



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA
CERTIFICACIÓN EN ISO 9001:2000 DE LOS LABORATORIOS CENTRAL
Y DE ÁREAS CRÍTICAS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE. ISSSTE.

INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
(OPCIÓN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)

PRESENTA:

ERIKA GARCÍA ROJO

ASESOR: LIC. GABRIEL CAMPUZANO PANIAGUA



CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D.F. 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por el maravilloso regalo de la vida, por permitirme ser y trascender.

Gracias a la UNAM, nuestra máxima casa de estudios. Por la oportunidad que nos brinda de ser mejores hombres y mujeres, con sentido crítico y de grandes convicciones.

Un agradecimiento especial a mi querido maestro Gabriel Campuzano. Sus enseñanzas han sido influencia determinante en mi vida. Su amistad, tesoro invaluable.

Agradezco a todos y cada uno de mis maestros de la FCPyS, especialmente al Lic. Ernesto Mendoza Huichán, a la Mtra. Rosallina Ramírez Torres, al Lic. Javier Hernández Pérez y al Mtro. Carlos Hernández Alcántara por el tiempo que me brindaron para revisar este trabajo y sobre todo, por las valiosas aportaciones para enriquecerlo.

Gracias a mis amigos, por los momentos que compartimos, por las alegrías y las tristezas. Sigamos creciendo juntos. Gracias por su apoyo y motivación.

Dedicatorias

Quiero compartir con mi familia la enorme satisfacción que deja el concluir este trabajo. Gracias por su apoyo, sus consejos y su impulso constante en todas las actividades que realizo. Son ustedes muy importantes en mi vida.

Mamá y Papá, la vida es maravillosa porque los tengo a ustedes, son un gran ejemplo para mí. Los amo.

Keny y Karen, ustedes dan ese toque de alegría a mi vida, Son quienes me motivan a ser mejor y emprender nuevas cosas. Gracias por existir.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
1. UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE CALIDAD	9
1.1 Historia y concepto de la calidad	9
1.2 Teóricos de la calidad	11
1.3 Administración Pública y Calidad Total	15
1.4 ISO 9000	19
2. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. ISSSTE	24
2.1 Antecedentes	24
2.2 Estructura Orgánica	27
2.3 Funciones Institucionales	29
2.4 Seguros, prestaciones y servicios institucionales	30
2.5 Misión institucional	33
2.6 Visión institucional	34
3. SUBDIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y CALIDAD. ISSSTE	35
3.1 Antecedentes	35
3.2 Funciones	36
4. CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE	39
4.1 Antecedentes	39
4.2 Estructura Orgánica	41
4.3 Funciones	43
4.4 Misión	46
4.5 Visión	46
5. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS LABORATORIOS CENTRAL Y DE ÁREAS CRÍTICAS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE	47
5.1 Etapas y alcances	47
5.1.1 Acciones preliminares	47

5.1.2 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad	50
5.1.3 Planeación de la calidad	51
5.1.4 Diseño del Sistema de Gestión de Calidad	53
5.1.5 Documentación del Sistema de Gestión de Calidad	56
5.1.6 Implantación del Sistema de Gestión de Calidad	59
5.1.7 Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad	60
5.1.8 Certificación y Mejora Continua del Sistema de Gestión de Calidad	61
5.2 Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas	63
6. CONCLUSIONES	69
7. ANEXOS	77
8. BIBLIOGRAFÍA	83

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA CERTIFICACIÓN EN ISO 9001:2000 DE LOS LABORATORIOS CENTRAL Y DE ÁREAS CRÍTICAS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE. ISSSTE.

INTRODUCCIÓN.

En el presente informe se pretende explicar y analizar a partir de la experiencia de la práctica profesional, realizada en la Subdirección de Innovación y Calidad del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los trabajos realizados en la implantación del Sistema de Gestión de Calidad¹ en los Laboratorios Central y de Áreas Críticas² del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Se considera importante presentar este informe, porque proporcionar servicios públicos oportunos y de calidad, es una de las obligaciones de los gobiernos para con la sociedad, entendiendo que con el paso del tiempo las necesidades y demandas van cambiando, sea en el orden de las condiciones de intercambio económico, en materia de empleo, de comunicación o de cultura. Para ello es preciso que al interior de las organizaciones, existan mecanismos de adaptación a los cambios, a nuevos proyectos, programas, etc., para atender y solucionar adecuadamente las demandas que emite la población.

La calidad es una herramienta cuya cualidad permite trabajar con eficiencia y efectividad, ayuda a realizar actividades con el menor número de fallas posibles y

¹ Un Sistema de Gestión de Calidad es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas y coordinadas, para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad. En Elizondo Deaanini Alfredo, "Manual ISO-9000", Pág. 120.

