinar criterios y métodos para asegurar operación eficaz
- Asegurar disponibilidad de recursos e información
- Realizar el seguimiento, medición y análisis de los procesos
- Implantar acciones para alcanzar resultados planeados y la mejora continua de los procesos

### **4.2 Requisitos de documentación**

#### **4.2.1 Generalidades**

La documentación del sistema de calidad debe incluir

- Política y objetivos de calidad
- Manual de calidad
- Procedimientos documentados requeridos por la norma
- Documentos necesarios por la organización para planear, operar y controlar sus procesos efectivamente
- Registros requeridos

#### **4.2.2 Manual de calidad**

El Manual de calidad debe incluir

- El alcance del sistema de gestión de calidad incluyendo detalles y justificación de cualquier exclusión
- Los procedimientos documentados o su referencia
- Descripción de la interrelación de procesos
- Procedimientos documentados o su referencia

#### **4.2.3 Control de documentos**

Control de documentos

Procedimiento documentado para controlar la

- Aprobación
- Revisión

- Actualización
- Re-aprobación
- Cambios
- Nivel de revisión de documentos

#### **Disponibilidad de documentos**

- Legibilidad
- Control de documentos de origen externos
- Prevención del uso no intencionado de documentos obsoletos

#### **4.2.4 Requerimientos (Generales de documentación) Control de registros**

Debe existir un procedimiento documentado para el control de registros:

- Identificación
- Protección
- Almacenamiento
- Recuperación
- Retención
- Disposición

Los registros permiten demostrar el cumplimiento de

- Los requisitos del producto/servicio
- Los requisitos del sistema de gestión de calidad

#### **Documentos vs. registros**

Los documentos son aquella información escrita que se utiliza para realizar una actividad. Un registro es información que permite demostrar que se cumplió un requisito/servicio o del sistema de gestión de la calidad.

Ejemplos de documentos: manual de calidad, plan de calidad, diagrama de flujo, instructivo, guía, formato, ejemplo de registros, formatos, requisitos, reporte de auditoría, constancia de capacitación, listas de asistencia, minutas, etc.

### **5 Responsabilidad de la dirección**

#### **5.1 Compromiso de la dirección**

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso para el desarrollo, implantación y mejoramiento del sistema de gestión de calidad.

- Comunicar a la organización la importancia de cumplir con los clientes, así como

con los requisitos regulatorios y legales.

- Establecer la política de calidad y los objetivos de calidad.
- Conducir versiones directivas
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios.

## **5.2 Enfoque cliente**

La alta dirección debe asegurar que los requisitos del cliente sean determinados y cumplidos para incrementar la satisfacción del cliente

## **5.3 Política de calidad**

La alta dirección debe asegurar que la política de calidad

- Es apropiada para los propósitos de la organización
- Incluye un compromiso para cumplir los requisitos y mejorar la eficacia del sistema
- Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad
- Es comunicada y entendida en la organización
- Es revisada para su adecuación continua

## **5.4 Planeación**

### **5.4.1. Objetivos de calidad**

- La alta dirección debe asegurar que los objetivos de calidad para cumplir los requisitos del producto y/o servicio sean establecidos en cada función y nivel relevantes dentro de la organización
- Los objetivos de calidad deben ser medibles y consistentes con las políticas de calidad

### **5.4.2 Planeación de la calidad**

La planeación del sistema de gestión de calidad debe considerar

- La planeación para cumplir los requisitos del 4.1 y los objetivos de calidad (Definición de los procesos necesarios para cumplir los objetivos del producto y los requisitos de la organización)
- Asegurar la integridad del sistema de calidad cuando los cambios al sistema sean planeados e implantados

## **5.5. Responsabilidad, autoridad y comunicación**

### **5.5.1 Responsabilidad y autoridad**

La responsabilidad y autoridad debe ser definida y comunicada en la organización (manual de calidad, manual de organización, procedimientos instructivos, etc.)

### **5.5.2 Representante de la dirección**

La alta dirección debe asignar a un miembro de la dirección que, debe tener autoridad definida para

- Asegurar que los procesos del sistema de gestión de calidad sean establecidos, implantados y mantenidos
- Reportar a la alta gerencia sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad incluyendo las necesidades de mejora
- Promover la concientización sobre los requisitos del usuario en todos los niveles de la organización

### **5.5.3 Comunicación interna**

La organización debe asegurar que se establecen los procesos de comunicación entre los diversos niveles y funciones considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad (Procesos para la comunicación de la política y objetivos calidad requisitos de calidad y los logros)

## **5.6 Revisión directiva**

### **5.6.1. Generalidades**

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de calidad en intervalos planeados, para asegurar su continua aplicabilidad adecuación y efectividad

La revisión debe incluir

- La evaluación de oportunidades de mejora
- La necesidad de cambios al sistema
- Políticas y objetivos de calidad

Los registros de revisión deben mantenerse

### **5.6.2 Entradas de la revisión**

Deben incluir

- Resultados de auditoría
- Retroalimentación del usuario
- Desempeño del proceso y conformidad del producto y/o servicio
- Estatus de acciones preventivas y correctivas
- Seguimiento de acciones de revisiones directivas anteriores
- Cambios que puedan afectar el sistema de gestión de calidad
- Recomendaciones de mejora

### **5.6.3 Salida de la revisión**

Las salidas deben incluir decisiones y acciones relacionadas con:

- Mejoras de la efectividad del sistema de gestión de calidad y sus procesos.
- Mejoras del producto y/o servicio en relación con los requisitos del cliente.
- Necesidades de recursos

## **6. Gestión de recursos**

### **6.1 Provisión de recursos**

- La organización debe determinar y proporcionar, en forma oportuna, los recursos necesarios para
- Implantar, mantener y mejorar la efectividad del sistema de gestión de calidad.
- Incrementar la satisfacción del usuario

### **6.2 Recursos humanos**

#### **6.2.1 General**

El personal que ejecuta tareas que afectan la calidad del producto debe ser competente sobre la base de educación, entrenamiento, habilidades y experiencia

#### **6.2.2 Competencia, concientización y entrenamiento**

La organización debe

- Determinar la competencia del personal que realiza actividades que afectan a la calidad del producto
- Proporcionar entrenamiento u otras acciones para satisfacer esas necesidades
- Evaluar la efectividad de acciones tomadas
- Mantener los registros apropiados de educación, entrenamiento, habilidades y experiencia
- Asegurar que sus empleados estén conscientes de la relevancia e importancia de sus actividades y cómo ellas contribuyen al logro de los objetivos de calidad

### **6.3. Infraestructura**

La organización debe definir, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para alcanzar la conformidad del producto y/o servicio, incluyendo

- Edificios, espacio de trabajo e instalaciones asociadas
- Equipo de proceso (Hardware y software)
- Servicios de apoyo (transporte o comunicaciones)

## **6.4 Ambiente de trabajo**

La organización debe definir y administrar el ambiente de trabajo necesario para alcanzar la conformidad del producto/servicio. (Incluye factores humanos y físicos).

## **7. Realización del producto**

### **7.1 Planeación de la realización del producto y/o servicio**

La organización debe determinar

- Los objetivos de calidad y requisitos del producto y/o servicio
- Procesos, documentos y proporcionar recursos
- La verificación, validación, seguimiento, inspección, pruebas del producto y los criterios de aceptación
- Registros para proporcionar evidencia sobre cumplimiento de los requisitos del producto y/o servicio y el proceso. (En resumen esto se refiere a las actividades de planeación que deben realizarse para producir un nuevo producto o suministrar un nuevo servicio.)

### **7.2 Procesos relacionados con el cliente**

#### **7.2.1 Determinación de requisitos relacionados con el producto y/o servicio.**

La organización debe establecer los requisitos del cliente incluyendo

- Los requisitos del cliente incluyendo los requisitos de entrega y post-entrega
- Requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o intencionado cuando sean conocidos
- Requisitos regulatorios y legales
- Cualquier requisito adicional definido por la organización

#### **7.2.2 Revisión de los requisitos del producto y/o Servicio.**

La organización debe revisar los requisitos del producto y/o servicio antes de comprometerse a entregar al cliente (ofertas, pedidos, contratos, etc.) Debe asegurar que

- Los requisitos del producto son definidos
- Los requisitos que difieran sean resueltos
- La organización tiene la capacidad de cumplir los requisitos

Los registros deben mantenerse cuando

- El cliente no establezca requisitos documentados y estos deben confirmarse.

### **7.2.3 Comunicación con el usuario**

La organización debe determinar e implantar las disposiciones para la comunicación con los clientes relacionados con:

- La información del producto
- Solicitudes, manejo de órdenes y contratos, incluyendo enmiendas.
- Retroalimentación del usuario incluyendo quejas

## **7.3 Diseño y Desarrollo**

### **7.3.1 Planeación del diseño y desarrollo**

- La organización debe planear y controlar el diseño y/o desarrollo del producto y/o servicio

La planeación del diseño y/o desarrollo debe determinar

- Fases del diseño y desarrollo
- La revisión, verificación y validación apropiadas para cada fase del diseño y desarrollo
- Las responsabilidades y autoridad para el diseño
- Las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y/o el desarrollo deben ser administradas para asegurar la efectividad de la comunicación y la claridad de las responsabilidades
- Los resultados de la planeación deben ser actualizados cuando sea apropiado, durante el progreso del diseño y desarrollo

### **7.3.2 Entradas del diseño y desarrollo.**

Las entradas relacionadas con los requisitos del producto y/o servicio deben ser definidas y documentadas. Esto debe incluir

- Requisito de desempeño y funcionales
- Requisitos legales y regulatorios
- Información derivada de diseños previos similares
- Otros requisitos esenciales para el diseño
- Estas entradas deben revisarse deben ser completos y sin ambigüedad o conflictos con otros requisitos

### **7.3.3 Salidas del diseño y desarrollo**

Las salidas del proceso de diseño deben estar de tal forma que se facilite la verificación contra las entradas del diseño y aprobarse antes de su liberación

- Cumplir los requisitos de entrada
- Proporcionar información para compras producción y suministro del servicio

- Contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto.
- Definir las características del producto y/o servicio que son esenciales para su seguridad y uso adecuado.

#### **7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo**

Deben conducirse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo en etapas adecuadas para

- Evaluar la capacidad de los resultados para satisfacer los requisitos
- Identificar problemas y proponer acciones necesarias
- Los participantes en tales revisiones deben incluir representantes de las funciones involucradas con la fase del diseño y desarrollo que esté siendo revisada
- Los resultados de las revisiones de diseño y las acciones necesarias deben ser registrados

#### **7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo**

La verificación de diseño y desarrollo debe ser desempeñada de acuerdo con los arreglos convenidos para asegurar que la salida del diseño cumple las entradas del diseño. Los resultados de la verificación y las acciones necesarias deben ser registrados.

#### **7.3.6 Validación del diseño y/o desarrollo**

- Debe ser realizada la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con los arreglos convenidos para confirmar que el producto o servicio resultante es capaz de cumplir los requisitos para su aplicación o uso intencionado
- Cuando sea aplicable, la validación debe ser llevada a cabo antes de la entrega o implementación del producto
- Los resultados de la validación y las acciones necesarias deben registrarse

#### **7.3.7 Control de cambios en el diseño y/o desarrollo**

- Los cambios o modificaciones en el diseño y/o desarrollo deben ser identificados y registrados
- Los cambios deben ser revisados, verificados o validados como sea apropiado antes de su implantación
- Esto incluye la evaluación del efecto de los cambios en partes constitutivas o productos y/o servicios ya entregados
- Los resultados de las revisiones de los cambios y las acciones necesarias deben registrarse

## **7.4. Compras**

### **7.4.1 Proceso de compras**

- La organización debe asegurar que el producto comprado cumple los requisitos.
- El tipo y extensión del control debe depender del efecto del producto comprado en los procesos de realización y el producto final.
- La organización debe evaluar y seleccionar proveedores basados en la capacidad de éstos para suministrar productos de acuerdo con los requisitos.
- Los criterios de selección y re-evaluación deben ser definidos.
- Los resultados de las evaluaciones y las acciones necesarias deben registrarse.

### **7.4.2 Información de compras**

Los documentos de compras deben describir el producto a ser comprado, incluyendo donde sea apropiado

- Requisitos para aprobación de productos procedimiento, procesos, equipo.
- Requisitos de calificación de personal
- Requisitos de sistemas de gestión de calidad

La organización debe asegurar la adecuación de los requisitos de compra antes de su comunicación al proveedor

### **7.4.3 Verificación del producto comprado**

- La organización debe determinar e implantar la inspección o actividades necesarias para la verificación del producto comprado
- Cuando la organización o sus clientes proponen la realización de actividades de verificación en las instalaciones del proveedor, la organización debe especificar las disposiciones de verificación requeridas y el método de liberación del producto en la información de compras

## **7.5 Producción y prestación del servicio**

### **7.5.1 Control del suministro del producto o servicio**

La organización debe planear y realizar la producción y suministro del producto bajo condiciones controladas que consideren

- La disponibilidad de la información que describa las características del producto
- Donde sea necesario, la disponibilidad de instrucciones de trabajo
- El uso del equipo apropiado
- La disponibilidad y uso de equipos de medición y monitoreo
- La implantación de actividades de monitoreo y medición
- La implantación de actividades de liberación, entrega y post-entrega

### **7.5.2 Validación del proceso de producción y suministro del servicio**

- La organización debe validar cualquier proceso, cuando la salida del mismo no pueda ser verificada mediante una medición o monitoreo posterior
- O cuando las deficiencias de los procesos se hacen evidentes cuando el producto está siendo utilizado
- La validación del proceso debe incluir la demostración de la capacidad de los procesos

La organización debe establecer cuando sea aplicable

- Criterios para revisar y aprobar procesos
- Aprobar equipos y calificar personal
- Uso de métodos y procedimientos
- Registros
- Revalidación

### **7.5.3 Identificación y rastreabilidad**

- Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto mediante medios adecuados a lo largo de la realización del producto
- La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de medición y monitoreo
- La organización debe controlar y registrar la identificación única del producto, cuando la rastreabilidad sea un requisito

### **7.5.4. Propiedades del cliente**

- La organización debe ejercer el cuidado sobre las propiedades del cliente, mientras que estas estén bajo su control
- La organización debe identificar, verificar, proteger y mantener las propiedades del cliente que hayan sido proporcionadas para el uso o incorporación dentro del producto
- Si cualquier propiedad del usuario se pierde, daña o sea encontrada inadecuada para el uso, debe ser registrada y reportada al cliente

Nota: la propiedad del cliente puede incluir propiedad intelectual

### **7.5.5 Preservación del producto**

- La organización debe preservar la conformidad del producto con los requisitos del usuario durante el proceso interno y la entrega al destino deseado
- Esto incluye la identificación, el manejo, el embalaje, el almacenamiento y la protección del producto
- Esto también aplica a partes o componentes de un producto

## **7.6 Control de dispositivos de medición y seguimiento**

- La organización debe identificar las mediciones a realizar y los equipos de medición y seguimiento requerido para proporcionar evidencia de la conformidad del producto con los requisitos especificados
- La organización debe implantar el proceso para asegurar que las mediciones y seguimiento sean realizados de tal manera que sean consistentes con los requisitos de medición

Si es aplicable los equipos de medición y seguimiento deben

- Ser calibrados y ajustados periódicamente antes de su uso contra equipo trazable a patrones internacionales o nacionales. Donde no existen tales patrones la base utilizada para la calibración debe ser registrada
- Ser ajustados o reajustados según sea necesario
- Ser identificados para posibilitar la determinación del estado de calibración
- Salvaguardarse de ajustes que inváliden calibración
- Protegerse de daños durante el manejo mantenimiento y almacenamiento
- Además validar resultados previos si los equipos son encontrados fuera de calibración. Se debe incluir la confirmación de software de seguimiento o prueba

## **8 Medición, análisis y mejora**

### **8.1 Planeación**

La organización debe planear e implantar los procesos de medición, seguimiento, análisis y mejora de los procesos para

- Demostrar conformidad del producto
- Asegurar conformidad del sistema de gestión de la calidad
- Mejorar continuamente la efectividad del sistema de gestión de la calidad
- Esto debe incluir la determinación de la necesidad y uso de metodologías apropiadas incluyendo técnicas estadísticas

### **8.2. Seguimiento y medición**

#### **8.2.1 Satisfacción del cliente**

- La organización debe realizar el seguimiento de la información sobre la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de los requisitos
- Las metodologías para obtener y utilizar esta información deben definirse.

#### **8.2.2 Auditoría interna**

La organización debe conducir auditorías internas periódicas para determinar si el sistema de gestión de calidad

- Es conforme con los requerimientos de la norma ISO 9001.
- Es conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización.
- Ha sido efectivamente implantado y mantenido
- La organización debe planear el programa de auditoria tomando en consideración el estatus e importancia de las actividades y/o áreas a ser auditadas, y de los resultados de auditorias previas
- La selección de auditores debe asegurar objetividad e imparcialidad
- Los auditores no deben auditar su propio trabajo
- Debe tenerse un procedimiento documentado para definir las responsabilidades, planeación y realización de auditorias
- El responsable del area auditada debe establecer acciones sin demora injustificada para eliminar las no conformidades
- El seguimiento debe incluir la verificación de acciones tomadas y el reporte de su verificación

### 8.2.3 Seguimiento y medición de procesos

- La organización debe aplicar metodos adecuados para la medición y seguimiento de los procesos del sistema de gestión de la calidad
- Estos metodos deben confirmar la capacidad del proceso para alcanzar los resultados planeados
- Si no se alcanzan los resultados planeados deben tomarse acciones de corrección y correctivas como sea apropiado

### 8.2.4 Seguimiento y medición del producto.

- La organización debe medir y realizar el seguimiento de las características del producto para verificar que los requisitos son cumplidos
- Debe llevarse a cabo en etapas apropiadas del proceso de realización del producto
- La evidencia de la conformidad con el criterio de aceptación debe ser mantenida
- Los registros de medición y seguimiento deben indicar la autoridad responsable de la liberación del proceso
- La liberación de producto y la prestación del servicio no debe continuar hasta que todas las actividades especificadas han sido completamente satisfactorias, al menos que sean aprobadas por el usuario

### 8.3 Control de no conformidades

La organización debe asegurar que el producto que no este conforme a los requisitos, sea identificado y controlado para evitar el uso o entrega no intencionada

Las actividades deben ser definidas en un procedimiento documentado

La organización debe tratar el producto no conforme por

- Acciones para eliminar la no conformidad detectada.
- Autorización de uso, liberación o aceptación por concesión, si esto es permitido.
- Acciones para impedir el uso o aplicación del producto previsto originalmente.
- El producto no conforme debe ser corregido y sujeto a una reverificación después de la corrección para demostrar conformidad
- Cuando un producto no conforme es detectado después de ser enviado o su uso haya iniciado la organización debe tomar acción apropiada de acuerdo a las consecuencias de la no conformidad

#### **8.4 Análisis de datos**

La organización debe recolectar y analizar los datos pertinentes para

- Determinar la adecuación efectividad del sistema de gestión de calidad
- Identificar donde pueden ser hechas las mejoras
- Esto incluye los datos generados por las actividades de medición y monitoreo y cualquier otra fuente relevante
- La organización debe analizar los datos aplicables para proporcionar información sobre
  - La satisfacción del usuario
  - La conformidad con requisitos del producto
  - Las características de los procesos productos y sus tendencias incluyendo oportunidades de acción preventiva
  - Proveedores

### **8.5. Mejora**

#### **8.5.1 Mejora continua**

La organización debe mejorar la eficacia del sistema de gestión de calidad, a través del uso de

- La política de calidad
- Los objetivos de calidad
- Resultados de la auditoría interna
- Análisis de datos
- Acciones correctivas y preventivas
- Revisión directiva

#### **8.5.2 Acción correctiva**

- La organización debe tomar acción correctiva para eliminar las causas de la no conformidad con el fin de prevenir la recurrencia
- Las acciones correctivas tomadas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas

El procedimiento documentado para la acción correctiva debe definir los requisitos para

- La identificación de no conformidades (incluyendo quejas de los usuarios).
- Determinación de las causas de no conformidades
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a ocurrir
- La determinación e implementación de la acción correctiva necesaria.
- Registrar los resultados de las acciones tomadas
- Revisión de la acción correctiva tomada

### 8.5.3 Acción preventiva

- La organización debe determinar la acción preventiva para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir la ocurrencia
- Las acciones preventivas tomadas deben ser apropiadas al impacto de los problemas potenciales

El Procedimiento documentado para la acción preventiva debe definir los requisitos para

- La identificación de no conformidades potenciales y sus causas
- Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- La determinación e implantación de las acciones necesarias
- El registro de los resultados de la acción tomada
- La revisión de la acción preventiva tomada

### 1.2.2 Proceso de certificación ISO 9000

La certificación es la actividad realizada por una entidad reconocida como independiente de la organización mediante la cual se manifiesta que el sistema de calidad que genera el producto o servicio cumple con las normas internacionales de la Organización Internacional para la Normalización

El proceso de certificación consta de los siguientes pasos

- a) Implantación del sistema
- b) Selección de organismo certificador
- c) Revisión documental en donde se analiza el manual de calidad que describe el sistema de gestión de calidad
- d) Auditoría de diagnóstico o preauditoria, esta puede ser optativa
- e) Auditoría de certificación fase en la que el equipo auditor comprueba la implementación eficaz del sistema de gestión de calidad
- f) Aclaración de no conformidades
- g) Emisión del certificado
- h) Auditorías de vigilancia con el fin de comprobar que se mantienen las condiciones que hicieron merecedor a la organización de la certificación

Como se puede apreciar ISO 9000 es una norma internacional que regula un sistema de dirección de calidad y proporciona las bases y la guía para su implantación y desarrollo. Implica una interrelación real entre el cliente y el proveedor y minimiza el factor de error en la toma de decisiones, ya sea para situaciones cotidianas o especiales.

El beneficio obtenido de la aplicación de ISO 9000 es el hecho de sistematizar los procesos dando como resultado que los productos contengan la calidad que esperan los clientes. Asimismo satisfacer las exigencias del mercado con productos de calidad asegurando a clientes y proveedores que la organización esta comprometida en la mejora continua de sus productos y servicios.

### 1.3 TRILOGIA DE LA CALIDAD

Como se comenta en el Capítulo II el Plan Integral de Calidad tiene como propósitos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social consolidar acciones que impulsen la cultura de la calidad, garantizar el mejoramiento de las interrelaciones de los procesos, asegurando el cumplimiento de los estándares de los servicios para satisfacer las necesidades de los derechohabientes, estimulando y reconociendo a sus trabajadores, como los expertos del proceso.

Al respecto la Unidad de Organización y Calidad (S/F P 6) establece:

Por ello el Plan Integral de Calidad establece una metodología flexible, incluyente y que parte de las demandas sentidas de los derechohabientes para focalizar problemas, así como de la experiencia y conocimiento del personal experto en la prestación de los servicios, para formular propuestas de solución.

El cambio institucional no está supeditado a inversiones económicas, sino sobre todo a la concertación de voluntades de quienes están comprometidos con la Seguridad Social.

Por consiguiente, este trabajo está basado en la trilogía de Joseph M. Juran, teoría de grupos y ruta de la calidad, mismos que se exponen a continuación.

Para gestar calidad es necesario primero pensar en calidad, de modo que toda la organización, a lo largo y ancho, la comparta como un objetivo común.

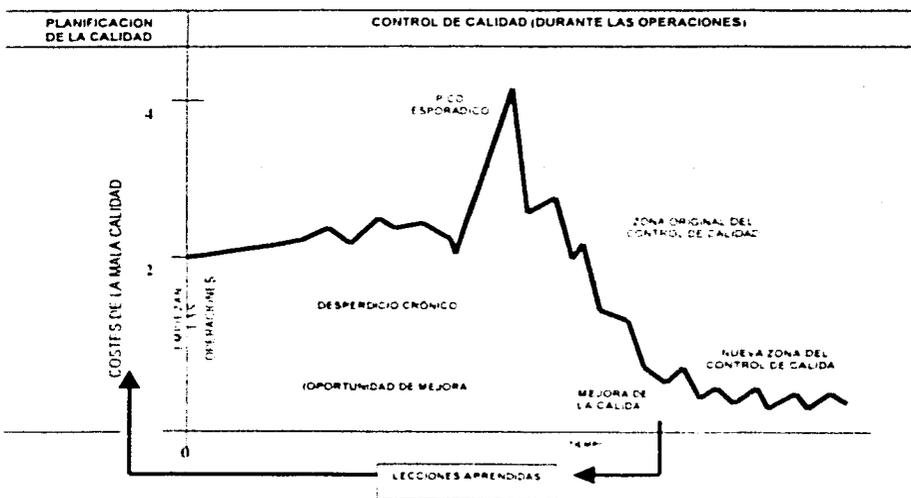
Para tener éxito, se debe facultar a los trabajadores para modificar su medio ambiente de trabajo propiciando causas de participación, el cambio de abajo hacia arriba, a partir de la propuesta de los propios trabajadores para mejorar los procesos de trabajo. Es importante que la alta dirección muestre mediante el ejemplo, que quiere lograr calidad, de no ser así, las personas, no creerán lo que se les está proponiendo, aun cuando el cambio sea también una ventaja para ellos.

La metodología propuesta por Juran, para gestionar la calidad, que es uso total de los medios para lograrla, es la Trilogía Juran, la cual consta de tres procesos universales:

- a) Planificación de la calidad

- b). Control de la calidad.
- c). Mejora de la calidad.

En la figura 1.3, se muestra la interrelación de los tres procesos:



**Figura 1.3 Trilogía de Juran**  
(Tomado de Juran, figura 1.2 1990 P.9-10)

Todo comienza con la planificación de la calidad. El objeto de planificar la calidad es suministrar a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes: productos tales como facturas, pérdida de polietileno, contratos de ventas, llamadas de asistencia técnica, y diseños nuevos para los bienes.

Una vez que se ha completado la planificación, el plan se pasa a las fuerzas operativas. Su trabajo es producir el producto. Al ir progresando las operaciones, vemos que el proceso es deficiente: se pierde el 20 por 100 del esfuerzo operativo. Porque el trabajo se tiene que rehacer debido a las deficiencias de la calidad. Esta pérdida se hace crónica porque el proceso se planificó así.

Bajo patrones convencionales de responsabilidad, las fuerzas operativas son incapaces de eliminar esa pérdida crónica planificada. En vez de ello, lo que hacen es realizar el control de calidad para evitar que las cosas empeoren. El control incluye apagar incendios, tales como ese pico esporádico de la Figura 1.2.

El gráfico también muestra que a su debido tiempo la pérdida crónica se hizo descender a un nivel muy debajo de que se planificó originalmente. Esta ventaja se logró por el tercer proceso

de la tríada: <<mejora de la calidad>>. En efecto, se comprendió que la pérdida crónica también era una oportunidad para mejorar, de modo que se tomaron medidas para no dejar escapar esa oportunidad". (Juran, 1990, p 9-10)

### 1.3.1 Planificación de la calidad

Juran (1990, p 13) afirma

"La planificación de la calidad consiste en desarrollar procesos y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes"

El proceso para planificar la calidad se puede generalizar en una serie coherente de etapas de entrada – salida. En conjunto estas etapas conforman el mapa de carreteras para la planificación de la calidad

En forma descriptiva las etapas del mapa de carreteras para la planificación de la calidad consisten en realizar las siguientes actividades

- 1) Identificar quienes son los clientes. La herramienta de planeación que se utiliza para conocer a los clientes es el diagrama de flujo cuyo beneficio es proporcionar un panorama del conjunto del proceso e identificación de clientes sobre todo de los internos. El término cliente se aplica a todas aquellas personas que es afectada por los productos y procesos que genera una empresa. Los clientes se clasifican en internos que son los que trabajan dentro de la organización y los externos que son los consumidores. Los clientes se clasifican de acuerdo al principio de Pareto en "pocos vitales" y "muchos útiles" por lo que en función de esto la empresa debe establecer estrategias para atenderlos
- 2) Determinar las necesidades de los clientes con el propósito de planificar el producto. Las necesidades se clasifican en manifiestas y reales tales como nutrición y transporte percibidas culturales y de uso intencionado del producto o servicio por parte del cliente. Las necesidades se exploran mediante métodos de investigación de mercado comunicación y simulación. Las necesidades detectadas se organizan utilizando la herramienta hoja de análisis para identificar las necesidades primarias secundarias y terciarias de los clientes
- 3) Traducir las necesidades a nuestro lenguaje. Las organizaciones deben de traducir las necesidades de los clientes a un lenguaje común por lo que se hace necesario la normalización de códigos conceptos y frases que eviten una comunicación ambigua y de múltiples significados. Es de utilidad en esta traducción la herramienta de hoja de análisis adyacente a las necesidades de los clientes con el propósito de determinar las características del servicio que han de satisfacer en forma óptima las necesidades de los clientes
- 4) Desarrollar las características del producto o servicio que respondan de forma óptima a esas necesidades. Producto es el resultado final de un proceso. El desarrollo del producto se asemeja a la "espiral del proceso" es decir desarrollarlo y mejorarlo permanentemente para satisfacer las necesidades de clientes y proveedores para hacerlo más competitivo y minimizar costos. El

diseño del producto debe prever auditoria de calidad como un medio de garantizar que el desarrollo del proceso esta protegido contra errores humanos.

- 5) Desarrollar un proceso que sea óptimamente capaz de producir las características del producto o servicio previo conocimiento de la capacidad del proceso para realizar la misión prevista, identificar los procesos críticos, o sea, aquellos que pueden poner en peligro la vida humana y la ecología a fin de planificarlos con mayores márgenes de seguridad, formar personal en calidad, manejo de métodos y herramientas estadísticas para el análisis y producción de la capacidad y comportamiento del proceso
- 6) Transferir el proceso a las fuerzas operativas. Previo cumplimiento de los siguientes pasos: precontrol que consiste en una prueba del proceso bajo pruebas operativas, prueba piloto que es el paso intermedio entre la etapa de planificación y las operaciones a gran escala, ensayo de planificación ejecutado por un grupo que no éste directamente implicado con el proceso que se está ensayando, simulación que consiste realizar imitaciones de lo que se pretende lograr como ideal para reducir errores, detección precoz de problemas futuros, recolectar datos que ayuden a encontrar el óptimo en términos de costos, capacidad del proceso, instalaciones y otros. Es recomendable que participen en estas fases los trabajadores operativos y los proveedores.

En algunas empresas la transferencia del proceso desde la planificación a la operación esta estructurado y formalizado en un paquete informativo de objetivos que se han de cumplir, instalaciones que se han de utilizar y procedimientos y precauciones a aplicar.

### 1.3.2 Control de la calidad

Juran (1990 p 139) asevera que el control del proceso es

“<<Mantener el statu quo>> mantener un proceso en su estado planificado, de forma que siga siendo capaz de cumplir los objetivos operativos”

Para la aplicación del proceso de control se debe actuar del siguiente modo

- 1) Escoger el objeto del control: definiendo las características del producto o servicio para cada objetivo de control es necesario establecer un objetivo de calidad, es decir, el logro hacia el cual se dirijan todos los esfuerzos
- 2) Elegir las unidades de medida definiendo cantidades que permitan evaluar características en números así como los censores que son métodos o instrumentos que puedan llevar a cabo la evaluación en función de la unidad de medida
- 3) Implantar el sistema de medidas, instrumentos, frecuencia de mediciones y los medios para interpretar y posteriormente llevarlo a la practica
- 4) Medir la actuación real: comparando permanentemente el comportamiento real

del proceso contra las características de calidad a lograr. La medición no debe tomarse como el fin mismo, sino como un medio para tomar decisiones sobre los pocos vitales, detectando tendencias, amenazas y oportunidades

- 5) Interpretar las diferencias reales contra las normales, con el propósito de valorar si el objeto de control está cumpliendo con las especificaciones planeadas
- 6) Actuar según las diferencias, es decir, mantener las acciones realizadas o aplicar este bucle control para lograr el ideal planeado

### 1.3.3 Mejora de la calidad

Sobre este aspecto Juran (1990 p 34) establece

"todas las mejoras de calidad tienen lugar proyecto a proyecto y de ninguna otra manera"; de igual manera señala que "( ) un proyecto es "un problema que se tiene que resolver - una misión concreta que se tiene que ejecutar"

El proceso de mejora propuesto por Juran, consiste en realizar las siguientes actividades

- 1) Comprobar la necesidad de mejora mediante el análisis de los procesos para obtener los problemas vitales
- 2) Identificar proyectos específicos de mejora en función de los pocos vitales, definir políticas de calidad, objetivos de calidad y despliegue de objetivos de calidad, publicación de los proyectos, nominación de integrantes de equipo de proyecto proporcionándoles misión, facilitador y recursos
- 3) Organizar para el diagnóstico, es decir, emprender el viaje del diagnóstico partiendo de los síntomas del problema y desarrollando las siguientes tareas: teorizar sobre el origen de las causas, comprobar las teorías recolectando datos y hechos y en base a estos, identificar las causas raíz del problema
- 4) Aportar soluciones, es decir, realizar el viaje remediador para eliminar las causas raíz
- 5) Comprobar que las soluciones son eficaces bajo las condiciones operativas controlando e identificando las variables que eliminaron las causas raíz, esta actividad además implica instaurar controles para conservar los beneficios obtenidos

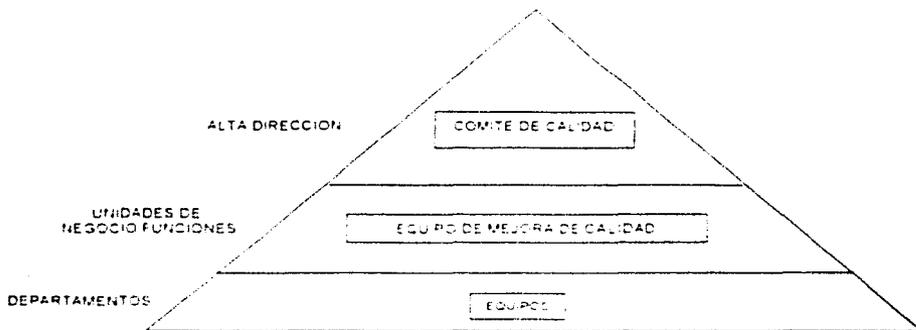
### 1.3.4 Planificación estratégica de la calidad

Juran (1990 p 217) dice que la gestión de la calidad por toda la empresa (GCTE) es

Un enfoque sistemático para establecer y cumplir los objetivos de calidad por toda la empresa"

Establece que la planificación de la calidad requiere además de una estructura para

funcionar, es decir, además de la estructura tradicional, que siempre tiene la responsabilidad formal de los resultados de la operación, debe ser complementada para satisfacer las necesidades de la planeación estratégica para la calidad. Por lo tanto el primer paso es la creación de un comité de calidad. Su presidente debe ser el presidente o el vicepresidente de la empresa. Sus miembros son los jefes de la corporación. A nivel de División, el presidente es el Director general y sus miembros son personas seleccionadas de su staff, como se aprecia en la figura 1.4



**Figura 1.4 Estructura para la calidad**  
(Tomado de Juran Institute, 1998)

La responsabilidad prioritaria del comité de calidad como ya se comentó, es la planificación de la calidad, por ello es estrictamente indispensable que la movilización por la calidad para el diagnóstico integral de la organización. Otras responsabilidades del comité son las siguientes:

- a) Establecer las políticas de calidad
- b) Establecer objetivos de calidad
- c) Nominar proyectos de mejora
- d) Integrar equipos de proyecto
- e) Proporcionar la estructura y los recursos necesarios para llevar a cabo los proyectos
- f) Revisar la actuación de los equipos respecto a los planes y objetivos
- g) Revisar los sistemas de evaluación por méritos de los directivos para reflejar su actuación respecto a los objetivos de control

#### 1.4 TEORÍA DE GRUPOS

En un equipo de trabajo se ponen en juego las capacidades y conocimientos de las personas y sin duda alguna se obtienen mejores resultados tanto en lo laboral como en lo personal que al efectuar una tarea en forma individual pues las personas requieren de otras personas para conformar su identidad, fortalecer sus valores, realizar el proceso de interacción social y compartir sus logros. El trabajo en equipo genera el

**compromiso y el espíritu de colaboración para producir una tarea común y aceptada por todos, con buenos resultados.**

El trabajo de equipo está conformado por un conjunto de personas organizadas generalmente de cuatro a ocho ( de no ser así, se corre el riesgo de que su estructura se haga compleja y por lo tanto dificulte la consecución de los objetivos) con funciones definidas que cuentan con habilidades, preparación y experiencia diversa que se complementan para desarrollar los procedimientos conducentes a la realización de un objetivo en un clima de trabajo de respeto y confianza, la responsabilidad se comparte y el logro de los objetivos es una satisfacción personal y un reconocimiento intergrupales. La confianza mutua, el buen trabajo en equipo y el alto nivel de moral colectiva son circunstancias que tienden a acompañar a los integrantes de los equipos de trabajo.

Como en todo grupo humano (Lindgren 1999, Rees 1999) refieren que en los grupos ocurren procesos básicos que deben tenerse presentes por todos los miembros, para participar conscientemente en ellos.

#### **1.4.1 La comunicación**

La comunicación en un grupo es un proceso básico. Uno de los axiomas de la comunicación dice que "no es posible no comunicarse" entendiéndose que toda conducta es comunicación y en el ser humano no es posible una no conducta. Toda conducta tiene valor de mensaje, explícito o implícito en el proceso de comunicación del grupo.

La comunicación es el intercambio de información mediante el cual existe interacción entre los miembros de un grupo.

El proceso de comunicación debe producirse en forma multilateral, con pertinencia para escuchar y con claridad para expresarse en forma ordenada y participativa.

#### **1.4.2 La cohesión**

Es considerada como el grado de atracción que mantiene la unión de un grupo. Es la capacidad de las personas para tener relaciones armónicas entre sí, cuanto más compartibles son los miembros de un grupo más atractivo les es este. La cohesión de un grupo se refleja en el grado en que sus miembros se adhieren a pautas uniformes de conducta o normas de grupo, compartirlas y aceptarlas, lo que les brinda un sentido de unidad.

#### **1.4.3 Clima social**

El clima social es la atmósfera emocional que se manifiesta en los grupos. Es influido por el tipo de liderazgo (autócrata, democrático, dejar hacer) y por la percepción que cada miembro tiene del grupo.

Debe procurarse para favorecerlo líderes democráticos que estimulen una buena comunicación, confianza, colaboración, optimismo respecto a la misión encomendada y favorecer el trabajo intelectual.

#### **1.4.4 Moral**

Se entiende como el sentimiento de confianza y optimismo respecto a la tarea que hay que realizar o los problemas que deben solucionarse, por la responsabilidad y los valores sociales que sustentan cada uno de los integrantes del grupo.

#### **1.4.5 Resistencia al Cambio**

Las personas se resisten a los cambios incluso cuando son para su propio beneficio, el líder debe propiciar confianza, escuchar activamente y propiciar la toma de decisiones por consenso.

#### **1.4.6 Estructura y funcionamiento de los equipos de proyecto**

Como se ha explicado anteriormente Juran establece que toda mejora se realiza proyecto a proyecto. En tal sentido, una vez identificados y nominados los proyectos, se integran los equipos de proyecto conformados por individuos interdependientes, interdisciplinarios e interjerárquicos.

Millar y Howard (1991, citados por Delgado 2001) indican que existen tres tipos de equipos:

- 1) Equipos funcionales formados por personas que realizan trabajos iguales y que por lo tanto utilizan la misma habilidad.
- 2) Equipos interfuncionales integrados por individuos con diferentes habilidades y funciones, pero que en equipo atienden el mismo proceso y a los mismos clientes. Estos equipos están conformados por miembros pertenecientes por lo menos a dos funciones diferentes.
- 3) Equipos Multifuncionales compuestos por miembros permanentemente asignados a un proceso pero debido a que tienen habilidades diferentes, pueden realizar funciones diferentes.

Los equipos de proyecto se constituyen a partir de la decisión del comité de calidad o equipo estratégico de la operación, con la finalidad de desarrollar una tarea específica durante un tiempo determinado, generalmente 6 meses, para contribuir al proceso de mejora continua de la operación.

El equipo estratégico de la operación, de acuerdo a lo establecido en el despliegue delegacional, determina los proyectos y nombra a los equipos de proyecto correspondientes.

Cada equipo de proyecto está formado de cuatro a ocho integrantes, coordinado por uno de ellos en su rol de líder. Tienen una misión específica que en términos generales consiste en analizar un proceso y proponer en base a la ruta de la calidad,

mejoras factibles al mismo. Al inicio de esta tarea se precisa el periodo durante el cual desarrollarán sus actividades en relación a la misión que tienen, para presentar sus aportaciones al equipo estratégico de la operación, quien evalúa el trabajo realizado y los cambios obtenidos, y en base a su trascendencia, formaliza su aplicación y generalización.

Queda definido entonces que los equipos de proyecto son una estructura temporal de tipo interfuncional, que conducidos por un líder aplican la ruta de la calidad en la mejora de los procesos de trabajo.

Durante su operación los equipos de proyecto sesionan cuando menos una vez por semana, dos horas, y retroalimentan al comité por conducto de su líder, de los progresos obtenidos.

Los integrantes del equipo de proyecto asumen los siguientes roles:

1. Líder: Es miembro del equipo. Sus responsabilidades son elaborar la orden del día, moderar, asegurar el cumplimiento de las tareas y comunicar los progresos del equipo de proyecto al comité de calidad.
2. Facilitador: No es miembro del equipo, es un instructor - consultor. Actúa como enlace entre el equipo de proyecto y el comité, ayuda a mejorar la dinámica del equipo, coordina actividades con el líder y el secretario, proporciona retroalimentación sobre la eficacia del equipo, ayuda al equipo a interpretar datos.  
  
El facilitador no participa en las tareas asignadas al equipo.
3. Secretario: Es miembro del equipo. Prepara y distribuye actas y ordenes del día, redacta los acuerdos del equipo de proyecto, es elegido por el equipo de proyecto, puede ser rotativo.
4. Controlador del tiempo: Es miembro de equipo. Controla el tiempo de las sesiones, así como el de las tareas que se tengan que realizar, es elegido por el equipo de proyecto, puede ser rotativo.

Como se puede deducir, trabajar en equipo significa laborar juntos compartiendo objetivos aceptados por todos los integrantes. En él podemos desarrollarnos integralmente y lograr un trabajo de más calidad. Cuando se trabaja así, se desarrolla una de de las mejores formas de solidaridad, ya que además de apoyarse, se aprende más, por lo que nuestro reto y motivación suben y nuestra satisfacción aumenta. En trabajo en equipo se alcanzan resultados más satisfactorios que en el trabajo individual. El trabajo en equipo requiere de coordinarse mejor, por lo que se debe establecer una mejor y más constante comunicación, además de acuerdos que todos aceptan como necesarios, para estar dispuestos a realizar cambios en los procesos, eso distingue al grupo, obtiene más calidad, aprendizaje y cohesión. El equipo debe elaborar normas, para realizar las tareas y para comunicarse, por lo que estas dan un sentimiento de pertenencia, donde cada uno de sus integrantes es considerado como importante.

multiplicando el aprendizaje y estableciendo una verdadera satisfacción dado que las decisiones y soluciones consensuadas mejorarán notablemente la calidad de los servicios o productos, por estar unidas todas las experiencias y las capacidades de todos los integrantes del grupo de trabajo.

## 1.5 LA RUTA DE LA CALIDAD

Un equipo de proyecto, busca en forma metódica las áreas de oportunidad dentro de determinado proceso y sus integrantes aportan sus conocimientos, experiencia y voluntad para su mejora. La metodología que utilizan se denomina ruta de la calidad, la cual se ha definido como

“un procedimiento para solucionar problemas. En terminos usados en ella, un problema se define de la siguiente manera: “un problema es el resultado no deseado de una tarea” (Kume, 1992, p.198).