² Los Laboratorio Central y el Laboratorio de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, son áreas equipadas con aparatos de la más lata tecnología, en donde se practican exámenes de análisis clínico tales como pruebas de orina, de tipo sanguíneo, biometría hemática y estudios de radiología y tomografía respectivamente, con metodologías de alto valor diagnóstico y que ayudan a determinar las condiciones de salud del paciente.

los resultados se ven reflejados en la satisfacción que los usuarios de un servicio muestran al recibirlo. Otras ventajas de la adopción de técnicas de calidad para las organizaciones, es la posibilidad de acceder a más usuarios o clientes, se perfeccionan los procesos y en muchos casos se reducen los gastos de operación, lo que desde luego, contribuye a mejorar la imagen de las instituciones y capitalizar su potencial.

Diversas instituciones públicas en nuestro país están trabajando en la implantación de los Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) para obtener un certificado donde se resalte la calidad de los servicios que prestan, ejemplo de ello es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Durante la actual administración el ISSSTE se ha dado a la tarea de mejorar los servicios que proporciona a la sociedad. En el mes de marzo de 2002, modificó su estructura orgánica y creó al interior de la Subdirección General Jurídica, la Subdirección de Innovación y Calidad (SIC)³, como el área encargada de identificar áreas de oportunidad dentro del instituto y asesorar en la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad para su posterior certificación.

Las actividades realizadas durante la práctica profesional, constituyen una experiencia valiosa en la formación del estudiante de Ciencia Política y Administración Pública, por la oportunidad de poner en práctica conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, por ejemplo sistematizar un conjunto de actividades para determinar el alcance de un proceso, participar en el diseño de un plan de trabajo, analizar el ámbito de aplicación de una ley o reglamento, etc. y adquirir nuevas habilidades aplicables a situaciones prácticas efectuadas en las distintas dependencias y entidades de la Administración Pública, de manera más específica los requerimientos necesarios para implementar Sistemas de Gestión de Calidad.

³ Desde el 8 de mayo de 2004, la Subdirección de Innovación y Calidad pasó a depender de la Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional.

En términos científicos y profesionales, colaborar en la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad es importante, porque hoy en día se requiere proporcionar servicios públicos de calidad, no como una moda, sino como la necesidad de ser mejores en lo hacemos y garantizar la eficacia, eficiencia, productividad, competitividad y calidad en la Administración Pública.

El objetivo de este informe consiste en describir y analizar la importancia de la adopción de técnicas de calidad, en áreas cuya función consista en procesar y examinar pruebas clínicas, para determinar el estado de salud de un paciente. La precisión, exactitud y sistematización con que se realiza el trabajo en esas áreas, garantiza a los ciudadanos que su derecho a la protección de la salud, estipulado en el artículo 4to. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se cumpla con eficiencia y equidad; con servicios públicos adecuados, accesibles y cuyo valor agregado se traduzca en altos estándares de calidad.

De esta manera, podemos observar en qué medida se cumple con uno de los diferentes cometidos de la Administración Pública: La promoción de servicios de salud de amplia cobertura poblacional, con infraestructura y equipamiento técnico avanzado y sobre todo, con profesionales de la salud caracterizados por su alta vocación de servicio. La armonía que se desprende de la combinación de los elementos antes mencionados, refleja cómo el gobierno a través de sus instituciones, busca prevenir y/o combatir padecimientos físicos que impiden el pleno desenvolvimiento físico y mental de los ciudadanos.

La elaboración del presente informe se realizó siguiendo el método Estructural-Funcionalista, por la importancia que lleva implícito el conocer y analizar cada uno de los elementos que forman parte de un sistema; en el que cada una de las partes interactúan entre sí, cumpliendo funciones que son esenciales para la persistencia y fortalecimiento del todo, y cuyo ámbito de competencia depende del nivel jerárquico en que se ubica con respecto a la estructura. Así mismo se emplea un enfoque que va de lo general a lo particular en el desarrollo de cada uno de los capítulos.

1. UNA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DE CALIDAD

1.1 Historia y concepto de la calidad

La historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad. Desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, preparar sus alimentos y fabricar su indumentaria, analizó las características de sus productos y poco a poco fue buscando la manera de mejorarlos.

“La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo, ejemplo de ello es el Código de Hamurabi (2000 A.C.) en el que se tratan cuestiones tales como la responsabilidad directa de los individuos por el mal desempeño de sus actividades. En su regla número 229 establecía que si un constructor edificaba una casa y no lo hacía con buena resistencia, y esto era causa de derrumbe y muerte para los habitantes de la casa, el constructor debía ser ejecutado.

Los fenicios tenían un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objetivo de eliminar los errores, los inspectores simplemente cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria”¹.

Más adelante durante la Edad Media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (por ejemplo las sedas fabricadas en Damasco y la porcelana china.)

A finales del S. XIX y principios del S. XX comienzan a desarrollarse diversos sistemas de calidad, que han evolucionado a la par de los cambios económicos, sociales y políticos en el ámbito internacional. En un principio estos sistemas se orientaron a la supervisión del producto terminado, pero poco a poco fueron interesándose por el proceso y finalmente aplicándose desde el diseño e integrando al proceso el análisis de todas las posibles causales que inciden en la

¹ Castañeda Martínez Luis, “La calidad la hacemos todos” pág. 27.

calidad, tanto en los productos como en los servicios, pasando de los sistemas correctivos a los sistemas preventivos.