Un problema, refiere Kume (1992) se soluciona aplicando los siguientes siete pasos que se describen en la tabla 1.1

PASOS	DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES
1	Problema del problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mostrar que el problema que se esta tratando es mas importante que otro</li> <li>Mostrar el contexto del problema y cual ha sido su curso</li> <li>Expresar los resultados no deseados del desempeño deficiente</li> <li>Describir la perdida en el actual desempeño y cuanto necesita mejorarse</li> <li>Plantear un tema y una meta</li> <li>Nombrar a los miembros y lider del equipo</li> <li>Elaborar un presupuesto estimado para la mejora</li> <li>Elaborar un cronograma de mejora</li> </ul>
2	Observacion Reconocimiento de las características del problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>Investigar el problema desde diferentes puntos de vista (tiempo, lugar, tipo y sintoma) para descubrir las características del problema</li> <li>Investigar para descubrir factores de las causas del problema</li> <li>Recoger informacion necesaria que no pueda ponerse en forma de datos</li> </ul>
3	Analisis Descubrir cuales son las causas principales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantear hipótesis</li> <li>Someter a prueba las hipótesis</li> </ul>
4	Accion Realizar acciones para eliminar las principales causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar distinciones entre las acciones realizadas para solucionar fenomenos (remedio inmediato) y las acciones realizadas para eliminar los factores causales (prevención de recurrencia)</li> <li>Cerciorarse de que las acciones no producen otros problemas</li> <li>Diseñar varias propuestas diferentes de acción</li> </ul>
5	Verificacion Asegurarse de que el problema haya sido prevenido desde su raíz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comparar los datos obtenidos sobre el problema antes y despues de las acciones realizadas</li> <li>Convertir el efecto en terminos monetarios y comparar el resultado con el valor objetivo</li> <li>Hacer una lista de cualquier efecto, bueno o malo</li> </ul>

6	Estandarización Eliminar permanentemente la causa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para el trabajo mejorado, identificar claramente: Quién, Cuándo, Dónde, Qué, Porque y Cómo, y usarse como un estándar</li> <li>• Las preparaciones y comunicaciones necesarias respecto a los estándares deben realizarse correctamente</li> <li>• Implementarse educación y entrenamiento</li> <li>• Diseñar un sistema de responsabilidad para verificar si los estándares se están observando</li> </ul>
7	Conclusion Revisar el procedimiento seguido en la solución del problema y planear el trabajo futuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una lista de los problemas que permanecen</li> <li>• Planear que hay que hacer para solucionar esos problemas</li> <li>• Pensar sobre lo que ha funcionado bien y lo que no ha funcionado en las actividades de mejoramiento</li> </ul>

**Tabla 1.1 Ruta de la calidad.**

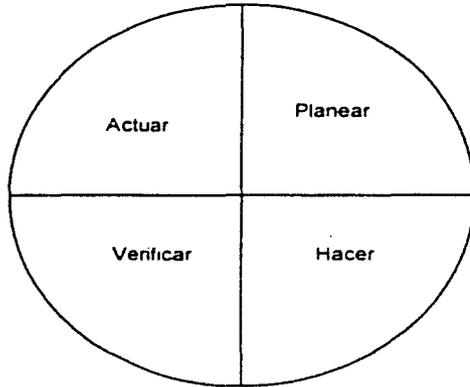
En tanto Rodríguez (1988) refiere que la ruta de la calidad nació en Japón como un medio para estandarizar las presentaciones de los círculos de calidad convirtiéndose en una metodología no solo de presentación del proyecto sino de la solución problemas. Por lo tanto la ruta de la calidad es un procedimiento básico para resolver problemas de una forma científica racional efectiva y eficiente, consta de siete pasos los cuales se resumen tabla 1.2

PASO	DESCRIPCIÓN	ACCIONES
1	Seleccionar el problema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el problema</li> <li>• Decidir el tópico. Darte nombre al proyecto</li> </ul>
2	Observar y establecer metas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolectar los datos</li> <li>• Decidir la característica a atacar</li> <li>• Establecer meta, cantidad y plazo</li> </ul>
3	Planear las actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir que hacer</li> <li>• Fijar actividades, calendario, responsabilidades</li> </ul>
4	Analizar causas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar posibles causas</li> <li>• Analizar la factibilidad y relación</li> <li>• Seleccionar causas para eliminarlas</li> </ul>
5	Implantar acciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar diferentes alternativas de solución</li> <li>• Planear ejecución de acciones</li> <li>• Implantar acciones</li> </ul>
6	Evaluar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar los resultados de las acciones</li> <li>• Comparar resultados y metas</li> <li>• Identificar beneficios tangibles e intangibles</li> </ul>
7	Estandarización control y documentación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer nuevos estándares y revisar los anteriores</li> <li>• Decidir métodos de control</li> <li>• Familiarizar a toda la gente involucrada con los nuevos métodos</li> <li>• Capacitar</li> <li>• Documentar y presentar el proyecto</li> </ul>

**Tabla 1.2 Ruta de la calidad.**

Esta metodología ha demostrado ser sumamente efectiva para realizar proyectos de mejora (Cantu 2001: Nacional Financiera S.N.C. Centro de Calidad del Instituto

Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey – Campus Monterrey, 1992) es un procedimiento para operar con detalle los elementos del ciclo PHVA, (planear, hacer, verificar y actuar) de Shewhart / Deming, de hecho es la base de la solución de problemas de la metodología de la ruta de la calidad, tal y como se aprecia en la figura 1.5:



**Figura 1.5 Ciclo de mejora de Shewhart / Deming**

Como se puede apreciar en la tabla 1.3. El ciclo PHVA proporciona una visión global de lo que se tiene que hacer en todo proceso de mejora continua en tanto que la ruta de la calidad desglosa las principales acciones que se tienen que llevar a cabo en cada una de las etapas o elementos generales por lo tanto la relación que existe entre el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) y la ruta de la calidad es la siguiente:

CICLO	RUTA DE LA CALIDAD	ACTIVIDADES
PLANEAR	1) Definir el Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorizar el proyecto a abordar, valorar la factibilidad de obtener su logro, establecer la meta a lograr basada en un indicador de calidad</li> </ul>
	2) Describir la situación actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información objetiva y confiable del problema que se desea solucionar</li> </ul>
	3) Analizar hechos y datos para aislar las causas raíz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las causas para identificar la causas raíz del problema y diseñar soluciones para eliminarlas</li> </ul>
	4) Establecer acciones para eliminar las causa raíz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar el programa de trabajo para eliminar las causas raíz</li> </ul>
HACER	5) Ejecutar las acciones establecidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el programa de trabajo midiendo y registrando los resultados obtenidos</li> </ul>
VERIFICAR	6) Verificar los resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar los resultados parciales y finales obtenidos comparándolos contra la meta planeada</li> </ul>
ACTUAR	7) Estandarizar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar las acciones exitosas a los procedimientos de cada puesto de trabajo</li> </ul>
	8) Documentar y definir nuevos proyectos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar el proceso realizado otorgar reconocimiento y nominar nuevos proyectos</li> </ul>

**Tabla 1.3 Relación ciclo PHVA/Ruta de la calidad.**

Se sintetiza de estos dos esquemas que

la ruta de la calidad es una metodología que se emplea para resolver problemas o para introducir mejoras cuando se considera que una situación es estable.

Es un ejercicio de trabajo reflexivo que evita que los equipos de proyecto salten de un síntoma a un remedio, que dejen de lado causas importantes o que escojan la "solución sin criterio".  
 Dirección de Organización y Calidad, 1988, p.121.

La ruta de la calidad, es una metodología muy efectiva para llevar a cabo proyectos de mejora basándose en hechos y datos, y no en supuestos de tal forma que el proyecto está respaldado sobre bases sólidas y no sobre intuiciones y suposiciones.

### 1.5.1 La ruta de la calidad y sus herramientas básicas

En el desarrollo del proyecto, el equipo de proyecto, utiliza además, las herramientas básicas de calidad (Kume, 1992; Coordinación de Organización y Calidad 1998,1999; Crespo & Associates Inc. 1992), las cuales se muestran en la tabla 1.4:

HERRAMIENTA	UTILIDAD
Hoja de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para reunir datos en la observación de las muestras con el fin de detectar tendencias. Este es el punto lógico de inicio en la mayoría de los ciclos de solución de problemas.</li> </ul>
Diagrama de flujo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para identificar la trayectoria actual e ideal que sigue un producto o servicio con el fin de identificar desviaciones.</li> </ul>
Diagrama de Pareto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para mostrar la importancia relativa de todos los problemas o condiciones a fin de seleccionar el punto de inicio para la solución de problemas o para la identificación de la causa fundamental de un problema.</li> </ul>
Diagrama de causa efecto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para explorar y mostrar todas las causas posibles de un problema o una condición específica.</li> </ul>
Histograma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para descubrir y mostrar la distribución de datos graficando con barras el número de unidades en cada categoría.</li> </ul>
Diagrama de dispersión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para mostrar lo que sucede a una variable cuando otra cambia, con la finalidad de probar la teoría de que las dos variables se relacionan.</li> </ul>
Gráfico de control	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para saber si la variabilidad de un proceso es debida a causas aleatorias o si es debida a causas asignables a fin de determinar si el proceso está bajo control (estadísticamente hablando).</li> </ul>

Tabla 1.4 Herramientas básicas para la calidad

Así como las técnicas que se describen en la tabla 1.5

TECNICAS	UTILIDAD						
Lluvia de ideas	<p>Para ayudar al grupo a crear tantas ideas como sea posible en el menor tiempo disponible.</p> <p>Es puede ser usada de 2 formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estructurada: es decir cada persona del grupo debe dar alguna idea conforme al turno que le toca.</li> <li>Sin estructurar: los miembros del grupo aportan ideas tan pronto les vienen a la mente.</li> </ul>						
5w/1h	<p>Se utilizan para planear el trabajo.</p> <p>Se utilizan para responder a las preguntas:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>What? ¿Qué?</td> <td>Why? ¿Por qué?</td> </tr> <tr> <td>Who? ¿Quién?</td> <td>Where? ¿Dónde?</td> </tr> <tr> <td>When? ¿Cuándo?</td> <td>How? ¿Cómo?</td> </tr> </table>	What? ¿Qué?	Why? ¿Por qué?	Who? ¿Quién?	Where? ¿Dónde?	When? ¿Cuándo?	How? ¿Cómo?
What? ¿Qué?	Why? ¿Por qué?						
Who? ¿Quién?	Where? ¿Dónde?						
When? ¿Cuándo?	How? ¿Cómo?						
Estratificación	<p>Se utiliza para clasificar datos e identificar su estructura y afinidad. Generalmente se hace partiendo de la clasificación de factores que inciden en un proceso o en un servicio: 4M (MH: maquina, metodo, materiales, medio ambiente) y mano de obra.</p>						

Tabla 1.5 Técnicas para la calidad

Por todo lo anterior, la edificación de la calidad, requiere de dos componentes: determinación de la alta dirección y metodología. Sin determinación, sin voluntad de cambio, sin motivación suficiente para este proceso de cambio, sin ganas de hacerlo no se logrará. Se requiere una determinación cotidiana y perseverante, porque ningún cambio importante es fácil.

Pero también se requiere una metodología apropiada: aspectos teóricos y congruentes que marquen el camino, el nuevo camino, una mejor manera de hacer las actividades, una metodología que nos permita mejorar objetivamente.

El marco teórico de este reporte laboral está basado en la Trilogía Juran de Joseph M. Juran debido a su enfoque basado en la planeación, control y mejora, por ser una metodología flexible, incluyente que parte de la identificación de las áreas de oportunidad y de reconocer y aprovechar la experiencia y conocimiento del personal para mejorar los procesos de trabajo.

En la administración para la calidad, la alta dirección dirigida por su líder máximo, es el eje fundamental del cambio, pues en el ejercicio de la función directiva de la calidad, se desarrolla un liderazgo en el que el esquema de autoridad autocrática ya anacrónica, se sustituye por una dirección participativa con enfoque situacional, en el que se demuestra confianza al grupo de trabajo, otorgando la autonomía que se requiera en la mejora de los procesos, delegando correlativamente la responsabilidad asignada, la autoridad necesaria y facilitando con esto el desarrollo progresivo de las organizaciones y de sus trabajadores. La alta dirección debe propiciar la participación comprometida de la representación sindical para favorecer el desarrollo de la cultura de la calidad, considerando como referencia, la satisfacción de los usuarios, la aplicación racional de los recursos y la conjunción solidaria de los esfuerzos.

La Dirección participativa implica propiciar formas sistematizadas de participación del personal para la mejora de los procesos formando equipos de proyecto o grupos de mejora, previa capacitación en la metodología de resolución de problemas, sin perder de vista que en todo grupo se manifiestan los procesos básicos, explicados ya en este reporte laboral.

Los trabajadores han sido contratados, entrenados y puestos a trabajar con funciones rígidas y una conducta basada en la obediencia. Toda la experiencia acumulada en el trabajo efectuado sirve de muy poco para mejorar los procesos, ya que el conocimiento de los trabajadores no es aprovechado para modificar esquemas tradicionales de trabajo, ya que no están dentro de las funciones asignadas. Los directivos toman las decisiones significativas y las transfieren a la operación. Los trabajadores no tienen que pensar, solo cumplen las ordenes recibidas.

A partir de 1950 se inició en Japón el proceso que modificó el concepto de la calidad y de las organizaciones. Este proceso, introducido por William Edwards Deming y Joseph M. Juran, derivó en la formación de los primeros círculos de calidad, predecesores de los actuales equipos de mejora continua o equipos de proyecto. Por su naturaleza interdisciplinaria, los equipos de proyecto abordan problemas crónicos de la

organización logrando metas superiores de efectividad que logran la satisfacción de los clientes, mejores resultados para la organización, la comunidad y mejor calidad de vida para los empleados.

Una de las grandes contribuciones de los grupos de trabajo es la resolución de problemas. Cuando los trabajadores se enfocan sobre objetivos comunes aflora la sinergia y la colaboración al planificar o resolver problemas, genera productos que son a menudo mejores que los de cualquier miembro individual o su grupo. La colaboración se considera una actividad que redunde en mejores resultados, debido a la cohesión del grupo. En otras palabras la mejora continua es un sistema y filosofía gerencial que organiza a los empleados y procesos para obtener el máximo valor y la satisfacción de los clientes. Por lo tanto, la mejora continua se aplica a partir del uso de la metodología de la ruta de la calidad y herramientas estadísticas que utilizadas por los equipos interfuncionales permiten un análisis riguroso de los problemas crónicos que afectan los resultados detectando así sus causas raíz y permitiendo el desarrollo de planes de acción que rompen con los paradigmas y preconceptos establecidos.

## CAPÍTULO II

### CULTURA DE CALIDAD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el instrumento básico de la Seguridad Social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de la Ley del Seguro Social, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos

El artículo segundo de la Ley del Seguro Social (2002) establece que

"La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales será garantizada por el Estado"

#### Misión

El Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) declara que su misión es

"La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez la vejez o la muerte. La protección se extiende no sólo a la salud, prerequisite indispensable de toda actividad sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide en forma temporal o permanente, que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva

Un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo complementa las prestaciones fundamentales y se orienta a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre

La Ley del Seguro Social expresa así todo lo anterior, la seguridad social tiene por finalidad, garantizar 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. El principal instrumento de la seguridad social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la institución llamada IMSS

La misión implica una decidida toma de postura en favor de la clase trabajadora y sus familiares, misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables

Simultáneamente por la misma índole de su encargo, el instituto actúa como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuye así a la consecución de la justicia social en el país

Entre otras funciones, la labor institucional ayuda a amortiguar presiones sociales y políticas. Los trabajadores mexicanos consideran al IMSS como una de las conquistas definitivas después de muchos años de luchas sociales y como un patrimonio al que no están dispuestos a renunciar"

## 2.1 ANTECEDENTES DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO

El 5 de febrero de 1917, se promulga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 123 fracción XXIX, señala lo siguiente

'Es de utilidad Pública la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, de servicio de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.'

En 1935 el Presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de Ley del Seguro Social, aunque el proyecto no logró cristalizarse, sin embargo su labor social aportó aspectos básicos para su posterior realización. Los principales puntos tratados en esta iniciativa eran los siguientes: cobertura de los riesgos por enfermedad profesional, accidentes de trabajo, enfermedad no profesional, maternidad, vejez, invalidez y desocupación involuntaria.

En diciembre de 1942, el Presidente de la República, General Manuel Ávila Camacho, envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, la cual fue aprobada por el Congreso de la Unión en diciembre de 1942 y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

El 6 de enero de 1944, se puso en marcha formalmente, el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

## 2.2 LINEAMIENTOS PARA LA MEJORA CONTINUA

Los Lineamientos Estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social 1996-2000 (IMSS, S/F, p 11) señalan:

'La nueva etapa del IMSS se caracterizará por el enfoque al usuario, lo que significa que todas las acciones se encaminarán a mejorar la percepción que de los servicios tienen los usuarios, lo cual se llevará a cabo mediante la agilización de procesos, el mejoramiento de la actitud de servicio por parte del personal y el establecimiento de sistemas de información que permitan medir efectivamente la satisfacción de los usuarios.'

En la LXXXII Asamblea General Ordinaria celebrada en el mes de febrero de 1998 (IMSS, 1998, P 27) el Director General estableció que en ese año:

nos abocaremos a elevar los niveles de eficiencia operativa e incorporar líneas de acción orientadas a la satisfacción del usuario y a la calidad en el servicio.

En razón de esta declaración, la priorización de la Institución se enfocaría al mejoramiento de los niveles de suministro y control de abasto, disminuir los tiempos de espera en medicina familiar y urgencias, mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades y atención quirúrgica mediante una gran movilización a favor de la calidad.

La Dirección de Organización y Calidad (1999) señala en ese sentido, que el H. Consejo Técnico había autorizado el Plan Integral de Calidad como un medio de lograr mejoras en los procesos de mayor demanda tales como el servicio de consulta externa de medicina familiar, servicio de consulta externa de especialidades, servicio de cirugía, servicio de urgencias y surtido de recetas, con la participación de los trabajadores y la creación de la Unidad de Organización y Calidad con la tarea de conducir el Plan, erigiendo para tal efecto, la estructura soporte

## 2.3 ANTECEDENTES SOBRE CULTURA DE CALIDAD

El Instituto Mexicano del Seguro Social en la construcción de la cultura de la calidad ha introducido y operado diversos programas para cumplir de mejor manera su importante función social que consiste en otorgar servicios que dejen cada vez más satisfechos a sus usuarios y den mayor satisfacción y sentido de pertenencia a sus trabajadores. Al respecto la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente y la Unidad de Organización y Calidad (sin fecha) describen el camino recorrido por IMSS para lograr una cultura de calidad

- 1) En el año de 1966 creó el sistema de capacitación y desarrollo del personal, respaldando principalmente el cambio de actitudes del personal
- 2) De 1974 a 1978 introdujo el programa "desarrollo organizacional", promoviendo una administración participativa y haciendo énfasis en la motivación y el trabajo en equipo
- 3) De 1988 a 1992 instituyó los círculos de calidad y el uso de herramientas básicas para la mejora continua así como el programa de desarrollo para la alta dirección con el seminario "En búsqueda de la calidad y la excelencia" con el propósito de sentar las bases para considerar a la calidad como el camino a seguir en el mejoramiento de los sistemas de trabajo
- 4) En 1990 en respuesta al Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994 constituyó el comité de calidad del IMSS
- 5) En el lapso 1991 a 1994 con las experiencias obtenidas del programa de desarrollo para la alta dirección y del comité de calidad en el IMSS, introdujo la planeación estratégica. Bajo este esquema puso en marcha el programa de modernización institucional en 14 delegaciones del sistema Institucional. El programa tuvo dos vertientes: a) primera la aplicación de un pensamiento estratégico, es decir, a partir del conocimiento objetivo de situación actual, construir una visión a futuro del modelo ideal a alcanzar; b) segunda construir el plan estratégico, introducir herramientas de calidad e integrar equipos de trabajo para resolver problemas identificados
- 6) En 1996 La Comisión Ejecutiva del IMSS en su acuerdo 21/9 autorizó que las Delegaciones que hubieran elaborado su planeación estratégica cuyos componentes fuesen la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los

indicadores institucionales, se crearan los consejos delegacionales de calidad, a su vez, cuando la mayor parte de las Delegaciones contaron con ellos, se constituyeran los consejos regionales de calidad, concluyendo con el consejo institucional de calidad.

- 7) En 1997 la Coordinación General de Atención y Orientación al Derechohabiente es facultada para captar la opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio a través del comportamiento de quejas, encuestas y autorías de calidad
- 8) En 1988 nace el Plan Integral de Calidad acogiendo el aprendizaje organizacional citado, hacia un proceso de cambio planeado, articulado con personal del ámbito operativo y normativo

## 2.4 DELEGACIÓN DEL IMSS EN TLAXCALA

La Delegación del IMSS en Tlaxcala inició operaciones el 28 de Marzo de 1981, sin embargo en el Estado de Tlaxcala la Seguridad Social tiene una antigüedad mayor, pues fue el cuarto Estado de la República en ser incorporado sólo antecedido por Nuevo León, Jalisco y Puebla y desde 1950 existen clínicas del IMSS siendo las primeras las que operaron en Tlaxcala, Panzacola y Chiautempan

Al mes de junio de 2002 la población del estado de Tlaxcala es de 1, 060,000 habitantes, de estos 363 845 conforman su población económicamente activa. Los trabajadores afiliados al IMSS son 75 862 que representan el 20.85% en relación a la población económicamente activa. La población amparada dentro del régimen ordinario es de 349,252 habitantes que representan el 32.95% en relación a la población total del Estado, dentro del esquema IMSS Oportunidades se atienden 2,805 personas que es el 0.26% en relación a la población total del Estado

El ISSSTE por su parte tiene una población amparada de 74,748 derechohabientes que representan el 7.05% en relación a la población total del Estado y SSA tiene una población ampara de 633 195 personas, lo que equivale al 59.74% de la población total de Estado

Los daños a la salud predominantes en la población derechohabiente del IMSS, expresados como los principales motivos de demanda de consulta externa son los siguientes

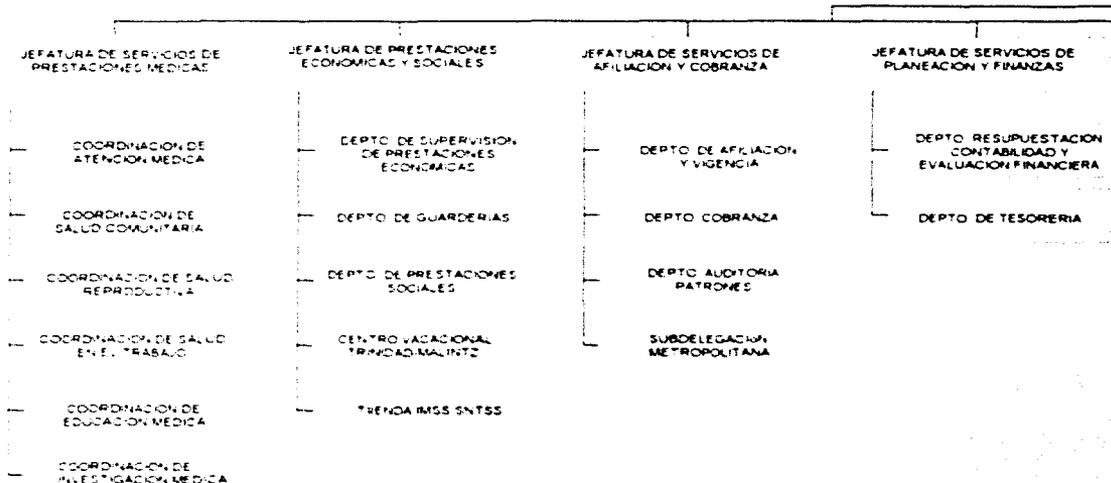
- a) Faringitis aguda
- b) Hipertension esencia primaria
- c) Rinofaringitis aguda
- d) Diabetes mellitas insulino dependiente
- e) Infecciones agudas vias respiratorias superiores
- f) Supervision embarazo normal

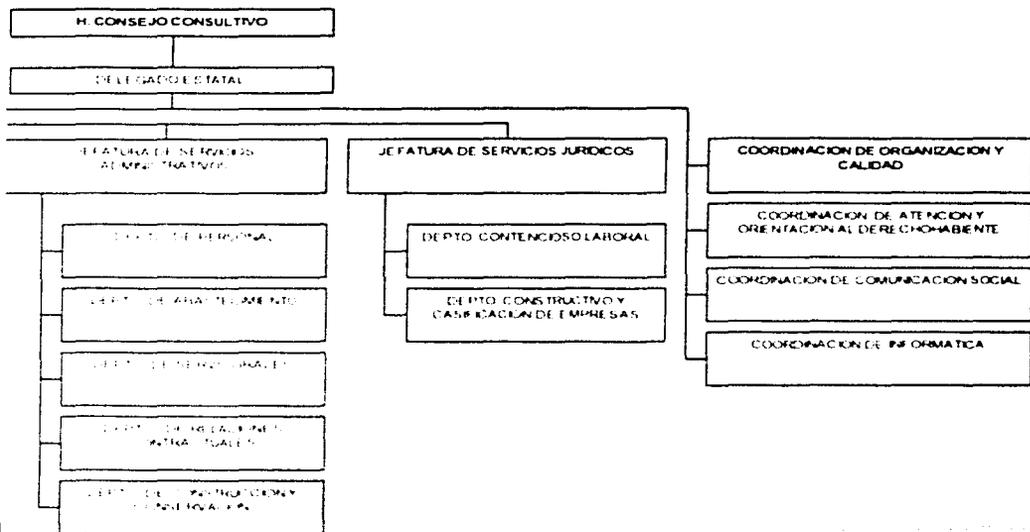
Para la atención de la población derechohabiente en Tlaxcala, el Instituto cuenta con 14 Unidades de Medicina Familiar, un Hospital General de Zona, un Hospital de Subzona con Medicina Familiar y un Hospital General de Zona con Medicina Familiar.

Su capacidad física instalada es la manera siguiente.

1) Camas censables	132
2) Consultorios de medicina familiar	51
3) Consultorios de especialidades	20
4) Consultorios de urgencias	7
5) Consultorios de otros servicios	9
6) Salas de cirugía	5
7) Salas de expulsión	3
8) Peines de laboratorio	13
9) Salas de radiodiagnostico	4

Para cumplir con su responsabilidad social, el IMSS en Tlaxcala cuenta con la siguiente estructura, que se muestra en la figura 2.1





**Figura 2.1 Estructura**

### **2.4.1 Misión de la Delegación del IMSS en Tlaxcala**

Cómo Delegación, alineada a la misión institucional, el Cuerpo de Gobierno Delegacional consensó la siguiente declaración

"Conjuntar todos los esfuerzos para otorgar a nuestros usuarios, los servicios institucionales en forma eficiente, con calidad, solidaridad y trato digno, que satisfagan sus expectativas y necesidades de salud integral, favoreciendo el incremento de su nivel de vida, así como el desarrollo económico y social del Estado de Tlaxcala" (Plan Estratégico Delegación Tlaxcala, elaborado en 1994 y actualizado en 1999)

## **2.5 COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**

La Coordinación de Organización y Calidad tiene como objetivo general apoyar a los niveles delegacionales y operativos en la identificación de áreas de oportunidad, requerimiento de instructores, impulsar el modelo de gestión Premio IMSS de calidad, integración de equipos de proyecto y ejecución del Plan Integral de Calidad

Las principales funciones específicas son

- a) Coordinar la ejecución de programas derivados de modelos de organización aprobados por la Institución
- b) Identificar los requerimientos e instructores guía, técnicos habilitados, para llevar a cabo las acciones de capacitación y asesoría
- c) Facilitar la información al equipo estratégico de la operación para llevar a cabo las acciones de mejoramiento continuo y del fomento de cultura de calidad
- d) Asesorar al equipo estratégico de la operación sobre la integración de equipos de proyecto, la identificación de áreas de oportunidad, la aplicación de criterios para la selección y aprobación de propuestas de cambio y de metodología para el aseguramiento de la calidad
- e) Asesorar a los directivos sobre la implantación y desarrollo del modelo de gestión Premio IMSS de Calidad
- f) Participar en la implantación, seguimiento y evaluación de resultados de las pruebas piloto
- g) Asesorar a las diferentes áreas delegacionales sobre la ejecución de estudios de diagnóstico situacional, identificación de áreas de oportunidad y determinación de metodologías
- h) Formación directiva

### **2.5.1 Programas estratégicos a cargo de la Coordinación de Organización y Calidad**

#### **A) Plan Integral de Calidad**

Es una estrategia institucional de cambio de cultura organizacional. Su objetivo general es consolidar las acciones Institucionales y Sindicales que impulsen de manera

unificada la cultura de la calidad y garanticen el mejoramiento interno de las interrelaciones de los procesos, para asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los derechohabientes, estimulando y reconociendo a sus trabajadores como los actores principales de este proceso.

#### **B) Modelo de gestión Premio IMSS de Calidad**

Favorecer en las unidades operativas la implementación de la metodología del Premio IMSS de Calidad como Modelo de gestión, para impulsar y fortalecer la cultura de calidad en el Instituto.

#### **C) Cruzada por la Calidad de los servicios de salud**

Elevar la calidad de los servicios expresada como trato digno y atención efectiva, eficiente, ética y segura, y llevarla a niveles aceptables homogéneos que sean claramente percibidos por la población

#### **D) Formación directiva**

Desarrollar habilidades de liderazgo en los directivos y mandos medios institucionales, fortalecer la administración de los procesos, eficientando el uso de los recursos y con un enfoque de competencia y de crecimiento laboral que permita transitar de una cultura organizacional hacia una de calidad

### **2.5.2 Programas generales**

#### **A) Capacitación**

Esta sustentada en la detección de necesidades y orientada a favorecer progresivamente la formación del perfil laboral para cada actividad en relación al puesto entendido este como una unidad de trabajo específica e impersonal, constituido por un conjunto de actividades a realizar, aptitudes y responsabilidades que se deben de poseer y a su descripción que es el registro escrito de funciones, responsabilidades y atribuciones previstas para un puesto de trabajo. La capacitación se aplica en los siguientes niveles

#### **B) Formación operativa**

Tiene como objetivo desarrollar y/o fortalecer el perfil laboral de los trabajadores operativos para desempeñar con calidad su trabajo cotidiano en la prestación de los servicios con un enfoque de procesos, trabajando en equipo y orientado hacia una cultura de calidad. Comprende

#### **C) Capacitación selectiva**

Se proporciona a los aspirantes que desean ocupar una categoría que el Contrato

Colectivo de trabajo del Instituto, prevea este tipo de capacitación.

#### **D) Inducción al área y al puesto**

Se proporciona al trabajador información general de la estructura y objetivos generales de su área de adscripción

Las acciones de inducción al área y al puesto se proporcionan al trabajador cuando ingresa a su nueva área laboral por cualquiera de los siguientes movimientos: Reciente contratación, cambio de rama, promoción escalafonaria, ocupación de plazas de confianza, cambios de adscripción y cambios de residencia

#### **E) Capacitación y adiestramiento en el puesto para personal de base y confianza**

Dirigida tanto a trabajadores de reciente contratación así como a los que ya laboran en la Institución

Se proporciona capacitación técnica tomando con base los programas generales de los puestos de trabajo aprobados por las áreas Normativas

Al personal de reciente contratación se le imparte como capacitación básica, el módulo Integración a la misión institucional y sindical con el propósito de proporcionarle información acerca de la historia, filosofía y doctrina de la seguridad social, Ley del Seguro Social, organización y funcionamiento del IMSS y del Sindicato, ordenamientos legales y contractuales que rigen las relaciones laborales, ética laboral, necesidad, importancia y trascendencia de cada uno de los puestos en el logro de la misión institucional y sindical y así como el módulo "seguridad e higiene en el trabajo", en forma general o específica a cada área o puesto de trabajo

#### **D) Capacitación continúa en el trabajo**

Su objetivo es actualizar los conocimientos técnicos de los trabajadores como consecuencia de cambios tecnológicos y normativos

##### **2.5.3 Habilitación de instructores**

Habilitación de instructores para impartir cursos al personal institucional

##### **2.5.4 Servicio Social**

Administración del servicio social y prácticas profesionales de pasantes, en áreas técnico administrativas

##### **2.5.5 Reconocimiento de meritos laborales**

- 1) Reconocimiento al personal institucional que además de sus actividades laborales pactadas imparte cursos de capacitación

- 2) Reconocimiento a la antigüedad a trabajadores por 20, 25 y 30 años de servicio.
- 3) Reconocimiento al personal que se jubila por años de servicio.

### 2.5.6 Apoyo técnico

Aplicación del proceso administrativo a las actividades propias de la capacitación.

Como se aprecia, la Institución cuenta con una estructura, normatividad y programas para la capacitación de su personal y con la puesta en marcha del Plan Integral de Calidad la capacitación se constituyó en el factor determinante en impulsarlo como el detonante de una cultura calidad, propiciando la creación del comité de calidad, la interacción y mejora de los procesos y sus indicadores, para mejorar los servicios proporcionados a los derechohabientes

La Unidad de Organización de Calidad (S/F p 2) establece que

"Como eje fundamental para la acción del PIC, se reconoce que la calidad y la efectividad de sus servicios curativos no están en duda, por el contrario, son una fortaleza de la Institución

Los Servicios Médicos del IMSS preservan la salud de millones de mexicanos, y sin duda han jugado un papel fundamental en la elevación de los niveles de vida y salud de las nuevas generaciones a partir de los años cuarenta

Por otra parte, el costo de sus servicios, en relación con sus coberturas, en gran parte es más económico que los del sector privado. En otras palabras, el costo-beneficio social es equilibrado

Por lo tanto, no es la efectividad de los servicios lo que reclama mayor calidad, si bien esta debe incrementarse. El problema que enfrenta la Institución es que el usuario demanda, justificadamente, mayor oportunidad, mejor trato, información y suficiencia de insumos alrededor de la atención médica."

El Plan Integral de Calidad (PIC) fue elaborado por la Dirección General, a través de la Unidad de Organización y Calidad con los siguientes objetivos:

- a) Mejorar la calidad de los servicios, en función de la satisfacción de los usuarios y trabajadores
- b) Asegurar la adecuada interrelación de los procesos
- c) Incorporar la cultura de calidad al quehacer institucional
- d) Fortalecer la aplicación de criterios homogéneos de la administración y aseguramiento de la calidad para la mejora continua

Para lograr estos objetivos, se diseñaron las siguientes estrategias:

- a) Involucrar a los tres niveles de decisión de la estructura institucional y a la representación sindical en estructura de equipo para el cambio
- b) Asesorar, capacitar y conducir las acciones para el logro del cambio planeado hacia la calidad
- c) Documentar los cambios de los procesos que conducen a la mejora continua de los servicios, a través de la actualización de la normatividad

- d). Implantar sistemas de medición y evaluación, para la correcta conducción del cambio, así como otorgar premios y reconocimientos.

Para desarrollar estos objetivos y estrategias se diseñó la siguiente organización.

- a) Equipo estratégico integrado originalmente por la alta dirección y posteriormente por el comité ejecutivo nacional del Sindicato Nacional de trabajadores del Seguro Social, con la tarea de elaborar el diagnóstico integral del Instituto Mexicano del Seguro Social para efectos del Plan Integral de Calidad
- b) Equipo guía integrado por expertos en los procesos normativos y operativos con la misión de obtener el diagnóstico nacional para cada uno de los servicios para efectos del Plan Integral de Calidad
- c) Equipo estratégico de la operación constituido por el cuerpo de gobierno delegacional; integrándose posteriormente el comité ejecutivo seccional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, tiene como objetivo elaborar la planificación de la calidad en el ámbito delegacional partiendo del diagnóstico obtenido por el equipo guía y organizar, apoyar y evaluar a los equipos de proyecto
- d) Equipos de proyecto integrado por expertos operativos de los procesos y con la misión de identificar causas y diseñar soluciones

En este sentido mi tarea en la Delegación Tlaxcala consistió en difundir, capacitar, implantar y desarrollar el Plan Integral de Calidad 1998-2000 como una estrategia para mejorar los servicios estratégicos de consulta externa de medicina familiar, consulta externa de especialidades, cirugía, urgencias y surtido de recetas, los cuales según el diagnóstico realizado por los equipos guía de servicio y el equipo estratégico de la operación no cumplían con las especificaciones de las características establecidas, como se expone en el capítulo III de este reporte laboral.

### CAPÍTULO III

#### PLAN DE CALIDAD EN LA DELEGACIÓN TLAXCALA

Para hablar de calidad, es necesario primero definir su término. Juran (1990) como se expuso en el tema "precursores de la calidad", refiere que es la adecuación al uso. En tal sentido describe que en términos del comportamiento del producto o servicio es necesario definir sus características, las cuales deben ser con ausencia de deficiencias.

Por lo tanto para la Delegación Tlaxcala, desde este punto de vista, calidad es satisfacer los requisitos del derechohabiente, definiendo las características de los servicios.

Partimos de un diagnóstico que reflejó características de no calidad de los servicios sujetos del Plan de mejora como se aprecia en la tabla 3.1

SERVICIO	CARACTERÍSTICA	ESTANDAR	SITUACIÓN ORIGINAL
Consulta externa de medicina familiar	Oportunidad	Tiempo de espera igual o menor a 30 minutos	Tiempo promedio de espera en el primer cuatrimestre 60 minutos
Consulta externa de especialidades	Oportunidad	Otorgar la Consulta de especialidades dentro de los 10 días posteriores a la solicitud del médico tratante	43.72% de oportunidad
Cirugía	Oportunidad	Realizar la intervención quirúrgica dentro de los 10 días naturales a partir de la solicitud del médico tratante	69.57% de oportunidad
Urgencias	Oportunidad	Tiempo de espera igual o menor a 15 minutos	Tiempo promedio 31 minutos de espera
Surtido de recetas	Recetas surtidas en forma completa	> 95 % de recetas surtidas en forma completa	98.87% de recetas surtidas

**Tabla 3.1 Diagnóstico de cinco servicios estratégicos**

Como puede apreciarse, el otorgamiento de los servicios no satisfacía la característica de oportunidad, excepto el surtido de recetas, en consecuencia estaban fuera de las especificaciones técnicas por lo que proporcionaban una oportunidad de mejora cuestionando las actuales formas, tareas, procedimientos, normas y estilos de trabajo, involucrando al personal operativo organizado en equipos de proyecto, ya que el trabajo en equipo representa una forma más eficiente de hacer las cosas, facilita la coordinación de las acciones, favorece el desempeño del grupo, se acrecenta el sentido de pertenencia y la corresponsabilidad.

Previo a la ejecución del Plan, la Unidad de Organización y Calidad, me capacitó sobre el modelo de calidad de Juran, ruta de la calidad, funcionamiento de equipos de proyecto y ruta de la calidad, aspectos metodológicos que se explican a continuación:

### 3.1 ESTRUCTURA SOPORTE

Conjuntamente con el Cuerpo de Gobierno Delegacional se constituyó el 2 de junio de 1998 la estructura soporte del Plan Integral de Calidad, tomando como referencia la autorizada por el Nivel Central, la cual se representa en la figura 3 1

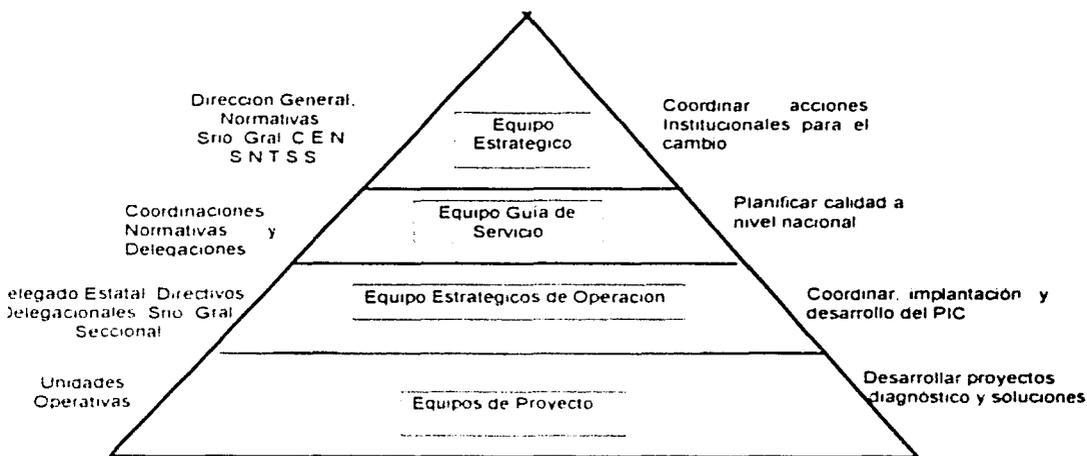


Figura 3 1 Estructura soporte del Plan Integral de Calidad  
(Tomada del IMSS sin fecha)

En base a esto el equipo estratégico de la operación (comite de calidad) quedó integrado por los siguientes directivos

- Delegado
- Jefe Delegacional de Servicios Médicos
- Jefe Delegacional de Servicios Administrativos
- Jefe Delegacional de Servicios de Finanzas y Sistemas
- Jefe Delegacional de Afiliación Cobranza
- Jefe Delegacional de Servicios Jurídicos
- Jefe Delegacional de Servicios de Prestaciones Económicas y Sociales

- **Coordinador de Organización y Calidad.**
- **Coordinador de Atención y Orientación al Derechohabiente.**
- **Director del H G Z No 1**
- **Subdirector Administrativo del H.G.Z No. 1**
- **Director de la U M F No 19**

Cabe hacer notar que el 11 de diciembre de 1998 se incorporó al comité de calidad, el Comité Ejecutivo Seccional de la Sección XXX del Sindicato de Trabajadores del Seguro Social

Los Directivos que forman el comité de calidad y que a la vez forman el equipo estratégico de la operación se ubican en la línea de mando que conduce la aplicación del Plan Integral de Calidad en el nivel delegacional y operativo

Por lo tanto los criterios utilizados para integrarlo fueron los siguientes

- Que sus integrantes estén facultados para la toma de decisiones en su ámbito de responsabilidad
- Que tengan participación decisiva en el desarrollo de los procesos a mejorar
- Que tengan relación de proveedor procesador y usuarios de los servicios a mejorar
- Que puedan evaluar e integrar los resultados de la aplicación de los proyectos

### **3.2 CAPACITACIÓN AL EQUIPO ESTRATÉGICO DE LA OPERACIÓN**

Integrado el equipo estratégico de la operación procedimos a capacitarlo con el objeto de sensibilizarlo en su rol como propiciador de cambios planificados aplicando la Trilogía Juran, el trabajo en equipo y la ruta de la calidad toda vez que el manejo de estos componentes requiere de manera fundamental una solidez conceptual en el directivo y un compromiso explícito en su ámbito correspondiente

Para tal efecto se diseñó la carta descriptiva y las estrategias de Enseñanza-Aprendizaje según se describe a continuación

- **Curso Plan Integral de Calidad**
- **Objetivo general:** Al término del curso los participantes aplicarán las funciones de acuerdo al rol a desempeñar dentro del equipo estratégico de la operación

Los contenidos del curso fueron:

- **Marco histórico de la calidad en el IMSS**
- **Misión y Visión del IMSS**
- **Objetivo General:** estrategias y metas estratégicas del Plan Integral de Calidad

- Esquema de funcionamiento del Plan Integral de Calidad.
- Responsabilidades de los integrantes del equipo estratégico de la operación.

La capacitación se realizó en el Centro Vacacional la Trinidad el 26 de junio del año de 1998. El equipo estratégico de la operación acordó en este curso, que el Plan Integral de Calidad operaría en una primera etapa a manera de Plan Piloto, en el Hospital General de Zona No 1, y en la Unidad de Medicina Familiar No. 19, área geográfica a la que se le denominó zona PIC por concentrar el 80% de la población derechohabiente.

Otros cursos que se proporcionaron al equipo estratégico de la operación en su formación gerencial para la calidad fueron los siguientes:

Seminario: Liderazgo para la ruta de la calidad

Objetivo general: Al término del Seminario los participantes serán capaces de planificar la calidad utilizando la Trilogía de Juran.

Los contenidos del Seminario fueron:

- La filosofía del modelo de calidad de Juran
- Liderazgo para la calidad
- Significado, necesidades y características de calidad
- Gestión para la calidad
  - a) Planificación de la calidad
  - b) Mejora de la calidad
  - c) Control de la calidad

Taller: Ruta de la Calidad

Objetivo general: Al término del Taller los participantes reconocerán a la ruta de la calidad como un instrumento para solucionar problemas y realizar mejoras en el ámbito laboral.

El contenido del Taller fue:

- Ruta de la calidad: Los ocho pasos de la ruta de la calidad

Taller sobre la Aplicación de las técnicas estadísticas: Herramientas básicas

Objetivo general: Al término del Taller los participantes serán capaces de aplicar las herramientas básicas como técnicas para la calidad en su ámbito laboral.