La crisis económica de 1929 puede considerarse como el parteaguas para asumir la cultura de la calidad en el S. XX. Muchas empresas comenzaron a cerrar sus instalaciones ante la falta de oportunidades para competir en el mercado. En lo que respecta a las empresas que permanecieron abiertas, estas se vieron obligadas a buscar mecanismos que les permitieran mejorar las ventajas competitivas de sus productos y poder subsistir dentro del mercado.

Kaoru Ishikawa menciona en su libro *¿Qué es el control total de calidad?*, que la Segunda Guerra Mundial fue el acontecimiento que marca el inicio de la aplicación del control de calidad. El control de calidad de acuerdo a las Normas Industriales Japonesas se define como: “El conjunto de características específicas y funciones, que pueden ser objeto de valuación, para determinar si un artículo o servicio está satisfaciendo su propósito.”²

El control de calidad moderno o estadístico comenzó en los años 30'. La Segunda Guerra Mundial permitió aplicar controles a diversas industrias de Estados Unidos; el control de calidad sirvió para producir artículos militares de bajo costo y en gran cantidad. Los niveles de producción norteamericana alcanzaron grandes ventajas en cuanto a costos y calidad. A partir de ese momento muchos teóricos comenzaron a profundizar en el tema de la calidad.

Ahora bien, definir la calidad es un tanto complicado ya que depende de los gustos, expectativas y necesidades de cada persona; como hemos visto, su definición y aplicación depende del contexto y del momento en que se observe y analice. “La calidad es como el arte, todo el mundo habla de ella pero cada quien tiene su propia percepción.”³ La calidad no es un concepto estático, está evolucionando constantemente.

² Valdés Burattí Luigi, “Estrategias para implantar la calidad en la empresa: 1ra generación” pág. 22

³ Valdés Burattí Luigi, Op. Cit. pág. 22

En el sector público sucede lo mismo, los ciudadanos evaluamos la calidad de un bien o servicio en función de las necesidades personales y de la experiencia propia. Vito Tanzi define la calidad en el sector público, como “La característica que le permite alcanzar sus objetivos en la forma más eficiente posible”.⁴

De manera general podemos decir que la calidad es una extensión o alcance en el donde una serie de características inherentes cumple con requisitos establecidos. Calidad es un conjunto de atributos o propiedades de un producto o servicio, que permiten emitir un juicio sobre él y determinar si es mejor, igual o peor que otros.

1.2 Teóricos de la calidad

- **W. Edwards Deming.**

W. Edwards Deming, asesor económico estadounidense y dedicado al estudio y aplicación de la estadística, desarrolló una filosofía dirigida a obtener la calidad desde la alta gerencia. Consta de 14 puntos:

1. “Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio, con el objetivo de llegar a ser competitivos y permanecer en el negocio, y de proporcionar puestos de trabajo.
2. Adoptar la nueva filosofía de la calidad.
3. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad. Eliminar la necesidad de la inspección en masa, incorporando la calidad dentro del producto en primer lugar.
4. Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base del precio. En vez de ello, minimizar el costo total. Tender a tener un solo proveedor para cualquier artículo, con una relación a largo plazo de lealtad y confianza.
5. Mejorar constantemente y siempre el sistema de producción y servicio, para mejorar la calidad y la productividad, y así reducir los costes continuamente.
6. Implantar la formación en el trabajo.

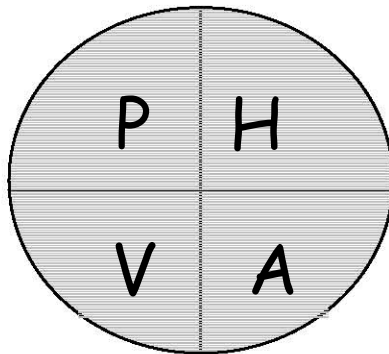
⁴ Tanzi Vito, “El papel del Estado y la calidad del sector público”, Pág. 10

7. Implantar el liderazgo. El objetivo de la supervisión debería consistir en ayudar a las personas y a las máquinas y aparatos para que hagan un trabajo menor. La función supervisora de la dirección necesita una revisión, así como la supervisión de los operarios.
8. Desechar el miedo, de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia para la compañía.
9. Derribar las barreras entre los departamentos.
10. Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para pedir a la mano de obra cero defectos y nuevos niveles de productividad. Tales exhortaciones sólo crean nuevas relaciones adversas, ya que el grueso de las causas de la baja calidad y baja productividad pertenecen al sistema y por tanto caen más allá de las posibilidades de la mano de obra.
11. Eliminar los estándares de trabajo (cupos) en planta. Sustituir por el liderazgo. Eliminar la gestión por objetivos. Eliminar la gestión por números, por objetivos numéricos. Sustituir por el liderazgo.
12. Suprimir las barreras que menoscaban el orgullo del trabajador por su propio oficio.
13. Implantar un programa vigoroso de educación y auto-mejora.
14. Poner a todo el personal de la compañía a trabajar para conseguir la transformación. La transformación es tarea de todos.”⁵

La adopción del control de calidad en Japón no fue por decisión propia, sino que fue consecuencia de medidas económicas de la política diseñada y aplicada en Estados Unidos.