El contenido del Taller fue:

- Técnicas estadísticas: Las siete herramientas básicas

### 3.3 DESPLIEGUE DELEGACIONAL

El 14 de agosto de 1998 el cuerpo de gobierno delegacional constituido en equipo estratégico de la operación, con la participación de los directivos del Hospital General de Zona No 1, la Unidad de Medicina Familiar No 19 y del Jefe del departamento de abastecimiento obtuvo el diagnóstico delegacional de los servicios estratégicos del Hospital General de Zona No 1 (consulta externa de especialidades, cirugía y urgencias) y de la Unidad de Medicina Familiar No 19 (consulta externa de medicina familiar y surtido de recetas) en un Taller denominado de "análisis y producción", con el objeto de evaluar en un sentido amplio los servicios antes citados, teniendo como base el diagnóstico nacional de los servicios de consulta externa de medicina familiar, consulta externa de especialidades, servicio de cirugía, servicio de urgencias y surtido de recetas que realizaron los equipos guía. En esta reunión la metodología de trabajo en grupo produjo el diagnóstico de los servicios sujetos del Plan Integral de Calidad los cuales se detallan en la tabla 3.2

SERVICIO	ESTÁNDAR	SITUACIÓN ORIGINAL
Consulta externa de medicina familiar	Tiempo de espera igual o menor a 30 minutos	Tiempo promedio de espera en el primer cuatrimestre 60 minutos
Consulta externa de especialidades	Organizar la Consulta de especialidades dentro de los 10 días posteriores a la solicitud del médico tratante	43.72% de oportunidad
Cirugía	Realizar la intervención quirúrgica dentro de los 10 días naturales a partir de la solicitud del médico tratante	69.57% de oportunidad
Urgencias	Tiempo de espera igual o menor a 15 minutos	Tiempo promedio 31 minutos de espera
Surtido de recetas	> 95 % de recetas surtidas en forma completa	98.87% de recetas surtidas

Tabla 3.2 Situación de los servicios sujetos del Plan Integral de Calidad

El Plan integral de Calidad propone desarrollar tres grandes tareas: planeación, control de la calidad y mejora de los procesos. Son tareas encadenadas, es decir, no se pueden controlar procesos que previamente no se han identificado, medido y controlado. Por eso, las actividades de formulación de un diagnóstico estratégico de la producción de los servicios, así como del despliegue que guiará las acciones de mejora, son imprescindibles. Se entiende por despliegue de objetivos:

subdividir los objetivos y asignar los objetivos a los niveles inferiores (Juran 1990, Pág. 225)

De este modo se propicia la participación del personal operativo, la comunicación de abajo hacia arriba y un alto nivel de sinergia organizacional.

El estado actual de estos servicios sirvió de pauta para la formulación del presente reporte laboral, toda vez que:

- Los servicios de medicina familiar y de urgencias presentaban tiempos de

espera por arriba de lo previsto en los indicadores estratégicos

- Los servicios de consulta externa de especialidades y de cirugía presentaban oportunidades por debajo de lo previsto en los indicadores estratégicos.
- No se contaba con parámetros que permitieran medir que el consumo de medicamentos fuese acorde a una prescripción razonada.
- El surtido de recetas cumplía con las especificaciones del indicador estratégico

Por lo tanto, se elaboraron los siguientes objetivos estratégicos

- Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias del H G Z. No.1 en un 50 %
- Disminuir en un 20 % el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 19
- Mantener o incrementar el surtido de recetas en forma completa en la Unidad de Medicina Familiar No 19
- Mejorar la oportunidad quirúrgica en la atención del paciente de cirugía pediátrica y de otorrinolaringología
- Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona No 1
- Racionalizar los consumos de medicamentos a través de la prescripción razonable

En función del diagnóstico y objetivos delegacionales señalados los proyectos nominados fueron los siguientes

Hospital General de Zona No 1

- Proyecto Disminuir el tiempo de espera  
Misión: Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias.  
Lider: Jefe del servicio de urgencias  
Patrocinador: Director del Hospital General de Zona No 1  
Facilitador: Psicólogo de la Coordinador de Organización y Calidad
- Proyecto Mejorar la Oportunidad quirúrgica en las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología  
Misión: Mejorar la oportunidad quirúrgica de las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología  
Lider: Jefe del Departamento Clínico de pediatría  
Patrocinador: Director del Hospital General de Zona No 1  
Facilitador: Psicólogo de la Coordinador de Organización y Calidad
- Proyecto Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades  
Misión: Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades en el Hospital General de Zona No 1  
Lider: Jefe del Departamento Clínico de medicina interna  
Patrocinador: Director del Hospital General de Zona No 1

**Facilitador: Psicólogo de la Coordinador de Organización y Calidad**

### **Unidad de Medicina Familiar No 19**

- **Proyecto: Disminuir el tiempo de espera.**  
Misión: Disminuir el tiempo de espera en el Servicio de consulta externa de medicina familiar  
Lider: Jefe del Departamento Clínico de medicina familiar.  
Patrocinador: Director de la U M F No 19  
Facilitador: Psicólogo de la Coordinador de Organización Y Calidad
- **Proyecto: Consolidar el programa de prescripción razonada**  
Misión: Consolidar el programa de prescripción razonada de la Unidad de Medicina Familiar No 19  
Lider: Administrador de la U M F No 19  
Patrocinador: Director de la U M F No 19  
Facilitador: Jefe de proyecto asignado a la Coordinación de Organización y Calidad

#### **3.3.1 Integración de equipos de proyecto**

Una vez consensuados cada uno de los objetivos, proyectos, misiones y designaciones de líderes, patrocinadores y facilitadores por el equipo estratégico de la operación, calendarizamos y realizamos pláticas de sensibilización sobre el Plan Integral de Calidad y el despliegue de objetivos delegacionales en los servicios en los que se aplicaría, con el propósito de que el personal operativo lo conociera y por supuesto para invitarlos a participar en los proyectos.

Los integrantes de los equipos de proyecto fueron seleccionados a los proyectos tomando en cuenta las referencias que aportaron los directores y representantes sindicales, el puesto ocupado por el trabajador desde el punto de vista de su ubicación en el proceso ya sea como proveedor, procesador o cliente y por supuesto su propia opinión ya que su participación era voluntaria. Pero sobre todo que laborara y tuviera experiencia en el servicio a mejorar. De esta manera, los proyectos se formaron por individuos interdependientes, interdisciplinarios e interjerárquicos, tomando el principio de que un equipo debe estar constituido por un número pequeño de participantes, con el propósito de contar con una estructura sencilla, que facilitara la consecución de los objetivos y la comunicación de sus integrantes.

Hecho esto se procedió a invitarlos formalmente a trabajar en los equipos de proyecto mediante una carta firmada por el Delegado Estatal.

El número de participantes en los proyectos fueron los siguientes:

- **Proyecto disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias 6 personas**

- Proyecto mejorar la oportunidad quirúrgica en las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología: 7 personas
- Proyecto mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades: 7 personas
- Proyecto disminuir el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de medicina familiar: 6 personas
- Proyecto consolidar el programa de prescripción razonada: 8 personas

En consecuencia los días 26, 27 y 28 de agosto capacitamos a los integrantes de los equipos de proyecto en plan Integral de calidad, ruta de la calidad y herramientas estadísticas, previa elaboración de las cartas descriptivas y estrategias de Enseñanza-Aprendizaje.

### 3.4 APLICACIÓN DE LA RUTA DE LA CALIDAD

Los equipos de proyecto iniciaron actividades en la primera semana del mes de septiembre de 1998, excepto el de "consolidar el programa de prescripción razonada", el cual arranco en el mes de noviembre del mismo año, realizando las siguientes actividades:

#### 3.4.1 Definición del proyecto

En este primer paso de la ruta de la calidad, los equipos de proyecto efectuaron las siguientes actividades:

1 - Establecimiento de las normas de trabajo y compromisos a los que se apegarían durante las sesiones de trabajo así como la asignación de roles:

- **Lider:** Como ya se comentó anteriormente fue nombrado por el equipo estratégico de la operación. Es miembro del equipo de proyecto con las responsabilidades de elaborar la orden del día, moderar, asegurar el cumplimiento de las tareas y comunicar mensualmente los progresos del equipo de proyecto al equipo estratégico de la operación.
  - **Secretario:** cuya tarea es realizar las actas de tareas y acuerdos en las sesiones de trabajo.
  - **Cronometrista:** con el trabajo de controlar el tiempo de las sesiones y las tareas encomendadas por el equipo de proyecto.
- Los roles de secretario y cronometrista son rotativos.
- **Integrantes del equipo de proyecto:**

2 - Consensuar por todos los integrantes del grupo el nombre del equipo.

3 - Determinación del estado actual y real del problema a resolver.

4 - Validación de la misión y objetivo estratégico que les encomendó el equipo estratégico de la operación así como la meta a lograr, tal como se aprecia a continuación:

- **Proyecto: Disminuir el tiempo de espera**  
**Misión:** Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias.  
**Objetivo:** Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 1  
**Meta:** Disminuir en un 50 % el tiempo de espera para pasar a consulta en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No1. en un término de 6 meses.
- **Proyecto: Mejorar la oportunidad quirúrgica en las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología**  
**Misión:** Mejorar la oportunidad quirúrgica de las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología  
**Objetivo:** Mejorar la oportunidad quirúrgica en las especialidades de cirugía pediátrica y otorrinolaringología  
**Meta:** Mejorar la oportunidad quirúrgica de cirugía pediátrica y Otorrinolaringología reorganizando la asignación de días quirúrgicos y días de consulta
- **Proyecto: Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades.**  
**Misión:** Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades en el Hospital General de Zona No. 1  
**Objetivo:** Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades en el Hospital General de Zona No. 1  
**Meta:** Incrementar cuando menos en un 20% la consulta externa de especialidades. analizado el proceso de otorgamiento de consulta
- **Proyecto: Disminuir el tiempo de espera**  
**Misión:** Disminuir el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de medicina familiar  
**Objetivo:** Disminuir en un 20 % el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 19  
**Meta:** Disminuir el tiempo de espera de 50 a 40 minutos promedio en un término de 6 meses
- **Proyecto: Consolidar el programa de prescripción razonada**  
**Misión:** Consolidar el programa de prescripción razonada de la Unidad de Medicina Familiar No. 19  
**Objetivo:** Racionalizar los consumos de medicamentos a través de la prescripción razonada  
**Meta:** Disminuir en un 20 % el No. de piezas surtidas de medicamentos de mayor consumo sin afectar la calidad de la atención médica

5 - Validación del indicador estratégico

6 - Elaboración del plan de trabajo para alcanzar la meta a lograr

### **3.4.2 Descripción de la situación actual**

Una vez clarificado el proyecto, el equipo de proyecto reunió información para mostrar el comportamiento del problema a resolver, los representó en gráficos estadísticos con el propósito de delimitarlo de la manera más precisa, con que frecuencia se presentaba, en que circunstancias, etc., de tal manera que se tuviera un panorama de lo que ocurría en la realidad.

### **3.4.3 Análisis de hechos y datos para aislar las causas raíz**

Una vez que se tuvo conocimiento de la magnitud del problema así como de sus características, el equipo de proyecto efectuó el análisis del proceso para aislar las causas raíz y origen del problema. El análisis se basó fuertemente en el uso de herramientas estadísticas principalmente los diagramas recolección de datos, de causa y efecto (Ishikawa) de Pareto y de control.

### **3.4.4 Establecimiento de acciones para eliminar causas raíz**

Una vez determinadas las causas raíz del problema, el equipo de proyecto delineó las siguientes acciones para eliminarlas:

- a) Mediante la técnica de tormenta de ideas se propusieron acciones para eliminar las causas raíz seleccionando las más viables desde el punto de vista de factibilidad.
- b) Se elaboró el programa de ejecución donde se determinaron las acciones a realizar para eliminar las causas raíz responsables y plazo de inicio y término de las acciones.
- c) Presentación al equipo estratégico de la operación por parte del líder y miembros del equipo de proyecto el programa de ejecución para su aprobación y ejecución.

### **3.4.5 Ejecución de acciones**

El equipo de proyecto en sesión plenaria presentó al equipo estratégico de la operación las causas raíz y solución del problema y el programa de ejecución precisando las acciones a realizar responsables y plazo de realización para su aplicación. Una vez aprobado el programa de trabajo por el equipo estratégico de la operación, se realizó la realización de las acciones propuestas por el equipo de proyecto para eliminar las causas raíz y enmendar el problema, previa:

- 1) Comunicación de las acciones a realizar a todas las personas que intervinieron en su implantación, a fin de conocer que es lo que tenían que hacer y como lo tenían que hacer.

Y posteriormente:

- 1) Aplicando las acciones conforme al plan de ejecución.
- 2) Recolectando datos durante la ejecución.

### 3.4.5 Verificación de los resultados

En este paso el equipo de proyecto evaluó los resultados finales de las acciones aplicadas para eliminar las causas raíz y por supuesto el logro de la meta establecida comparando gráficamente el antes con el después

Los resultados obtenidos por los equipos de proyecto, se muestran en el apartado de anexos en los reportes denominados "tres generaciones", denominado así, por que en ellos se detalla la situación original del problema causas raíz y acciones ejecutadas (pasado) resultados obtenidos en comparación con la meta planeada (presente), los problemas remanentes del proyecto sean causas raíz de malos resultados o de obstáculos normativos y propuestas de solución (presente)

El reporte de tres generaciones ayuda a visualizar como evoluciona la solución de un problema permite evaluar los resultados y/o corregir acciones monitoreando el comportamiento del indicador estratégico y la propia aplicación de los pasos de la ruta de la calidad

### 3.4.6 Estandarización

Las acciones que obtuvieron buenos resultados, fueron implantadas, previa comunicación y monitoreadas para asegurar que el problema original no volviera a repetirse y por lo tanto el indicador se mantuviera bajo control

### 3.4.7 Nominación de nuevos proyectos

El equipo estratégico de la operación reinició el ciclo de nominación de proyectos en abril de 1999 partiendo de la actividad "Despliegue Estratégico" ciclo que se muestra en la figura 3.2

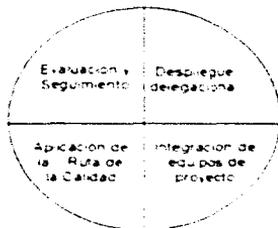


Figura 3.2 Ciclo de nominación de equipos de proyecto

Uno de los pilares de la cultura de calidad es el reconocimiento a las personas que hacen posible las mejoras en este sentido en el "Informe de labores de actividades 1999 y presentación de presupuesto 2000 del C. Delegado" reconoció a los integrantes de los equipos de proyecto por los logros obtenidos, en beneficio de la población derechohabiente y de la Institución

### 3.4.8 Evaluación y seguimiento

El equipo estratégico de la operación coordinado por el psicólogo en su rol de facilitador efectúa el seguimiento de los equipos de proyecto, en sesiones mensuales, evaluando el progreso obtenido y levantado el acta correspondiente, procedimiento que se explica en el siguiente apartado

### 3.5 RESULTADOS

Para dar seguimiento y control al Plan Integral de Calidad y aplicar el concepto de administración interfuncional de acuerdo a los programas de trabajo de los equipos de proyecto se elaboró el programa de sesiones del equipo estratégico de la operación, consensuándose operarlo de manera mensual para evaluar el avance de los proyectos

El proceso para el desarrollo de las juntas esta dado por la planeación (agenda), por lo tanto las reuniones eran convocadas con antelación y con una orden del día señalando los puntos a tratar, el tiempo destinado y los responsables de cada asunto. Las sesiones del equipo estratégico de la operación fueron presididas por el Delegado Estatal:

Para tal efecto se convocaba a los líderes e integrantes de los equipos de proyecto para que expusieran los avances del proyecto encomendado y/o problemática enfrentada, registrando en la minuta las recomendaciones realizadas por los miembros del equipo estratégico de la operación y los acuerdos tomados dándoles seguimiento ya sea dentro de las propias evaluaciones o en la Unidad en que se desarrollaba el proyecto

La evaluación tiene como finalidad:

- Verificar que el proyecto este alineado al objetivo estratégico diseñado por el equipo estratégico de la operación de no ser así, reorientarlo a la misión encomendada
- Que las acciones desarrolladas sean producto de la aplicación de la ruta de la calidad, del análisis de hechos y datos y no de suposiciones o basadas en síntomas del problema a resolver
- Proporcionar asesoría, capacitación, apoyo logístico a los integrantes de los equipos de proyecto para el mejor cumplimiento de su misión
- Estimar la gestión directiva del patrocinador del equipo de proyecto en las facilidades de espacios físicos para sesionar, tiempo para sesionar y otorgamiento de recursos (rotafolios, papelería, etc.)
- Evaluar los resultados de los proyectos por servicio con base en los estándares e indicadores establecidos por el equipo Guía de Servicio y en el despliegue delegacional
- Estimar la efectividad del líder del equipo de proyecto en la facilitación del logro de la misión encomendada

Los servicios seleccionados para mejorar con la ejecución del Plan Integral de Calidad 1998 – 2000, reflejaban en el diagnóstico obtenido por el equipo estratégico de la operación, en agosto de 1998, las mediciones que se muestran tabla 3.3

SERVICIO	INDICADOR	CRITERIO	SITUACIÓN ORIGINAL
Consulta externa de medicina familiar	Promedio de tiempo de espera para recibir atención medica	30 minutos posteriores a la entrega del carnet a la asistente medica o ha la cita medica	Tiempo promedio de espera en el primer cuatrimestre 60 minutos
Consulta externa de especialidades	Porcentaje de oportunidad en consulta de especialidades	Dentro del rango de maximo 10 despues de haberlo solicitado el medico familiar	43 72% de oportunidad en el mes de agosto de 1998
Cirugia	Porcentaje de oportunidad en atencion quirurgica	Dentro del rango de maximo 10 despues de haberlo solicitado el medico tratante	69 57% de oportunidad en el mes de julio de 1998
Urgencias	Promedio de tiempo de espera para recibir atencion medica	15 minutos posteriores a la entrega del carnet a la asistente medica	Tiempo promedio 31 minutos de espera en el mes de julio de 1988
Surtido de recetas	Porcentaje de recetas surtidas en forma completa	100 de recetas surtidas	98 87% de recetas surtidas

**Tabla 3.3 Diagnostico de cinco servicios estrategicos**

A continuación se comentan los resultados finales de los proyectos basados en los logros de los equipos de proyecto y que se están documentados en los reportes "tres generaciones" reportes que permiten detallar las particulares del proyecto (nombre, problema, objetivo, meta, centro de trabajo, donde se realiza y estándar), causas raíz de los problemas, las acciones ejecutadas para eliminar las causas raíz, resultados obtenidos, los problemas remanentes y las posibles acciones para eliminarlos. El reporte contiene además la descripción de la ejecución de las etapas del proyecto y las reflexiones sobre el trabajo realizado.

Por otra parte, se señalan las lecciones aprendidas más relevantes de cada uno de los proyectos.

Disminuir el tiempo de espera.  
 Servicio Consulta externa de medicina familiar.  
 Indicador: Oportunidad para pasar a consulta.  
 Unidad: U.M.F. No.19

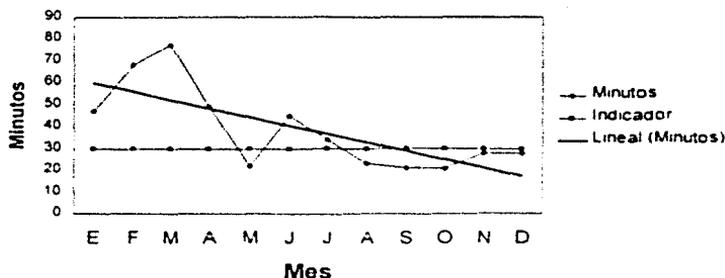


Figura 3.3 Resultados comparando en antes con el después  
 (Tomado del proyecto disminuir el tiempo de espera)

## Resultados

El equipo de proyecto, en el paso dos de la ruta de la calidad "describir la situación actual", al recabar información sobre el comportamiento del tiempo de espera para recibir atención médica, validó que efectivamente en el primer cuatrimestre del año de 1998 el promedio del tiempo de espera para recibir atención médica era de 60 minutos, es decir el doble de lo que establecía el indicador estratégico. Sin embargo, al recabar información sobre los meses subsiguientes, se detectó que la tendencia del tiempo de espera era a la baja, como se aprecia en la figura 3.3. Al indagar las causas, el equipo averiguó que el tiempo de espera había disminuido como consecuencia de la apertura en el mes de mayo de 1998 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2 en la misma población, hecho que propició la distribución de la población usuaria entre las dos Unidades médicas.

Por lo anterior, el equipo de proyecto analizó mediante un gráfico de flujo de decisión de líneas de control, la capacidad del proceso, es decir, si el proceso era estable y si los rangos de variación indicaban conformidad satisfactoria con respecto al indicador estratégico, detectando que la característica de oportunidad se encontraba dentro de los límites de control. Por lo anterior, se concluyó que el tiempo de espera en la Unidad de Medicina Familiar No. 19 era motivado porque su capacidad de respuesta en el primer cuatrimestre estaba rebasada por la concentración de la población y que a la apertura del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, el tiempo de espera decreció.

como consecuencia de la distribución de la población usuaria

En consecuencia con el paso de los meses, el tiempo de espera para recibir atención médica se mantuvo dentro de los límites establecidos, de tal manera que en el mes de diciembre de 1998, el tiempo de espera se ubicó en 28 minutos, es decir los pacientes esperaron 32 minutos menos para pasar a consulta, en relación a la medición promedio del primer cuatrimestre. En el anexo número uno se muestran los resultados obtenidos por este equipo de proyecto.

#### Lecciones aprendidas

El equipo de proyecto detectó que el tiempo de espera por arriba del indicador, en esta Unidad, en el primer cuatrimestre de 1998, se debía a que la capacidad de la Unidad estaba rebasada por la concentración de la población en una sola Unidad y que a la apertura del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, el tiempo de espera decreció debido a la distribución de la población en ambas Unidades.

El aprendizaje obtenido es que los directivos deben monitorear permanentemente los procesos, no solo por medir, sino para utilizar la información para la toma oportuna de decisiones, que hoy día es el nuevo paradigma utilizado en el ejercicio de la directiva. Evaluar, no solo significa conocer el impacto de las decisiones tomadas, sino también cubrir la necesidad psicológica de logro y refuerzo de la motivación por los beneficios obtenidos. Por otra parte se valoró la flexibilidad de la metodología de la ruta de la calidad, pues por lo comentado anteriormente, la herramienta adecuada para este problema fue la del flujo de decisión de líneas de control.

El comité o equipo estratégico de la operación, debe tener cuidado al asignar proyectos, ya que algunos problemas requieren solo de decisiones directivas por tener su origen en las causas comunes del proceso, por ejemplo presupuesto, estructura, equipamiento, etc., otros, en las causas especiales del proceso que deben ser resueltas por los trabajadores, tales como entregas inoportunas del servicio o producto, errores de facturación, clasificación y organización de objetos materiales, etc., lo que puede implicar frustraciones o desencanto entre los integrantes por no poder resolver o concluir la tarea asignada y por consiguiente se corre el riesgo de la desintegración del equipo, antes de concluir la ruta de la calidad, toda vez que la misión del proyecto deja de tener razón de ser.