Fue precisamente el Dr. Edwards Deming quien llevó el proyecto del control de calidad. En 1950 dictó una serie de conferencias en Japón, con el objetivo de transmitir los conocimientos adquiridos sobre calidad. Deming propone satisfacer las necesidades del consumidor a través de mejoras incesantes en todos los procesos, a través del círculo PHVA.

⁵ Deming W. Edwards, “Calidad, productividad y competitividad...” Págs. 19-20.



Planear: Establecer los objetivos y procesos necesarios para integrar resultados de acuerdo a los requisitos del cliente y a las políticas de la organización.

Hacer: Implementar los procesos.

Verificar: Monitorear y medir los procesos y el producto, contra políticas, objetivos y requisitos para el producto y reportar los resultados.

Actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño del proceso.

Deming señala que un aumento en calidad posteriormente se traduce en un aumento de productividad. El método de Deming ha demostrado ser la base del control de calidad japonesa. La calidad total como concepto, tuvo su origen en Japón, donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Las técnicas de administración de calidad formuladas por Deming ayudan a las instituciones a continuar operando con:

- ❖ Reducción de costos de insumos.
- ❖ Disminución de costos unitarios.
- ❖ Aumento de utilidades.
- ❖ Permanencia de la institución.

El enfoque general de Deming se centra en el mejoramiento del proceso, considerando que la causa de las variaciones en el proceso radica en el sistema más que en el trabajador.

- **Joseph M. Juran.**

El concepto de Calidad Total japonés se complementó con el pensamiento de Joseph M. Juran, quien en 1954 dictó una serie de conferencias. Sus aportaciones giran en torno a que:

- ❖ Los administradores superiores se deben encargar personalmente de dirigir la revolución de la calidad.
- ❖ Todos los niveles y funciones de la organización deberán involucrarse en programas de capacitación en administración de la calidad.

Juran propone 10 puntos básicos para obtener la calidad, a saber:

1. “Despertar la conciencia en torno a las oportunidades de mejorar.
2. Establecer metas de mejoramiento.
3. Organizarse para alcanzar esas metas.
4. Impartir capacitación.
5. Llevar a cabo proyectos para la resolución de problemas.
6. Informar los progresos.
7. Dar el debido conocimiento a cada persona.
8. Comunicar los resultados.
9. Llevar un recuento del proceso.
10. Mantener el ímpetu haciendo que el mejoramiento anual sea parte integral de los sistemas y procesos habituales de la compañía.”⁶

Así mismo, pone énfasis en alejarse de las recetas y patrones, ya que la calidad no se obtiene siguiendo o repitiendo modelos, mucho depende de las condiciones

⁶ Omachonu Vincent, Op. cit, Págs. 8-9

y características de cada organización y de la importancia que se le da al cliente interno y externo.

1.3 Administración Pública y Calidad Total

Desde siempre, el hombre ha mostrado interés por mejorar sus condiciones de vida, un ejemplo que da muestra de ello es la creación del Estado, como un ente regulador de los derechos y obligaciones de los ciudadanos, garante de la convivencia pacífica, de la seguridad para los individuos y el respeto a la propiedad; y que emite reglas para mantener un equilibrio entre los intereses colectivos e individuales.

“El Estado cumple su papel poniendo en juego una serie de reglamentos, leyes e instituciones que conforman el sector público. Cuanto más alta sea la calidad de este sector, tanto más fácil le será al Estado cumplir su cometido.”⁷

El Estado como organización política de la sociedad, tiene la finalidad de garantizar el bien común, para ello se apoya en los elementos que lo conforman, en primer lugar el Gobierno, entendido este como “el conjunto de los órganos a los que institucionalmente les está conferido el ejercicio del poder”⁸ y de manera más concreta, la Administración Pública que es la encargada de concretar y materializar ese fin.

La Administración Pública a través de su cuerpo institucional y aparato burocrático, debe satisfacer las necesidades sociales, así como proporcionar de manera honesta y eficiente los bienes y servicios acordes a las necesidades y expectativas de la sociedad, y que con el paso del tiempo aumentan y se vuelven más complejas.

La Administración Pública se ha visto afectada por la serie de casos de corrupción,

⁷ Tanzi Vito, Op. cit. Pág. 10

⁸ Bobbio Norberto, “Diccionario de ciencia política”, pág. 710

manejos inadecuados, desvío de recursos, etc. La sociedad ha manifestado su desconfianza hacia las instituciones públicas y hoy en día, difícilmente apoya y participa de las decisiones gubernamentales. Ante esta falta de confianza y credibilidad, la Administración Pública se enfrenta a varios retos, por un lado recuperar la confianza y apoyo de los ciudadanos, por otro dar cumplimiento oportuno, eficiente y eficaz a las demandas sociales y el más importante, mantener y fortalecer la capacidad de respuesta a los problemas públicos.

La solución más viable y efectiva radica en proporcionar servicios públicos de calidad, desde luego estamos hablando de una tarea bastante difícil, porque implica realizar una serie de cambios a estructuras y costumbres ya muy arraigadas, sin embargo esa es la mejor forma de recuperar la confianza y apoyo de los ciudadanos.

Para que la administración pública alcance óptimos niveles de calidad, debe centrar su atención en garantizar el cumplimiento de cuatro condicionantes básicas:

- ❖ “Civildad y cumplimiento de la ley.
- ❖ Cultura y ética en el servicio público.
- ❖ Servicio civil y desarrollo organizacional.
- ❖ Modelos de Gerencia Pública”⁹

Si las instituciones públicas no actúan conforme a lo que establece el marco jurídico correspondiente, difícilmente se obtendrán buenos resultados en el cumplimiento de las funciones que tienen conferidas; por otro lado deben cumplir con ciertos valores cívicos que guíen adecuadamente la conducta de los servidores públicos, deben ser honestos y trabajar conforme al interés público.

Está condicionante tiene una doble dirección, por un lado se requiere de servidores públicos comprometidos con su trabajo, pero también de buenos

⁹ Campuzano Paniagua Gabriel, “Ejes condicionantes para una...” págs. 8, 10, 11 y12.

ciudadanos, que cumplan con la ley y dejen de ser parte de prácticas negativas como la corrupción.

La garantía de que el trabajo de los servidores públicos se efectuará en un marco de eficiencia y honestidad, estará en función de la búsqueda e implantación de mecanismos que los impulse a un mejor desempeño de sus actividades, la propuesta principal para alcanzar tal fin consiste en la adopción del Servicio Civil de Carrera, como un sistema que posibilite dar continuidad a planes y programas dentro de la Administración Pública que estén llevando a cabo las instituciones y cuyos resultados sean favorables.

Se requiere también hacer hincapié en la adopción de modelos de Gerencia Pública, es decir, revisar experiencias de organizaciones públicas y privadas que han contribuido a un mejor desempeño, y tomar algunas referencias acordes a las características de nuestra organización.

Considerar las condicionantes anteriores, puede ayudar a que las dependencias y entidades de la Administración Pública Mexicana, ante la falta de elementos para trabajar con eficiencia, eficacia y calidad, mejoren sustancialmente los servicios públicos proporcionados y enfrenten factores tanto internos como externos que denotan su baja calidad. Entre los factores internos destacan:

- ❖ Baja calidad en la prestación de un servicio.
- ❖ Alta rotación del personal.
- ❖ Ausencia de estándares de medición y desempeño.
- ❖ Pérdidas económicas por la mala calidad.
- ❖ Rigidez y obsolescencia en sistemas y procedimientos.

Como factores externos que motivan la necesidad de cambios en la administración Pública tenemos:

- ❖ Desconfianza y reclamo de los ciudadanos (ya sea como usuarios, derechohabientes o beneficiarios de un servicio).

- ❖ Incumplimiento de estándares internacionales.
- ❖ Por estrategia de gobierno.
- ❖ Por el proceso de globalización.

La estrategia que el gobierno federal ha adoptado para atender oportunamente las demandas sociales, en el marco de la agenda de buen gobierno, la innovación y la calidad gubernamental, es la implantación de Sistemas de Gestión de Calidad (SGC)¹⁰ al interior de las instituciones que conforman la Administración Pública.

La adopción de un SGC debe entenderse como una decisión estratégica de una organización, motivada por el interés de mejorar pero que precisa de esfuerzo, dedicación y trabajo en equipo. Para diseñar e implantar un SGC es necesario que en la institución estén convencidos de los beneficios del sistema, y que se visualice como un área de oportunidad más que como moda o una decisión impuesta por el gobierno federal. Las autoridades y el personal deben mostrar disponibilidad, tiempo y recursos para asumir el compromiso, porque no se debe perder de vista que el SGC está influenciado por necesidades cambiantes, objetivos particulares, productos suministrados, procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización.

Una organización funciona de manera efectiva, cuando identifica y administra numerosas actividades interrelacionadas. Una actividad que utiliza recursos y es administrada con el fin de lograr la transformación de entradas en salidas, puede ser considerada como un proceso¹¹. Con frecuencia la salida de un proceso conforma directamente la entrada siguiente.

¹⁰ Como ya se ha mencionado, por Sistema de Gestión de Calidad podemos entender un conjunto de elementos mutuamente relacionados, que permiten coordinar actividades para alcanzar los objetivos institucionales y orientarlos hacia una cultura de la calidad.