El tomar en cuenta a las personas para participar en la resolución de problemas, hace que estas deseen contribuir en otras mejoras, ya que algunos integrantes de este proyecto se involucraron en el año de 1999, en otro proyecto.

Proyecto: Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades.  
 Servicio Consulta externa de especialidades  
 Indicador: Oportunidad para otorgar consulta de especialidades  
 Unidad: Hospital General de Zona No. 1

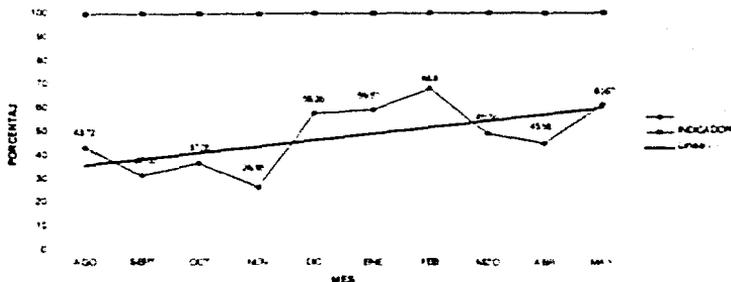


Figura 3.4 Resultados comparando en antes con el despues  
 (Tomado del proyecto mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades)

## Resultados

Como se aprecia en la figura 3.4, la primera medición de la oportunidad de la consulta externa de especialidades en el mes de agosto de 1998 era del 43.72%, en tanto, en el mes de mayo de 1999 ascendió a 61.67%, es decir la oportunidad se incremento en un 17.95% en relación a la primera medición, como consecuencia de la eliminación de las causas raíz al "pasos innecesarios en el proceso de solicitud de consulta de especialidades del primero y segundo nivel y b) el 29% de la consulta de oftalmología es por problemas de refracción".

Para eliminar la causa raíz "pasos innecesarios en el proceso de solicitud de consulta de especialidades del primero y segundo nivel", el equipo de proyecto esbozó y realizo las siguiente acción

- Simplificación del diagrama de flujo del proceso de solicitud de consulta de especialidades del primero y segundo nivel de 26 a 20 pasos

Para la causa raíz el "29% de la consulta de oftalmología es por problemas de refracción", el equipo de proyecto planteo al equipo estrategico de la operacion empleara la siguiente acción

- Indicar a los médicos familiares canalizar a los derechohabientes con diagnóstico de dismetropía, a las ópticas de la localidad y no al Oftalmólogo, ya que la normatividad de Instituto no prevé prescribir lentes, gestión que fue empleada a partir del segundo semestre del año de 1999 por la Jefatura de servicios de prestaciones médicas

Para una tercera causa raíz, "especialidades únicas de urología y cirugía pediátrica", el equipo de proyecto propuso el equipo estratégico de la operación:

- Gestionar ante el nivel normativo el incremento de especialistas tomando en consideración la productividad hospitalaria

Estas especialidades generaban diferimiento cuando los médicos especialistas disfrutaban de periodos vacacionales. La propuesta fue acogida por el equipo estratégico de la operación y gestionó ante el Nivel Central el incremento de la plantilla de médicos con especialidades de urología y oftalmología, acción que prosperó durante el año de 2000 influyendo esto para que en año de 2001 la oportunidad de la consulta de estas especialidades alcanzara el 100%.

El resultado de las acciones propuestas por el equipo de proyecto les fue dado a conocer en la sesión quinta realizada en el mes de junio de 2001 por el equipo estratégico de la operación. En el anexo número dos se exponen los resultados obtenidos por este equipo de proyecto.

#### Lecciones aprendidas

El papel del líder del equipo de proyecto fue de vital importancia para lograr dentro de lo factible mejorar este proceso al aplicar la ruta de la calidad siguiendo su secuencia lógica y aplicando un liderazgo participativo lo que generó en el grupo, un involucramiento y motivación por lograr la misión encomendada.

El propiciar la comunicación de abajo hacia arriba permite lograr aplicar la experiencia de los trabajadores en la mejora de los procesos para hacerlos más eficaces y brindarles a mismo tiempo la oportunidad de laborar en un ambiente respetuoso, digno, participativo, amigable a fin de permitirles realizar de manera satisfactoria su trabajo y fomentar la apertura y mejorá de los procesos que están bajo su cuidado.

La participación de los trabajadores en la mejora de los procesos mejora la calidad de vida laboral y personal entendida esta como el reconocimiento por la tarea realizada al recibir retroalimentación del desempeño realizado, tener la percepción del trabajo efectuado como importante, significativo, digno y gratificante.

Proyecto: Mejorar la oportunidad quirúrgica en las especialidades de cirugía  
Pediátrica y de Otorrinolaringología.

Servicio: Cirugía.

Indicador: Oportunidad de la cirugía.

Unidad: Hospital General de Zona No. 1

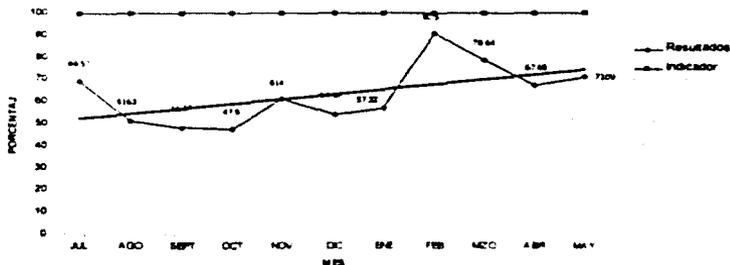


Figura 3.5 Resultados comparando en antes con el después  
(Tomado del proyecto mejorar la oportunidad quirúrgica de cirugía pediátrica  
Pediátrica y de Otorrinolaringología)

### Resultados:

Como se observa en la figura 3.5, la medición base de la oportunidad quirúrgica fue la del mes de julio de 1998 que era del 69.57%, situándose al mes de mayo de 1999, en que concluyó el proyecto en 71.09%, incrementándose en un 1.52% en relación a la primera medición.

Si bien en forma global, la oportunidad quirúrgica apenas mejoró en un 1.52%, el diferimiento en la especialidad de cirugía pediátrica disminuyó de 65 a 36 días y en otorrinolaringología de 11 a 3 días, ubicándose este último, en consecuencia, dentro del indicador. En esencia estas dos especialidades eran el objeto de la mejora.

Profundizando en el análisis del problema quirúrgico, se comenta que el equipo de proyecto al recabar información sobre este proceso y al examinar las causas, identificó tres causas raíz generadoras de la inoportunidad: a) programación de una cirugía diurna y consulta externa todos los días; b) especialidad de cirugía pediátrica única y c) el 48% de los médicos quirúrgicos laboran en el turno matutino lo que implica que los quirófanos estén saturados en el turno matutino y que la productividad disminuya en los demás turnos.

Por lo tanto, el equipo de proyecto diseñó y puso en práctica las siguientes acciones:

para eliminar la causa raíz "programación de una cirugía diaria y consulta externa todos los días":

- a). Asignación de días quirúrgicos a cirugía pediátrica
- b). Asignación de días quirúrgicos a otorrinolaringología
- c). Asignación de días de consulta a cirugía pediátrica
- d). Asignación de días de consulta a otorrinolaringología

Para la causa raíz "especialidad de cirugía pediátrica única" planteó al equipo estratégico de la operación

- Gestionar ante el nivel normativo, el incremento de un médico especialista en cirugía pediátrica, tomando en consideración la productividad hospitalaria.

Por lo que respecta a la causa raíz "el 48% de los médicos quirúrgicos laboran en el turno matutino sugirió al equipo estratégico de la operación

- a) Habilitación de la unidad médica de atención ambulatoria (U M A A )
- b) Dentro de la factible por las condiciones contractuales pactadas, redistribuir a los médicos quirúrgicos mediante concertación o bien nominar la plaza en turno diferente a su desocupación

La unidad médica de atención ambulatoria (U M A A ) fue abierta en el mes de enero de 1999 en el Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No 8 permitiendo con esto descongestionar los quirófanos del Hospital General de Zona No1 (los hospitales están a una distancia de aproximada de 3 kilómetros), lo que permitió mejorar la oportunidad quirúrgica al programar de 4 a 5 intervenciones diarias de cirugía pediátrica sin embargo dado el comportamiento de la demanda en esta especialidad, el diferimiento como se comentó anteriormente disminuyó de 65 a 36 días ya que la demanda superaba a la oferta

El hecho de la unidad médica de atención ambulatoria (U M A A ) por cuestiones de espacio físico se ubicara el H G S/M F No 8 implicó concertar con médicos especialistas trasladarse a realizar intervenciones quirúrgicas, aceptando hacerlo además del cirujano pediatra y otorrinolaringólogo que eran integrantes del equipo de proyecto un cirujano general y un ginecoobstetra. En el anexo número tres se señalan los resultados obtenidos por este equipo de proyecto

#### Lecciones aprendidas

Como en el equipo anterior, el papel del líder fue fundamental para que la misión encomendada se cumpliera, sin embargo este equipo, pasó del paso dos de la ruta de la calidad "descripción de la situación actual" al paso cuatro "diseño de acciones para eliminar la causa raíz" lo que implicó que tuvieran que retomar el problema, ya que éste nuevamente volvió a emerger, con lo que se refuerza la norma de que, en la solución de los problemas, se debe seguir el orden que marca la ruta de la calidad

Otra enseñanza derivada de este proyecto, es el hecho de que cuando existen varios elementos de un proceso, en este caso, varias especialidades, se debe estratificar, con el fin de identificar el grado de influencia de las variables en el resultado del proceso, asimismo comparar los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación de las acciones diseñadas, en forma particular y no en general, pues como sucede en este caso se mengua el impacto obtenido( 1 52%), cuando en realidad en la especialidad de otorrinolaringología la mejora fue del 27% y en cirugía pediátrica del 60%

Al igual que en el equipo anterior, la participación de los trabajadores, le da sentido a la mejora de la calidad, incrementa el nivel de satisfacción por el trabajo realizado y produce un clima de trabajo más gratificante, efectivo en el desarrollo de los procesos y útil a los usuarios tanto internos como externos, como es el caso de este proyecto, ya que se beneficiaron los derechohabientes al mejorar la oportunidad de la intervención quirúrgica en cirugía pediátrica y otorrinolaringología y los médicos especialistas que aceptaron trasladarse a la unidad médica de atención ambulatoria (U M A A) a realizar intervenciones quirúrgicas

Proyecto Disminuir el tiempo de espera  
 Servicio Urgencias  
 Indicador Oportunidad para pasar a consulta  
 Unidad Hospital General de Zona No. 1

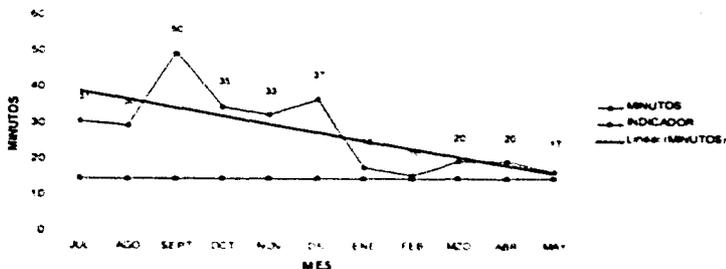


Figura 3.6 Resultados comparando en antes con el despues (Tomado del proyecto disminuir el tiempo de espera)

### Resultados:

En la figura 3.6 se muestra que en el mes de julio de 1998, el tiempo de espera para recibir consulta de urgencias era de 31 minutos y en el mes de mayo de 1999, se ubicó en 17 minutos, 2 minutos por arriba de indicador institucional que es de 15 minutos lo que significa que los pacientes esperan 14 minutos menos para recibir atención medica en relación a la medición inicial. Por otra parte la consulta "no urgente" en el mismo

lapso, disminuyó de 71.3 a 54 %, lo que equivale ahora, que los médicos del servicio de urgencias, atienden más pacientes que ameritan la consulta de urgencia.

Las causas raíz del tiempo de espera fueron las siguientes: a) falta de educación del paciente para hacer uso del servicio de urgencias; b) solicitud de consulta de no urgencia y c) no se cuenta con criterios de envío al servicio de urgencias del primero al segundo nivel

Las acciones desplegadas por el equipo de proyecto para eliminar la causa raíz "falta de educación del paciente para hacer uso del servicio de urgencias" fueron las siguientes:

- a). Delineación de la información del servicio de urgencias. Que es una urgencia médica, como hacer uso del servicio de urgencias, costos a cubrir por no derechohabientes en caso de solicitar consulta para padecimientos no urgentes, etc
- b). Elaboración del programa de difusión.
- c). Difusión del programa en fábricas, sindicatos y salas de espera de las Unidades médicas.

Estas actividades, en realidad fueron las que impactaron en la disminución del tiempo de espera

Para la causa raíz "solicitud de consulta de no urgencia", planteó al equipo estratégico de la operación gestionar ante la Dirección de Prestaciones médicas -normar y aplicar el Triage, que es un sistema de elección para atender pacientes. Sobre el particular el equipo estratégico de la operación hizo el trámite correspondiente, mas no se obtuvo respuesta, por lo que esta estrategia no fue puesta en práctica

Por lo que toca a la causa raíz, "no se cuenta con criterios de envío al servicio de urgencias del primero al segundo nivel", las acciones realizadas fueron

- a) Elaboración de los criterios
- b) Difusión de los criterios
- c) Capacitación sobre la aplicación de los criterios
- d) Supervisión de la aplicación de los criterios

Estas acciones no impactaron en el proceso debido a que la medición final no varió en relación a la primera medición

Los resultados de este equipo de proyecto, se muestran en el anexo número 4

Lecciones aprendidas

Se confirma que el papel del líder es fundamental para conducir a su grupo al cumplimiento de la misión, al aplicar la ruta de la calidad siguiendo su secuencia lógica y aplicando un liderazgo participativo

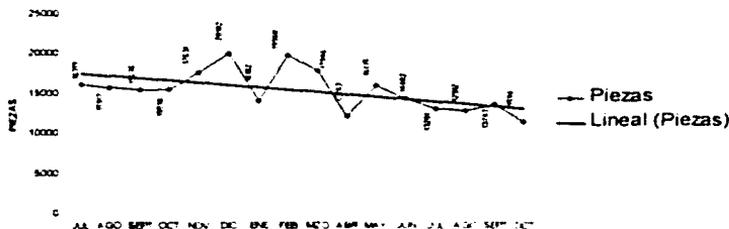
Por sus resultados, este proyecto, participó en el encuentro nacional de proyectos exitosos que organizó, la Dirección de Organización y Calidad.

Proyecto: Consolidar el programa de prescripción razonada.

Servicio: Farmacia

Indicadores: Piezas surtidas y recetas de primera vez surtidas en forma completas.

Unidad: Unidad de Medicina Familiar No. 19



**Figura 3.7 Resultados comparando en antes con el después**  
(Tomado del proyecto Consolidar el programa de prescripción razonada)

## Resultados

La figura 3.7 muestra que el consumo de piezas de medicamentos en el mes de julio de 1998 era de 16319 piezas y al mes de octubre de 1999 de 11534 piezas, lo que implica que se redujera en un 29.32%, 9.32% por arriba de la meta esperada, sin afectar la calidad de la atención médica, no obstante que la población usuaria se incrementó de junio de 1998 a junio de 1999 en un 5.53%. En cuanto al porcentaje de recetas surtidas en forma completa del 98.87% que se tenía en el mes de agosto de 1998 se ubicó en octubre de 1999 en 97.60%, es decir el surtimiento se mantuvo por arriba de 95%.

Para obtener estos resultados el equipo de proyecto identificó las siguientes causas raíz: a) guías terapéuticas desactualizadas b) criterios para evaluar la congruencia clínico diagnóstico terapéutica c) recetas de pasillo y d) pacientes derivados del primero al segundo nivel.

Para eliminar las causas raíz a) guías terapéuticas desactualizadas y b) criterios para evaluar la congruencia clínico diagnóstico terapéutica utilizó las siguientes acciones:

- Nominación de una comisión médica para analizar y actualizar la guía médica y terapéutica en base a los diez padecimientos de mayor demanda.
- Diseño de un formato para evaluar la congruencia clínico diagnóstico terapéutica.

- c). Consensuar la guía médica terapéutica y el formato para evaluar la congruencia clínico diagnóstico terapéutica con los médicos de la Unidad, antes de ponerla en práctica.
- d). Evaluación conjunta médico familiar- jefe departamento clínico de la congruencia clínico diagnóstico terapéutica.

Cabe hacer notar, que la congruencia clínico diagnóstico terapéutica, mejoró como consecuencia de estas acciones en un 12%, pasando del 64 al 75 94%

En cuanto a las causa raiz c) recetas de pasillo y d) pacientes derivados del primero al segundo nivel el equipo de proyecto diseño las siguientes acciones

- a). Asesoría y seguimiento conjunto médico familiar- jefe de departamento clínico a casos específicos de pacientes derivados al segundo nivel, con evidencia documental.
- b) Incremento de la supervisión a recetas surtidas y prescripción médica razonable.

En el anexo número cinco se indican los resultados obtenidos por este equipo de proyecto.

#### Lecciones aprendidas.

El equipo concluyó su misión tres meses, posteriores a la fecha programada, debido a la deserción de tres de sus integrantes, su sustitución y capacitación, como consecuencia del papel pasivo del patrocinador en su gestión de recursos, no mantenimiento de una estrecha relación con el líder y el facilitador y no acompañamiento al equipo de proyecto, por lo que el aprendizaje obtenido de este proyecto es que el desempeño de este personaje puede afectar la misión del equipo de proyecto

Sin embargo, el equipo concluyó con éxito la misión confiada, debido al papel activo comprometido y convencido tanto del líder como de los integrantes del equipo de proyecto debido a su motivación y convicción de que la misión era trascendente para mejorar su desempeño laboral. La madurez de un grupo de trabajo conducido por un líder situacional favorece el espíritu de colaboración, genera sinergia, la búsqueda del consenso, la actitud de escuchar y ser escuchado y la coordinación permanente para lograr un objetivo común valorado como valioso por todos los integrantes del equipo

Como puede apreciarse, la ruta de la calidad, es una metodología sólida que propicia asistencia el personal operativo organizado en grupos de trabajo para analizar y resolver problemas conectados con proyectos de mejora. Es básico en esta organización funcional el papel que juega el líder del proyecto para favorecer el espíritu de colaboración, generar compromiso y conducir al grupo hacia el logro del objetivo propuesto. Los logros fortalecen el sentido de pertenencia al aplicar las capacidades y conocimientos con una buena actitud de colaboración, voluntad, optimismo y entusiasmo

Se concluye también que el seguimiento, control, apoyo y evaluación por parte del equipo estratégico de la operación, de las actividades realizadas por los equipos de proyecto propicia que se obtengan los resultados esperados además de fortalecer la gerencia interfuncional.

## CAPÍTULO IV

### CONCLUSIONES

Como puede apreciarse, el modelo de calidad de Joseph M Juran, los grupos de trabajo, la ruta de la calidad y sus herramientas básicas empleados de una manera lógica y ordenada pueden llevarnos a realizar proyectos de mejora con grandes posibilidades de éxito, partiendo de la creación del comité, consejo de calidad o equipo estratégico, para formular y coordinar la gestión estratégica de la calidad por toda la organización es decir, liderar, impulsar, coordinar e institucionalizar la mejora anual de la calidad. El comité debe estar formado por los directivos del más alto nivel. En las grandes organizaciones como es el caso de Instituto Mexicano del Seguro Social es aconsejable que se establezcan comités, equipos estratégicos de la operación o comisiones directivas en las delegaciones o divisiones, ligados al comité, consejo de calidad o equipo estratégico.

Juran dice al respecto (1990 p 42)

"Es un error organizar estos consejos únicamente en los niveles inferiores de dirección. Esta organización limita eficazmente cualquier proyecto de mejora de la calidad posterior a los <<muchos útiles>> no a los <<pocos vitales>> que pueden producir los mejores resultados. Además la organización en los niveles inferiores exclusivamente, manda un mensaje a todos, la mejora de la calidad no está en la agenda de la alta dirección. Para evitarlo los altos directivos deberían personalmente ser los líderes y miembros de los consejos superiores de calidad"

Las tareas del comité son obtener el diagnóstico para detectar oportunidades de mejora, elaborar políticas de calidad, objetivos, desplegar objetivos, involucrar equipos de proyecto, sensibilizar, capacitar, proporcionar apoyo logístico a equipos de proyecto, realizar seguimiento y evaluación de las mejoras obtenidas y no obtenidas y otorgar reconocimiento público por los logros obtenidos en equipos de proyecto. En tal sentido vale la pena profundizar sobre el procedimiento realizado en la mejora de los servicios sujetos del Plan Integral de Calidad.

#### 4.1 COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

Es fundamental al implantar un programa de calidad que la alta dirección lo haga por convicción y no por estar a la moda, de no ser así el programa no prosperará y en consecuencia no cumplirá con las expectativas creadas. Si la alta dirección no está comprometida, no habrá compromiso de los demás, si la alta dirección no cree en la calidad, esta no existirá, tan sólo será un buen deseo. Por consecuencia, la administración para la calidad no podrá concretarse porque simplemente no habrá quien la encabece.

Ningún cambio planeado se puede producir sin el involucramiento y compromiso máximo del líder de la organización, él debe ser su principal promotor, él lidera la visión, el rumbo de la organización. Su función no sólo se circunda a definir la estrategia que marque el rumbo, sino en convertirse en el detonante que motive la pasión necesaria para lograr la visión. Luego entonces en el establecimiento de una

**cultura de calidad la máxima responsabilidad recae en el líder y su participación activa asegurará su éxito; para tal efecto debe involucrar a los directivos del nivel inmediato inferior, estos a su vez a los del siguiente nivel, hasta llegar a los niveles operativos.**

El programa de calidad, inicia con la obtención del diagnóstico de la organización encabezado por el comité de calidad desplegando objetivos estratégicos a todo lo ancho de la organización. Cuando la dirección habla de calidad, debe tener conciencia que habla de un proceso de cambio. Las organizaciones tienen una determinada manera de funcionar, tienen una forma habitual de atender a sus clientes, a sus trabajadores también una manera habitual de desarrollar las actividades cotidianas, sea cual sea el área, lugar o puesto en que se encuentren debido a la cultura organizacional existente. Esta manera habitual de ser, como organización y como individuos, debe conducir a los directivos a las siguientes reflexiones: ¿Cómo organización, estamos satisfechos con nuestro funcionamiento?, ¿con nuestro trabajo?, y todavía más importante: ¿Están nuestros clientes satisfechos con los servicios que les otorgamos?

Las respuestas a estas preguntas por los directivos pueden ser diversas, por lo tanto es fundamental cuestionarse sobre el estado actual de los resultados. Los resultados actuales son el producto de las acciones actuales y si estos resultados son satisfactorios se debe desarrollar estrategias de mejora o mantenimiento, por el contrario si no son satisfactorios, implica que las acciones no son del todo adecuadas en relación a los resultados esperados, que se desean, que se requieren.

Si se desean mejores resultados, si se pretende servir de un mejor modo a los clientes, si se busca que las organizaciones cumplan de mejor manera su misión, si se desea tener trabajadores con un grado de mayor de satisfacción al término de cada jornada de trabajo si todo esto es necesario se requiere entonces de acciones diferentes, acciones diferentes en el proceder individual de cada directivo reorientado su función directiva que va desde "asuntos urgentes" ausencia de planes de trabajo de comunicación y coordinación con clientes internos, externos y proveedores, que dan como resultado una sinergia organizacional insatisfactoria, por una práctica de análisis de procesos para obtener oportunidades de mejora ya sea por decisiones directivas basadas en hechos y datos o bien con equipos de proyecto utilizando la ruta de la calidad para un desarrollo progresivo de la cultura de la calidad.

El análisis y la mejora de los procesos es una actitud de búsqueda de oportunidades y no una tarea mas que cumplir. Si existe en cada directivo el propósito real de ser un líder y no un jefe, en su programa de trabajo se hará evidente la previsión de acciones para la mejora, no solo de los procesos sustantivos sino de todo el sistema a su cargo, enfatizando de manera preponderante en la capacitación de su personal, así como la aplicación en la operación de lo aprendido. Vincular la teoría y la práctica es fundamental para un sólido avance de la calidad.

Estas acciones diferentes por parte de los directivos los podrán llevar a mejores resultados. No se puede aspirar a mejores resultados si se continúa haciendo lo mismo de siempre.

## **4.2 EQUIPOS DE PROYECTO**

La formación de equipos de proyecto fue para nosotros un medio eficaz para mejorar los servicios cumpliendo con ello la expectativa del Plan Integral de calidad de tomar en cuenta la participación los trabajadores para resolver problemas crónicos, generalizar experiencias exitosas y desarrollar nuevos proyectos

Sus miembros participan en el equipo de proyecto, a partir de su nominación por parte del equipo estratégico de la operación, son de cualquier nivel jerárquico, según se requiera

Los equipos de proyecto tienen la facultad de solicitar la presencia de otros trabajadores para apoyar en la recopilación de información, elaboración del programa de ejecución y la aplicación de acciones propuestas

Al término de la misión, el equipo de proyecto se desintegra

Los equipos mediante la aplicación de la ruta de la calidad cuya metodología arroja resultados que pueden repetirse, enseñarse y aprender, propusieron e implantaron mejoras concretas en productividad, eficiencia y oportunidad

Cada equipo tuvo como misión desarrollar un proyecto específico, con un objetivo a lograr elaborando un cronograma de reuniones, estableciendo una organización basada en roles o comportamientos orientados al logro de la tarea

Cada equipo documentó las acciones exitosas y las puso a disposición del equipo estratégico de la operación para su aplicación y transferencia a otras Unidades mediante equipos de adopción

En el equipo de proyecto surge el espíritu de equipo, entendido como la suma de esfuerzos en razón del logro de un objetivo común

## **4.3 BENEFICIO DEL TRABAJO EN EQUIPO**

En toda institución todos formamos parte de un gran equipo, sin embargo dentro del pensamiento de la calidad, el trabajo en equipo tiene otro significado. Hace referencia a otro equipo, a un pequeño equipo, a un equipo integrado de 4 a 8 trabajadores expertos en el proceso, que a propuesta del equipo estratégico de la operación y/o comité de calidad y voluntariamente se reúnen para resolver un problema específico. Este hecho nace que sus integrantes compartan un objetivo común que es conocido y aceptado por todos y en consecuencia se sienten comprometidos con la realización del mismo. Las relaciones de trabajo, las relaciones interpersonales y su interacción contribuye a la formación de una atmósfera de trabajo con la posibilidad de autorregulación del trabajo

En esta atmósfera de trabajo es importante recalcar que se presentan los procesos básicos de los grupos humanos tales como la comunicación, moral positiva, cohesión

y baja resistencia al cambio. Un grupo de personas comprometidos con sus objetivos, suficiente y satisfactoriamente comunicados, con una moral alta y una cohesión fuerte, produce en su acción cotidiana, un clima de trabajo gratificante para ellos, efectivo en el desarrollo de sus procesos de trabajo y útil a los clientes

Un equipo de trabajo, beneficia a cada persona que lo integra, le ofrece la oportunidad de sentirse miembro de un grupo y de esa pertenencia, así como el reconocimiento de sus propios compañeros, satisface necesidades psicológicas que todos tenemos, al mismo tiempo, una convivencia agradable favorece su actitud y por lo tanto contribuye a mejorar su calidad de vida

Además del beneficio personal para cada trabajador, el trabajo en equipo representa una forma más eficiente de hacer las cosas, pues la coordinación de esfuerzos, análisis y propuesta de acciones favorece el desempeño del trabajo

No digo que, con los equipos de proyecto desaparezcan todos los problemas. Al respecto Ishikawa (1988, p. 53) indica

"Cuando una planta produce artículos defectuosos o fracasa en algo, solamente del 20 al 25 por ciento de la culpa puede atribuirse a los operarios de línea. La mayor parte de la culpa corresponde a los ejecutivos, a los gerentes o al estado mayor"

En tanto Juran (1989, p. 289) dice

"Las investigaciones objetivas indican regularmente que el 80 al 90 por cien del daño hecho por la mala calidad se debe a las acciones de la gerencia"

Pero un buen equipo, como se ha descrito, sabe afrontar las situaciones desfavorables con serenidad y con inteligencia. No busca soluciones simples, no espera que las cosas cambien porque otros se mantienen al margen. Analiza en grupo el problema del proceso, determina su estado actual apoyándose en hechos y datos, diseñando alternativas de solución y aplicándolas hasta obtener resultados porque la tarea en sí misma es motivante para su logro.

Los integrantes de los equipos de proyecto conocen su trabajo, sus problemas y sus soluciones y por lo tanto tienen en sus manos gran parte de las respuestas que la organización necesita para mejorar sus procesos.

#### 4.4 APOYO LOGÍSTICO A LOS EQUIPOS DE PROYECTO

En la experiencia de nominar equipos de proyecto aprendimos que es fundamental para su éxito o fracaso el involucramiento real y comprometido de los directivos, en este sentido es necesario proporcionarles el apoyo logístico para facilitarles el logro de la misión encomendada. Al respecto Ishikawa (1988, p. 89) expone lo siguiente:

"Las actividades de los círculos de CC no bastan por sí mismas para efectuar el CTC. Si no hay participación de la gerencia alta y media y del estado mayor, las actividades de los círculos de CC no serán duraderas"

Lo dicho por Ishikawa se ratifica en este reporte, pues el rol de la alta dirección fue determinante para instalar, mantener e impulsar permanentemente el programa de calidad.

Como coadyuvantes al éxito del equipo de proyecto son la estructura del facilitador, el patrocinador y el líder, la cual se expone a continuación

- 1) El facilitador tiene la tarea de asesorar a los equipos de proyecto sobre la aplicación de la ruta de la calidad y sus herramientas estadísticas la elaboración del programa de trabajo y presentación de avances y/o resultados al equipo estratégico de la operación o comité de calidad
- 2) El patrocinador tiene la tarea de gestionar ante el equipo estratégico de la operación y/o comité de calidad los recursos que necesita el equipo de proyecto para desarrollar el proyecto, tales como aulas, equipo de cómputo, hojas de rotafolio. El papel del patrocinador debe recaer en el directivo de más alto rango, del centro de trabajo, en donde se desarrolle el proyecto de trabajo
- 3) El líder tiene la responsabilidad de conducir al equipo de proyecto al logro de la misión encomendada. Para ello debe realizar bilateralmente con los integrantes del equipo de proyecto, la planeación del proyecto, de acuerdo a los pasos de la ruta de la calidad. El papel del líder de preferencia debe recaer en el jefe de departamento y/o supervisor, del centro de trabajo, en donde se desarrolle el proyecto de trabajo

#### 4.5 PREMISAS BÁSICAS PARA INSTAURAR UN PROGRAMA DE CALIDAD

La decisión de implantar un programa de calidad implica mucha responsabilidad y un serio compromiso de la alta dirección ya que involucra la movilización de toda la organización para cambiar la cultura organizacional mediante una planificación a largo plazo, se requiere por lo tanto de la alta dirección, continuidad y perseverancia, de lo contrario lo obtenido lo avanzado quedará registrado en la historia de la organización como un intento más de lograr la calidad, como en este momento sucede en esta Institución, toda vez que el Plan comprendió el lapso de tiempo 1988-2000 y la nueva administración dentro de su visión estableció nuevas estrategias a desarrollar.

Por ello, para lograr calidad se debe favorecer un comportamiento de cambio, arraigar valores de servicio, de calidad, de cultura de equipo, de análisis de procesos, de mejora continua, si no la cultura de calidad no permea, no se pondrá en práctica y pronto se olvidará, regresando a la cultura tradicional a lo conocido, a lo "seguro", a trabajar por función y no por procesos, de ello se deriva en la Delegación Tlaxcala, un avance y un clima laboral todavía heterogéneo, lo que no se favorece holísticamente la coordinación de personas, procesos y la sinergia organizacional. También se reconoce que la situación organizacional gracias a este Plan ha evolucionado y que algunos de nuestros directivos utilizan las herramientas directivas, tales como el círculo Deming, análisis de procesos, herramientas estadísticas, evaluación de resultados en grupo, los criterios del Premio IMSS de calidad y las estrategias de la Cruzada Nacional por la

**Calidad de los Servicios de Salud para medir y mejorar su desempeño.**

#### **4.6 LECCIONES APRENDIDAS**

Las lecciones obtenidas en este Plan de calidad fueron varias, destacando las siguientes:

- 1) El involucramiento personal de la alta dirección y su líder máximo es fundamental para el logro del Plan de calidad ya que marca el rumbo a seguir para lograr el propósito visualizado.
- 2) Antes de hacer nuestro mejor esfuerzo en la mejora de la calidad, debemos asegurarnos de hacerlo en la dirección correcta, mediante un adecuado diagnóstico.
- 3) Aún cuando se capacitó en metodología tanto al equipo estratégico de la operación como a los equipos de proyecto, el aprendizaje significativo de la mejora de la calidad fue sobre la "marcha", pues hubo ocasiones en que en vez de atacar las causas raíz del problema solo se atacaban los síntomas del problema, lo que implicó que algunos equipos concluyeran los proyectos 3 meses promedio, más de lo planeado.
- 4) La integración de los equipos de proyecto debe realizarse con personal que tenga relación al proceso a mejorar y tenga el rol de proveedor, procesador o usuario, además de que labore en la misma unidad con el objeto de evitar ausentismo, rotación o deserción.
- 5) El proceso educativo es la pieza vital para propiciar el perfil laboral que lleve a los trabajadores a desempeñar sus funciones y actividades con las aptitudes y actitudes requeridas para lograr la calidad.
- 6) Es necesario el manejo de tres instrumentos en las sesiones de los equipos de proyecto para no caer en pretareas:
  - a) El cronograma de trabajo sobre el desarrollo de cada uno de los pasos de la ruta de la calidad.
  - b) La agenda de trabajo para el desarrollo de cada sesión lo que favorece la actividad productiva del grupo al centrarse en la tarea.
  - c) El registro de las conclusiones y acuerdos de las sesiones para documentar el trabajo realizado.
- 7) El papel del líder es primordial para que el grupo logre la misión encomendada. El líder de un equipo sea estratégico o de proyecto tiene la responsabilidad de conducir el trabajo para cumplir con el objetivo planeado y la correspondiente autoridad funcional para lograrlo. Su desempeño debe ser concordante con un liderazgo situacional tanto durante la sesión como en las actividades cotidianas. Su función principal es conjuntar esfuerzos y capacidades de los miembros del equipo, de manera sinérgica para producir aportaciones relevantes a la mejora continua de

los procesos. Debe trabajar con y para el equipo. El equipo no trabaja para él, todos compartiendo oportunidades de servir mejor a la organización y a sus clientes. Aportar conocimientos, habilidades y entusiasmo para propiciar que el resto del equipo también lo haga. El líder demuestra su presencia constructiva cuando el equipo planea y organiza adecuadamente sus actividades, cuando desarrolla su trabajo de manera eficiente, y cuando entrega como resultado propuestas innovadoras, oportunas, pertinentes y gratificantes para todos los elementos del equipo

- 8) Algunos problemas para su solución solo requieren de decisiones directivas y otros de equipos de proyecto por lo que se deben diferenciar las causas especiales de las comunes
- 9) El comité de calidad o equipo de mejora debe tener paciencia para lograr una cultura de calidad ya que es un proceso a largo tiempo, por ello debe efectuar la planeación estratégica aplicando la metodología del trabajo en equipo, con el fin de identificar oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas que se presenten en el futuro, en otras palabras planear el futuro en vez de padecerlo. Para poder lograr ese futuro deseado es necesario que defina las directrices a seguir, es decir los objetivos a los que aspira llegar y los medios para poder lograrlos
- 10) El comité o el equipo de proyecto debe mostrar mediante el ejemplo que se quiere lograr una cultura de calidad. El personal aprende más de lo que ve, que de lo que escucha de su jefe. Es el directivo la fuente de transmisión de los valores organizacionales, el propiciador del clima de trabajo y del compromiso por el mismo
- 11) El directivo debe monitorear permanentemente el proceso, con el propósito tomar decisiones oportunas y en consecuencia evitar retrabajos
- 12) La apertura a la cultura de la calidad inicia por la apertura a la crítica constructiva respecto al desempeño de la función directiva
- 13) El programa de calidad debe tener continuidad, no debe ser por un determinado tiempo, debe ser parte de la cultura organizacional, de no ser así, genera indiferencia y se fortalece la resistencia al cambio. Esto refuerza lo que Juran (1989 P. 73) afirma

"Para que tenga lugar un cambio significativo, es de vital importancia que se perciba ampliamente que los directivos participan. La razón de ello es el síndrome de "otro que tal"

Si todas estas condiciones se propician, el camino hacia la calidad será más gratificante tanto para los directivos como para los trabajadores, para la organización y para quienes reciben sus productos o servicios, sus clientes internos y externos.

Para concluir, deseo insistir que la planificación de la calidad es responsabilidad de la alta dirección, citando dos frases: una de Joseph M. Juran y otra de Kaoru Ishikawa.

Juran (1986 /p. S/P) expuso:

"La empresa que quiera emprender un nuevo rumbo en la gestión de la calidad, es evidente que ha de crear un clima de unidad en toda la organización, de forma que todo el mundo conozca cual es la nueva orientación y sea ayudado a moverse según ella"

En tanto, Ishikawa (1988, P 66) escribió

"Cuando se desea poner en practica algo nuevo, el principal enemigo de este esfuerzo se hallará dentro de la propia empresa y dentro de la propia persona. Si no se puede vencer al enemigo, no habra progreso"

Estos principios se comprobaron en el desarrollo del Plan Integral de Calidad, al obtenerse por parte del cuerpo de gobierno delegacional y la representación sindical, constituidos en equipo estratégico de la operación, el diagnóstico, evaluación y control de los equipos de proyecto asignados a los servicios sujetos a mejorar

Los tiempos actuales abren sus puertas a los Psicólogos para que contribuyamos, en trabajo en equipo con otros profesionistas a mejorar la cultura organizacional de las organizaciones mexicanas llevando a la practica los conocimientos adquiridos tanto en el aula como en otros foros en ese afán de ejercer el liderazgo que tenemos en conducta humana favoreciendo el aprendizaje significativo a través las siguientes actividades

- 1) Aplicar la función educativa como un proceso de modificación de pautas de conducta personal y laboral
- 2) Conducción del proceso grupal tendiendo la red de comunicación para que el grupo interactúe para el logro de los objetivos planteados
- 3) Consultoría sobre técnicas directivas para lograr cambios planeados tales como análisis de procesos herramientas estadísticas metodologías de solución de problemas grupos de trabajo entre otros
- 4) Sensibilizar al directivo como agente promotor para lograr cambios planeados
- 5) Promover el ejercicio del liderazgo situacional como coadyuvante del logro y mantenimiento de la calidad
- 6) Conducir a los directivos en la elaboración de planes estratégicos, utilizando, la metodología de la administración para la calidad con la filosofía que la sustenta teoría de sistemas trabajo en equipo y satisfacción del usuario

Tenemos la oportunidad y el privilegio de construir el presente y futuro de México. El tiempo la satisfacción personal la mejoría de las condiciones de vida de nuestra sociedad y nuestros hijos e hijas nos daran la razón de la validez de esta suma de esfuerzos

## BIBLIOGRAFÍA

1. AENOR-ISO 9000 (2002) página Web disponible en <http://www.aenor.es/iso9000.htm> España.
2. Cantú Delgado Humberto (2001) Desarrollo de una cultura de calidad (2ª Ed ) México Mc Graw
3. Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de Calidad Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A C (S/F) Sistemas de gestión de la calidad- Fundamentos y vocabulario México
4. Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de Calidad Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A C (S/F) Sistemas de gestión de la calidad- Requisitos México
5. Comité Técnico Nacional de Normalización de Sistemas de Calidad Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A C (2001) Sistemas de gestión de la calidad- Recomendaciones para la mejora del desempeño México
6. Colección Porrua (1998) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 123a edición México Porrua
7. Coordinación General de Comunicación Social (1998) LXXX11 Asamblea General Ordinaria (Informe del Director General) México Instituto Mexicano del Seguro Social
8. Crespo & Associates Inc (1992) Manual de Herramientas Básicas para el Análisis de Datos Goal Qpc
9. Diario Oficial de la Federación Segunda Sección (1998) Reglamento de Organización Interna del Instituto Mexicano del Seguro Social México
10. Gutiérrez Mario (1996) Noiones de calidad total México Limusa S A de C V
11. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Organización y Calidad (2000) Curso Calidad total México
12. Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) Ley del Seguro social (reformas a la Ley del Seguro Social) publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 20 de diciembre de 2001 México
13. Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Estatal Tlaxcala (1999) Productos de equipos de proyecto Proyectos no publicados
14. Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación General de Atención y Orientación al Derechonabiente Unidad de Organización y Calidad (S F) Plan Integral de Calidad México
15. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Organización y Calidad (1999-2000) Pensamiento estadístico (Módulo II) México
16. Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección de Organización y Calidad (1988) Cuaderno de trabajo para facilitadores de los Equipos de Proyecto México
17. Instituto Mexicano del Seguro Social (2002) Página Web oficial disponible en <http://www.imss.gob.mx> México
18. Instituto Mexicano del Seguro Social Subdirección General Administrativa (1994) Manual técnico de didáctica básica México
19. Instituto Mexicano del Seguro Social Subdirección General Administrativa (1991) Manual de procedimientos del Sistema IMSS - Capacitación México
20. Instituto Mexicano del Seguros Social (S F) lineamientos Estratégicos 1996 - 2000 México
21. Instituto Mexicano del Seguros Social Dirección de Organización y Calidad (1999) Plan Integral de Calidad Guía de trabajo para los Equipos Estratégicos de la Operación México
22. Instituto Mexicano del Seguros Social Unidad de Organización y Calidad (1998) Manual de Organización de la Coordinación Delegacional de Organización y Calidad México

23. Ishikawa Kaoru (1986) ¿Qué es el control total de calidad Bogotá: Editorial Norma.
24. Juran Institute España S.A. (1988) Seminario Liderazgo para el Siglo de la Calidad: Estrategias avanzadas para la competitividad global (4ª ed) Madrid
25. Juran J.M. (1986) La trilogía de la calidad Un enfoque universal para la gestión de la calidad 40 Congreso Anual DE Calidad de la ASQC, Anaheim California
26. Juran J.M. (1990) Juran y el liderazgo para la calidad Un manual para directivos Juran Institute, Inc (trad. de Jesús Nicolau Medina) Madrid Ediciones Diaz de Santos, S. A (Libro publicado originalmente en 1989)
27. Juran J.M. (1990) Juran y la planificación de la calidad Juran Institute, Inc (trad. de Jesús Nicolau Medina) Madrid Ediciones Diaz de Santos, S. A (Libro publicado originalmente en 1988)
28. Kume Hitoshi (1992) Herramientas estadísticas para el mejoramiento de la calidad The Association for Overseas Technical Scholarship (AOTS) (Trad. Eloisa Vasco) Grupo editorial Norma Mexico (Libro publicado originalmente en 1985)
29. Lindaren Clay Henry (1999) Introducción a la Psicología Social, (Ed. John Wiley & Sons, Inc.) Nueva York, E.U.A. (Trad. de Nuna Pares y María Inés de Salas) Mexico Trillas
30. Mejía G. Wilfredo (S/F) Sistemas productivos (Temario curso) pp 6-53 Puebla, Mexico
31. Nacional Financiera S.N.C. Centro de Calidad del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey - Campus Monterrey (1992) Programa de desarrollo empresarial proceso de mejoramiento continuo paquete 3 Monterrey N.L. Mexico
32. Normativa Internacional ISO 9001:2000 (2000) Página Web disponible en <http://www.bullteq.com> Estados Unidos de América
33. Pola Maseda Angel Gestión de la Calidad (1998) Editorial Marcobo Boixareu, Barcelona España
34. Rees Fran (1999) El liderazgo en los grupos humanos (3ª Ed) México Panoramica Editorial
35. Rosander A.C. (1994) Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios Madrid Diaz de Santos
36. Secretaría de Salubridad y Asistencia (2002) Programa Nacional de Salud 2001-2002 (2002) página Web disponible en <http://www.ssa.gob.mx> Mexico
37. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Sección III Jalisco (2001) Sene Cuadernos de Divulgación Científica Bases filosóficas de la calidad (Modelo Industrial) Cuadernos de Divulgación Científica No. 27 página web disponible en [www.uicas.com](http://www.uicas.com), [www.sntssjalisco.org](http://www.sntssjalisco.org) Mexico
38. Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, Sección III Jalisco (2001) Sene Cuadernos de Divulgación Científica Bases filosóficas de la calidad (Modelo Médico) Cuadernos de Divulgación Científica No. 28 página web disponible en [www.uicas.com](http://www.uicas.com), [www.sntssjalisco.org](http://www.sntssjalisco.org) Mexico