¹¹ Hammer y Champy definen un proceso como “un conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente”. En Hammer Michael y Champy James “Reingeniería” Pág. 37.

“La administración tiene que responder con soluciones de un alto grado de efectividad y calidad a las demandas sociales y asuntos públicos. No basta solamente con atenderlos.”¹²

Así pues, podemos decir, que la Administración Pública es la actividad estatal que tiene por objeto la gestión del interés general; se ocupa de realizar aquellas actividades conducentes a la satisfacción de las necesidades colectivas. Desde el punto de vista orgánico, diremos que la Administración Pública es el órgano del Estado encargado de proveer a la satisfacción de las necesidades colectivas; y la adopción de un SGC puede ser una herramienta útil en la consecución de ese objetivo.

1.4 ISO 9000

La Organización Internacional de Estandarización, fue fundada en 1947 y tiene su sede en Ginebra, Suiza. Su objetivo consiste en promover y desarrollar normas internacionales para administrar procesos que mejoren la calidad, la productividad y faciliten el intercambio comercial de bienes y servicios.

“La ISO está formado por cerca de 180 comités técnicos. (...) Los resultados de la labor técnica de la ISO se publican en forma de normas internacionales y la Serie ISO 9000 es uno de los frutos de ese proceso.”¹³ Esta serie se basa en ocho principios de la calidad:

1. **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
2. **Liderazgo:** Los líderes establecen unidad de propósito y orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual

¹² Campuzano Paniagua Gabriel, Op. cit. Pág. 6

¹³ Omachonu Vincent, Principios de la Calidad Total, pág. 272.

el personal pueda llegar a participar activamente en el logro de los objetivos de la organización.

3. **Participación del personal:** El personal de todos los niveles es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean utilizadas para el beneficio de la organización.
4. **Enfoque de procesos:** Un resultado deseado se alcanza más fácilmente cuando los recursos y las actividades relacionadas se gestionan como un proceso.
5. **Gestión enfocada en sistemas:** Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la efectividad y eficiencia de una organización para lograr sus objetivos.
6. **Mejora continua:** La mejora continua del desempeño general de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.
7. **Toma de decisiones basada en hechos:** Las decisiones efectivas están basadas en el análisis de datos y de información.
8. **Relación mutuamente beneficiosa con el proveedor:** Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación de beneficio mutuo incrementa la habilidad de ambos para crear valor.

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad, que desde su publicación inicial, han ganado y mantenido una reputación global como base para el establecimiento de sistemas de gestión de la calidad.

"NORMA	CONTENIDO
ISO 9000	Ofrece definiciones y conceptos
ISO 9001	Verificación de la calidad en los rubros de diseño, desarrollo, producción, instalación y servicio.
ISO 9002	Verificación de la calidad en la producción e instalación.
ISO 9003	Verificación de la calidad en pruebas e inspección.
ISO 9004	Administración de la calidad y elementos del sistema de calidad." ¹⁴

ISO 9001:2000 es la norma encargada de definir el Sistema de Gestión de Calidad (SGC), el cual, implementado efectiva y eficientemente, producirá la calidad requerida continuamente. Esta norma tiene la ventaja de que se combina y es complemento a los estándares técnicos de un producto o servicio.

La norma describe una buena práctica de administración pero no establece que procedimientos y controles deben ser operados, porque estos varían de una organización a otra; además reconoce la variación en las estructuras, procesos, productos y procedimientos de las organizaciones y como tal, puede ser aplicada tanto a organizaciones pequeñas como a otras muy grandes.

La norma ISO 9001:2000 presenta 8 requerimientos básicos, que deben de cumplirse cabalmente y en la misma proporción:

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Alcance (Objeto y campo de aplicación) | 5. Responsabilidad de la Dirección |
| 2. Referencias normativas | 6. Gestión de los recursos |
| 3. Términos y definiciones | 7. Realización del producto |
| 4. Sistema de Gestión de Calidad | 8. Medición, análisis y mejora |

Cada uno de los requisitos de la ISO 9001:2000 están directamente vinculados, una característica muy importante es que todo lo que se realice para el SGC debe

¹⁴ Omachonu Vincent, Op. cit. Pág. 276.

tener su soporte documental, para estar en posibilidad de dar seguimiento a cada una de las actividades efectuadas. De manera general podemos señalar como ventajas que trae consigo la implantación de un SGC las siguientes:

- Mejor planeación e integración de procesos.
- Mayor comunicación (interna y externa).
- Aumento de competitividad y productividad.
- Mayor lealtad y satisfacción de los ciudadanos/derechohabientes/usuarios.
- Involucramiento del personal y sentido de pertenencia a la organización.
- Mayor conciencia de la calidad en toda la organización.