**ANEXOS**

**REPORTES DE RESULTADOS "TRES GENERACIONES" DE LOS EQUIPOS DE  
PROYECTO**

## ANEXO No.1

<b>Proyecto:</b> Disminuir el tiempo de espera	Unidad: U.M.F. No. 19
<b>Problema:</b> El tiempo de espera es mayor a 30' promedio	Servicio: Consulta externa de medicina familiar
<b>Objetivo:</b> Disminuir en un 20 % el tiempo de espera en el servicio de consulta externa de medicina familiar	Item de Control: <div style="text-align: center;">Total de minutos</div>
<b>Meta:</b> Disminuir el tiempo de espera de 50 a 40 minutos promedio, en un termino de 6 meses	<div style="text-align: center;">Total de personas</div>

ACCIONES PLANEADAS	ACCIONES EJECUTADAS	RESULTADOS	PUNTOS PROBLEMATICOS	PROPUESTAS DE SOLUCION																																							
		<p><b>Promedio del tiempo de espera</b></p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"> <caption>Approximate data from the 'Promedio del tiempo de espera' graph</caption> <thead> <tr> <th>Mes</th> <th>Minutos (Min)</th> <th>Indicador (Ind)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>E</td><td>30</td><td>60</td></tr> <tr><td>F</td><td>30</td><td>65</td></tr> <tr><td>M</td><td>30</td><td>70</td></tr> <tr><td>A</td><td>30</td><td>60</td></tr> <tr><td>M</td><td>30</td><td>45</td></tr> <tr><td>J</td><td>30</td><td>35</td></tr> <tr><td>J</td><td>30</td><td>30</td></tr> <tr><td>A</td><td>30</td><td>25</td></tr> <tr><td>S</td><td>30</td><td>25</td></tr> <tr><td>O</td><td>30</td><td>25</td></tr> <tr><td>N</td><td>30</td><td>25</td></tr> <tr><td>D</td><td>30</td><td>25</td></tr> </tbody> </table>	Mes	Minutos (Min)	Indicador (Ind)	E	30	60	F	30	65	M	30	70	A	30	60	M	30	45	J	30	35	J	30	30	A	30	25	S	30	25	O	30	25	N	30	25	D	30	25	<ul style="list-style-type: none"> <li>* La capacidad de la unidad esta rebasada por la concentracion de la poblacion que demanda los servicios al mes de mayo de 1998</li> <li>* La apertura en el mes de mayo/98 del H.G.S.M.F. No. 2 permitio la distribucion de la poblacion usuaria</li> <li>* El tiempo de espera decrece como consecuencia de la distribucion de la poblacion derechohabiente</li> <li>* Los registros del tiempo de espera se vieron afectados por la etapa de transicion de la poblacion derechohabiente de una unidad a otra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Monitorear el tiempo de espera para su estabilizacion</li> <li>* Desintegracion del equipo de proyecto ya que la Mision fue alcanzada por la estabilizacion del mismo proceso</li> <li>* Estabilizar los registros del tiempo de espera</li> </ul>
Mes	Minutos (Min)	Indicador (Ind)																																									
E	30	60																																									
F	30	65																																									
M	30	70																																									
A	30	60																																									
M	30	45																																									
J	30	35																																									
J	30	30																																									
A	30	25																																									
S	30	25																																									
O	30	25																																									
N	30	25																																									
D	30	25																																									

**Comentarios:** El equipo de proyecto en la fase 1 de la ruta de la calidad (definir el proyecto), valido la Mision, establecio la meta a lograr y elaboro su plan de trabajo para alcanzarla.

En el paso 2 (situacion actual), elaboro el diagrama de flujo actual comparandolo contra el ideal para identificar posibles desviaciones, recolecto datos del comportamiento del tiempo de espera en hojas de inspeccion y coteo la informacion contra el diagrama de decision de lineas de control.

En el paso 3 ( analisis de hechos y datos), analizo la informacion recolectada en el paso anterior, detectando que la causa raiz del tiempo de espera era que la capacidad de la Unidad estaba rebasada en el primer cuatrimestre del año, por la concentracion de poblacion derechohabiente y que el proceso se estabilizo al distribuirse la poblacion entre las dos Unidades. Otra causa fue el hecho de que los registros del tiempo de espera se vieron afectados por la transicion de la distribucion de la poblacion derechohabiente y los ajustes administrativos correspondientes.

El equipo de proyecto no cubrio toda la Ruta de la Calidad, ya que el motivo de su creacion al estabilizarse el proceso no tuvo mas razon de ser.

- Reflexiones:**
- El monitoreo de los procesos permite conocer y analizar desde una perspectiva mas amplia la manera en que se desarrollan, para la toma de decisiones oportuna.
  - El diagrama de decision de lineas de control es una excelente herramienta para decidir si el proceso es estable y el comportamiento del proceso es satisfactorio, con respecto al indicador estrategico.

## ANEXO No. 2

<b>Proyecto</b> Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades	Unidad Hospital General de Zona No 1
<b>Problema</b> La oportunidad de la consulta externa de especialidades en el mes de agosto de 1988 es del 43.73 % cuando debe ser del 100%	Servicio Consulta externa de Especialidades
<b>Objetivo</b> Mejorar la oportunidad de la consulta externa de especialidades en el Hospital General de Zona No. 1	Item de Control
<b>Meta</b> Incrementar cuando menos en un 20% la consulta externa de especialidades, analizando el proceso de otorgamiento de consulta	Total de consultas de 1ra vez diferidas (mayor de 10 días calendario)
	X 100
	Total de consultas de 1ra vez

CAUSAS RAIZ	ACCIONES RECOMENDADAS	RESULTADOS	PUNTO PROBLEMÁTICO	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
<p>1. Pasos innecesarios en el proceso de solicitud de consulta de especialidades de Primer y Segundo Nivel</p>	<p>Se diseñó un diagrama de flujo indicando los pasos que debería seguir para simplificar el proceso de solicitud de consulta de primer y segundo nivel</p>	<p>1. Disminución de seis pasos innecesarios en el diagrama de flujo de solicitud de consulta del Primero al Segundo nivel de atención lo que significa que la oportunidad de la consulta se incrementará en un 17.96 %</p> <p>2. El gráfico de Pareto refleja que las especialidades "Oftalmología y Cirugía Pediátrica" por lo que se sugiere que el equipo estratégico de la operación las gestione en función de la productividad hospitalaria</p> <p>3. Las especialidades únicas solo presentan diferimento cuando el especialista disfruta periodos vacacionales</p>	<p>La gestión del equipo estratégico de la operación para incrementar la planta de estos médicos especialistas es a largo plazo ya que su autorización está en función del marco de plazas autorizado</p>	<p>Ambas acciones requieren de gestión y seguimiento de gestión</p>
<p>* El 29 % de la consulta de Oftalmología es por problemas de refracción (Dismetropía)</p>	<p>Supervisa para que la Jefatura de Servicios de médicos indique a los médicos familiares diagnosticar la dismetropía y canalizar a Derechamente a opticas de la localidad ya que el Instituto no es prescribientes</p>	<p style="text-align: center;">NIVEL DE OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA DE ESPECIALIDADES 1988-1989</p>	<p>Se sugiere que La Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas desarrolle la fase de difusión entre los médicos familiares en el sentido de canalizar a los Derechamente a opticas de la localidad cuando presentan trastornos de refracción</p>	
<p>*Especialidades únicas oftología cirugía pediátrica</p>	<p>Supervisa para que se incremente la planta de estos especialistas ya que la productividad de estos servicios no aumenta</p>			

Comentarios: El equipo de planeación se basó en la fuerza de la localidad (definir el proyecto) usando la Misión, estrategia, meta a lograr y elaborar su plan de trabajo

En el paso 2 se realizó un diagnóstico de flujo actual comparando con el ideal para identificar los puntos de modificación, recolectando datos del comportamiento de la oportunidad de la consulta externa de especialidades e identificado en un gráfico de Pareto cuantas Especialidades presentaban diferimento

En el paso 3 se analizaron los datos para identificar causas raíz se aplicaron las herramientas de Ishikawa y Pareto para identificar las causas raíz, las causas son:

1. El 29 % de la consulta de Oftalmología es por problemas de refracción 2. Pasos innecesarios en el proceso de solicitud de consulta de especialidades del Primero al Segundo Nivel 3. Especialidades únicas que generan diferimento cuando el especialista disfruta de vacaciones

En el paso 4 se establecieron acciones para eliminar las causas raíz se definieron acciones para eliminar las causas raíz y se elaboró el plan de ejecución

En el paso 5 ejecución de las acciones establecidas. Se aplicó el programa de ejecución

En el paso 6 se analizaron los resultados, se compararon los resultados finales contra la meta y contra la medición inicial

En el paso 7 se establecieron recomendaciones. Se estableció un diagrama de flujo simplificado

En el paso 8 se definieron las propuestas. Se presentaron estos resultados al equipo estratégico de la operación para su aprobación y envío al equipo para Realizaciones

Referencias:

- La oportunidad de la consulta externa de especialidades mejorará mediante la gestión del equipo estratégico de la operación para incrementar la planta de Especialistas en Oftalmología y Cirugía Pediátrica y Cirugía
- La gestión de atención a los médicos familiares de canalizar a los pacientes que presentan problemas de refracción consideramos que es una función sencilla

### ANEXO No. 3

<b>Proyecto</b> Mejorar la oportunidad quirúrgica en las especialidades de Cirugía Pediátrica y de Otorrinolaringología	Unidad: Hospital General de Zona No. 1			
<b>Problema</b> La oportunidad de la atención quirúrgica en el mes de Julio de 1988 es del 69.57 % cuando debe ser del 100%	Servicio: Cirugía			
<b>Objetivo</b> Mejorar la oportunidad quirúrgica en la atención de los pacientes de Cirugía Pediátrica y de Otorrinolaringología	<b>Item de Control</b> Total de intervenciones quirúrgicas Programadas dentro de 10 días calendario			
<b>Meta</b> Mejorar la oportunidad quirúrgica y de Cirugía Pediátrica reorganizando la asignación de días quirúrgicos y días de consulta	Total de intervenciones quirúrgicas programadas <span style="float: right;">X 100</span>			
CAUSA RAÍZ	ACCIONES EJECUTADAS	RESULTADOS	PUNTOS PROBLEMÁTICOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
* Programación de una cirugía diaria y consulta externa todos los días.  * Cirugía Pediátrica Especialidad Única	* Asignación de días quirúrgicos a Cirugía pediátrica otorrinolaringología  * Asignación de días de consulta a Cirugía pediátrica  * Asignación de días de consulta a otorrinolaringología  * Habitación de La Unidad Médica de Atención Ambulatoria (U.M.A.A.)	1- La oportunidad quirúrgica paso del 69.57 % (Julio de 1988) al 71.09% (Mayo de 1999) 2- Se incremento de 11 a 18 días las intervenciones quirúrgicas en Cirugía pediátrica 3- Se incremento de 08 a 11 días las intervenciones quirúrgicas en otorrinolaringología 4- El diferimiento en Cirugía pediátrica disminuyó de 65 a 36 días y otorrinolaringología se situo dentro del indicador estratégico al pasar de 11 a 3 días	* Cirugía de urgencia de las especialidades de ginecología, cirugía general y ortopedia.  * El 48% de los Médicos quirúrgicos laboran en el turno matutino.  La población Usuaria en el año de 1994 era de 167miles en 1998 es de 223 miles tanto que en el mismo lapso el número de camas se ha mantenido en 92 y los quirófanos en 4.  Productividad de quirófanos no homogénea en todos los turnos.  Cirugías únicas. Producen diferimiento cuando el titular disfruta de vacaciones.	* Nominar un equipo de proyecto para analizar cirugías de urgencias.  * Los directivos médicos deben valorar la redistribución de los médicos quirúrgicos mediante concentración o bien nominar la plaza en turno diferente, a su desocupación.  Gestionar el incremento de quirófanos y médicos especialistas en función de la productividad hospitalaria.
<b>Comentarios:</b> El equipo de proyecto en la fase I de la ruta, definió el proyecto, validó la Misión, estableció la meta a lograr y elaboró su plan de trabajo.				
En el paso II, situación actual, se elaboró el diagrama de flujo actual, comparándolo contra el ideal para identificar posibles desviaciones, recolectó datos del comportamiento de la oportunidad quirúrgica, obtuvo la productividad de quirófanos, identificó en gráficos de Pareto, Especialidades con problemas de oportunidad y distribución de médicos quirúrgicos.				
En el paso III, análisis de hechos y datos, para identificar causas raíz, se aplicaron las herramientas de Ishikawa y Pareto para identificar las causas raíz de diferimiento quirúrgico.				
En el paso 4 se establecieron acciones para eliminar las causas raíz, se diseñaron acciones para eliminar las causas raíz y se elaboró el plan de ejecución.				
En el paso 5, ejecución de las acciones establecidas, se aplicó el programa de educación.				
En el paso 6, se analizaron los resultados, se compararon los resultados finales contra el indicador estratégico.				
En el paso 7, Estándarización, se comparó el método usado de asignación de días quirúrgicos y días de consulta.				
En el paso 8, definir nuevos proyectos, se presentaron estos resultados al equipo estratégico de la operación, para su aprobación, envió al equipo guía y comité a consideración acciones de gestión directiva para mejorar la oportunidad quirúrgica.				
<b>Reflexiones:</b> * La oportunidad quirúrgica mejorará mediante gestión del equipo estratégico de la operación para incrementar la plantilla de especialistas únicos e infraestructura, tomando en cuenta la productividad hospitalaria e indicadores médicos.				

### ANEXO No. 4

<b>Proyecto:</b> Disminuir el tiempo de espera <b>Problema:</b> El tiempo de espera es mayor a 15' promedio <b>Objetivo:</b> Disminuir el tiempo de espera en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona No. 1 <b>Meta:</b> Disminuir en un 50 % el tiempo de espera para pasar a consulta en el servicio de urgencias del H.G.Z. No. 1, en un termino de 6 meses	<b>Unidad:</b> Hospital General de Zona No. 1 <b>Servicio:</b> Urgencias <b>Item de Control:</b> <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; margin: 5px 0;">           Total consulta de urgencia         </div> <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">           Total de minutos de espera         </div>
---	--

CAUSAS RAIZ	ACCIONES EJECUTADAS	RESULTADOS	PUNTOS PROBLEMATICOS	PROPUESTAS DE SOLUCION
*Falta de educacion del paciente para hacer uso del servicio de urgencias  *Consulta sentida espontanea  *No se cuenta con criterios de envio del Servicio de urgencias del Primero al Segundo Nivel	*Ejecucion de programas de uso adecuado del servicio de Urgencias  * Gestion de normatividad para medico Triage  * Elaboracion de criterios a Difusion de criterios de Capacitacion sobre criterios de envios a Urgencias de Segundo Nivel  * Supervision de aplicacion de criterios	En relacion a la primera medicion que era de 31 minutos el tiempo de espera disminuyo en 14, lo que equivale al 54.83%. La consulta sentida disminuyo de 713 a 54 %, lo que significa que los medicos del servicio de urgencias atienden ahora mas consulta real  <div style="text-align: center;"> <p>CONSULTA SENTIDA 1996-1999</p> <p style="font-size: small;">TIEMPO DE ESPERA PARA PASAR DEL SERVICIO DE URGENCIAS 1996-1999</p> </div>	*No se encontraron antecedentes de normatividad escrita sobre la aplicacion del Triage	* Normar la aplicacion del Triage, antes de su aplicacion formal

**Comentarios:** En la fase 1 de la ruta de la calidad (definir el proyecto) se validó la misión, se estableció la meta a lograr y se elaboró el plan de trabajo para alcanzarla.

En el paso 2 (situación actual) se recabó información sobre la situación actual del tiempo de espera.

En el paso 3 (análisis de hechos y datos para identificar causas raíz) se aplicaron las herramientas de Ishikawa y Pareto para identificar las causas raíz problema.

En el paso 4 (establecer acciones para eliminar las causas raíz) los participantes definimos acciones para eliminar las causas raíz y elaboramos el plan de ejecución.

En el paso 5 (ejecución de las acciones establecidas) se comunicaron las acciones a realizar entre los involucrados y se aplicó el programa de ejecución.

En el paso 6 (verificar los resultados) se compararon los resultados finales contra la meta y contra la medición inicial.

En el paso 7 (estandarización) se concluyó que el diagrama de flujo (Consulta de Urgencias) es vigente, solo se requería ajustarlo mediante orientación de uso del servicio.

En el paso 8 (definir nuevos proyectos) se presentaron estos resultados al equipo estratégico de la operación para su aprobación y envío al equipo guía.

**Reflexiones:**

- La salida de participantes y su reemplazo afectó el accionar del Equipo de Proyecto, lo que implicó capacitar a los nuevos integrantes y ponerlos al corriente, hacer ajustes al programa de ejecución y por consecuencia no concluir el proyecto en el tiempo establecido por el equipo estratégico de la operación.

## ANEXO No. 5

**Proyecto** Consolidar el programa de prescripción razonada **Unidad:** Unidad de Medicina Familiar No. 19

**Problema** No existen parámetros actualmente que permitan medir que el consumo de medicamentos sea acorde a una prescripción medica razonable y se de a un costo que permita el ejercicio presupuestal optimo y eficiente **Servicio** Farmacia

**Objetivo** Racionalizar los consumos de medicamentos a través de la prescripción razonada **Item de Control**

**Meta** Disminuir en un 20 % el No. de piezas surtidas de medicamentos de mayor consumo sin afectar la calidad de la atención medica Total de piezas surtidas  
No. de recetas surtidas

CAUSAS RAÍZ	ACCIONES EFECTIVADAS	RESULTADOS	PUNTOS PROBLEMÁTICOS	PROPUESTAS DE SOLUCIÓN
-------------	----------------------	------------	----------------------	------------------------

<p>Guías terapéuticas desactualizadas</p> <p>Congruencia Clínica Diagnóstica Terapéutica</p> <p>Recetas pasivo</p> <p>Pacientes derivados de Segundo Primer Nivel de Atención</p>	<p>Formación de la Comisión medica operativa para el análisis y actualización de las guías terapéuticas en base a los diez padecimientos de mayor demanda de atención</p> <p>Asesoría y seguimiento conjunto a casos especificos definidos con evidencia documental</p> <p>Incremento de la supervisión a la prescripción medica razonable</p>	<p>El consumo de medicamentos se redujo de 16319 a 11534 piezas lo que significa un 29.32% 9.32 % por arriba de la meta esperada sin afectar la calidad de la atención medica no obstante que la población usuaria se incremento de junio de 1998 a junio de 1999 en un 5.53% en tanto el porcentaje de recetas surtidas en forma completa del 98.97% que se tenía en agosto de 1998 se ubico en octubre de 1999 en 97.60% es decir el surtido se mantuvo por arriba del 95%. La congruencia clínico diagnóstica terapéutica paso del 64 % al 75.94%</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>MEDICAMENTOS SURTIDOS</b> 1998-1999</p> <table border="1" style="display: none;"> <caption>Data for Medicamentos Surtidos (1998-1999)</caption> <thead> <tr> <th>Month</th> <th>Number of Pieces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>JUN 98</td><td>16319</td></tr> <tr><td>JUL 98</td><td>16000</td></tr> <tr><td>AUG 98</td><td>15500</td></tr> <tr><td>SEPT 98</td><td>15000</td></tr> <tr><td>OCT 98</td><td>14500</td></tr> <tr><td>NOV 98</td><td>14000</td></tr> <tr><td>DIC 98</td><td>13500</td></tr> <tr><td>JAN 99</td><td>13000</td></tr> <tr><td>FEB 99</td><td>12500</td></tr> <tr><td>MAR 99</td><td>12000</td></tr> <tr><td>ABR 99</td><td>11500</td></tr> <tr><td>MAY 99</td><td>11000</td></tr> <tr><td>JUN 99</td><td>11534</td></tr> </tbody> </table> </div>	Month	Number of Pieces	JUN 98	16319	JUL 98	16000	AUG 98	15500	SEPT 98	15000	OCT 98	14500	NOV 98	14000	DIC 98	13500	JAN 99	13000	FEB 99	12500	MAR 99	12000	ABR 99	11500	MAY 99	11000	JUN 99	11534	<p>La prescripción de medicamentos se circunscribe a las alternativas de cuadro básico</p>	<p>Actualización del cuadro básico de medicamentos en función de las guías</p>
Month	Number of Pieces																															
JUN 98	16319																															
JUL 98	16000																															
AUG 98	15500																															
SEPT 98	15000																															
OCT 98	14500																															
NOV 98	14000																															
DIC 98	13500																															
JAN 99	13000																															
FEB 99	12500																															
MAR 99	12000																															
ABR 99	11500																															
MAY 99	11000																															
JUN 99	11534																															

**Comentarios:** El equipo de proyecto en la fase 1 de la ruta de la calidad definió el proyecto, validó la misión, estableció la meta a lograr y elaboró su plan de trabajo para alcanzarla.

En el paso 2, situación actual, elaboró el diagrama de flujo actual comparándolo contra el ideal para identificar posibles desviaciones, recolectó datos de comportamiento de las consultas otorgadas, número de recetas expedidas y padecimientos con mayor frecuencia de consulta.

En el paso 3, análisis de hechos y datos, se analizó la información recolectada en el paso anterior detectando que las causas raíz son guías diagnósticas y terapéuticas desactualizadas, congruencia clínico diagnóstica y terapéutica, recetas de pasivo y derivaciones que se realizan del Segundo al Primer Nivel de Atención.

En el paso 4, establecimiento de acciones para eliminar causas raíz, se diseñó un plan de educación para las acciones propuestas.

En el paso 5, ejecutar las acciones establecidas, se comunicaron las acciones propuestas por el equipo de proyecto al equipo multidisciplinario de la Unidad, se invita a persona medica y no medica, comité medico para analizar y aplicar las guías diagnósticas y terapéuticas.

En el paso 6, verificación de resultados, se dio seguimiento a plan de educación y se analizaron los resultados, comparandolos contra la meta.

En el paso 7, estandarización, se hizo énfasis en las guías a todo el personal medico y se estableció la cedula de evaluación de la congruencia clínico diagnóstica y terapéutica como sistema de aseguramiento de calidad.

En el paso 8, nominación de nuevos proyectos, se presentan estos resultados para su aprobación y posible aplicación en otras Unidades.