Establecer un SGC al interior de una institución requiere de un compromiso real tanto de la alta dirección como del personal operativo, porque implica la definición de responsabilidades, así como identificar de manera exacta las actividades que cada persona realiza y donde interactúa con el trabajo de otros; esto con la finalidad de ubicar los procesos que se ejecutan en la institución, tener presente y dar cumplimiento a la normatividad aplicable a la institución, contar con los manuales de procedimientos correspondientes, etc.

Conviene señalar que el SGC no debe trabajarse de manera paralela a las actividades sustantivas y adjetivas de la institución, el SGC es parte de lo que se hace de manera permanente, es dar cumplimiento a los objetivos institucionales con calidad, eficiencia y efectividad.

Hoy en día, las dependencias y entidades gubernamentales están adoptando SGC con miras a obtener la certificación bajo la Norma ISO 9001:2000; un ejemplo de ello es el ISSSTE, que durante la presente administración ha diseñado SGC y certificado centros de trabajo de los distintos servicios que presta el instituto, entre ellos podemos señalar:

- “Las Unidades de Medicina Familiar que se ubican en Lerma, Estado de México; Cadereyta en Nuevo León y Progreso, Yucatán. Las tres unidades están certificadas en la totalidad de sus servicios.

- La Agencia Turística Reforma del Sistema TurISSSTE, que obtuvo la certificación en sus servicios de reservación y venta de boletos de avión para vuelos nacionales e internacionales, de hospedaje, boletos de autobús y paquetes turísticos.
- La Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA); que cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad diseñado para acreditar el total de sus servicios, con lo cual se garantiza que cumpla eficazmente su objetivo de realizar detección oportuna de enfermedades.
- El Órgano Interno de Control del ISSSTE, encargado de realizar las acciones de auditoría a todas las áreas del Instituto. Con la certificación de su sistema se pretende aumentar la efectividad institucional en transparencia administrativa y combate a la corrupción, así como dar sustentabilidad jurídica y normativa a todos los trámites y procesos necesarios para el cotidiano otorgamiento de las 21 prestaciones y servicios que otorga el Instituto a sus derechohabientes.”¹⁵

El ISSSTE continúa con la implantación de SGC en otras de sus áreas, el caso que a continuación analizaremos es el proceso de certificación de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre (Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”) del ISSSTE, no sin antes conocer aspectos generales del instituto, de la Subdirección de Innovación y Calidad del ISSSTE (cuyo personal colaboró con el del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” en el diseño e implantación del SGC), y del propio Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, que nos sirvan como marco de referencia para nuestro estudio.

¹⁵ (DE 26-Enero-2005, <http://www.issste.gob.mx/comunicacionsocial/> boletin 158 –2004)

2. INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. ISSSTE

2.1 Antecedentes

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgió en el año de 1959 con el propósito de proteger y apoyar a los empleados públicos y a sus familias mediante el otorgamiento de diversos seguros, servicios y prestaciones.

El ISSSTE, creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio, éste último conformado por las aportaciones que los trabajadores hacen quincenalmente por dos conceptos fundamentales:

- ❖ Fondo de pensiones.
- ❖ Servicio médico y maternidad.

A ello se suman las aportaciones que hace el Gobierno Federal en los mismos conceptos por cada uno de sus empleados.

Sus antecedentes jurídicos se remiten a las leyes generales de Pensiones Civiles y Retiros que se emitieron, con ese nombre, en los años de 1925 y 1946 respectivamente; y a la que en 1947 fue conocida como la Ley de Pensiones Civiles, estos ordenamientos se orientaban, en esencia, sólo a beneficiar al personal en los aspectos de pensión y/o retiro.

En el año de 1959 se publicó la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que resultó ser un ordenamiento de gran trascendencia, no únicamente porque garantizaba las diversas prestaciones amparadas por las leyes anteriores en materia de salud y protección al salario, sino también porque incorporaba un esquema de prestaciones similar al establecido en la Ley del Seguro Social. Sin embargo, no fue hasta el año de

1983, con la publicación de la Ley que actualmente rige al Instituto, cuando se consolidó la diversificación de seguros, prestaciones y servicios.

La Ley del ISSSTE se constituía en México como la primera en responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

Entre los avances más importantes de la Ley del ISSSTE vigente¹, con respecto a la de 1959, destacan los siguientes:

- ❖ La reducción de los tiempos y condiciones para el otorgamiento de pensiones.
- ❖ La atribución Institucional sobre la promoción y supervisión de los Comités Mixtos de Seguridad e Higiene y la actualización de la terminología sobre los riesgos de trabajo.
- ❖ La pensión por cesantía en edad avanzada.
- ❖ La explicitación de las prestaciones crediticias, tales como el establecimiento de topes máximos de porcentaje salarial del tiempo trabajado para su otorgamiento, y la posibilidad de acceder al financiamiento para vivienda.

Para desempeñar sus funciones, el Instituto empezó con la adquisición de unidades hospitalarias privadas, mismas que, aunque contribuyeron a satisfacer la demanda inicial de servicio, requirieron desde el principio de numerosas adaptaciones o ampliaciones.

De esta forma, en agosto de 1960, el ISSSTE inició la construcción de las tres

¹ La Ley del ISSSTE vigente se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 27 de Diciembre de 1983, y sus modificaciones más recientes se efectuaron el 1ro. de Junio de 2001.

primeras clínicas en el Distrito Federal y compró el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, con capacidad de 600 camas.

El nosocomio Centro Hospitalario 20 de Noviembre, cubrió las necesidades de hospitalización y urgencias que antes se subrogaban; además, se incorporaron algunas unidades médicas provenientes de diversas dependencias centrales, como las que operaban la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Sindicato del Magisterio y el Sistema SCOP (Secretaría de Comunicaciones y Obras Públicas).

La salud y la seguridad social ocupan un lugar central entre las demandas y necesidades más sentidas de la población. Un área primordial en la estrategia de mejora del Instituto es sin duda la de los servicios médicos, así como los administrativos, las finanzas y la capacidad de atención que permitan generar ahorros y asegurar que los derechos de los trabajadores al servicio del Estado y de sus familias sigan siendo cubiertos por el ISSSTE ya que la salud, la educación y un ambiente adecuado son necesarios para lograr un verdadero desarrollo del país, en condiciones de igualdad y con oportunidades de bienestar.

Esto último, salud, bienestar y calidad de vida de los trabajadores y derechohabientes cobran una trascendencia que rebasa su valor intrínseco constituyéndose en pilar de la modernización de la administración pública. El compromiso del Instituto tiene sustento en las cinco políticas que enmarcan su quehacer:

1. Garantizar servicios médicos y salud de calidad, accesibles para todos nuestros derechohabientes.
2. Fortalecer las finanzas del Instituto para asegurar su viabilidad y garantizar el conjunto de prestaciones económicas, sociales y culturales.
3. Desarrollar una gestión pública basada en la transparencia y el combate a la corrupción.

4. Lograr una administración eficiente, centrada en el uso racional de los recursos, el ahorro y la generación de ingresos adicionales.
5. Lograr una gestión de innovación administrativa y cambio tecnológico².

2.2 Estructura orgánica³

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), tiene por objeto otorgar a los servidores públicos, pensionistas y demás derechohabientes sujetos al régimen de su Ley, los seguros, prestaciones y servicios establecidos con carácter obligatorio. Para tal fin y con fundamento en el Estatuto Orgánico, el Instituto se estructura de la siguiente manera:

Al frente del Instituto se encuentra el Director General, quien se encarga de conducir y coordinar las acciones operativas de conformidad con la Ley del ISSSTE. Las obligaciones y facultades de su figura, se establecen en el Artículo 21 del Estatuto Orgánico.

Siguiendo la estructura orgánica del Instituto, subordinados a la figura del Director General y en el mismo nivel jerárquico, está la Secretaría de la Junta Directiva. La Junta Directiva es uno de los órganos de Gobierno, cuyas funciones principales versan en torno a la planeación, supervisión y control de las actividades del ISSSTE, de conformidad con el Programa Institucional y los Programas Operativos Anuales. Las atribuciones de la Junta Directiva se establecen en el Artículo 9 del Estatuto Orgánico.

La estructura orgánica del ISSSTE se integra por Unidades Administrativas Centrales. En primer lugar se encuentran cuatro Subdirecciones Generales, de igual nivel jerárquico entre sí, estas son:

- ❖ Subdirección General Médica.

² ISSSTE Programa Institucional 2001-2006. p.p. 11.

³ Para conocer la representación gráfica de la Estructura Orgánica del ISSSTE, ver anexo de la página 78.

- ❖ Subdirección General de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales.
- ❖ Subdirección General Jurídica.
- ❖ Subdirección General de Finanzas.

En un nivel jerárquico levemente menor al de las Subdirecciones Generales se ubican las Coordinaciones Generales del Instituto. Estas son:

- ❖ Coordinación General de Administración.
- ❖ Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional.
- ❖ Coordinación General de Desarrollo Delegacional.
- ❖ Coordinación General de Comunicación Social.

Derivado de un desconcentración de tipo administrativa, hay tres Órganos Desconcentrados que conforman la estructura central:

- ❖ Fondo de la Vivienda FOVISSSTE.
- ❖ Sistema Integral de Tiendas y Farmacias. SITYF.
- ❖ Sistema de Agencias Turísticas TURISSSTE.

Las Unidades Administrativas Desconcentradas del ISSSTE son:

- ❖ Delegaciones.
- ❖ Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
- ❖ Hospitales Regionales.
- ❖ Escuela de Dietética y Nutrición.

A continuación se presentan las funciones que de manera conjunta y con fundamento en la Ley del ISSSTE, desempeñan las unidades administrativas centrales y desconcentradas.

2.3 Funciones institucionales

La razón de ser del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), consiste en el cabal cumplimiento de los artículos 4to. y 123, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que garantizan el derecho a la salud y la seguridad social respectivamente. Para alcanzar tal objetivo, el Instituto desempeña las funciones consignadas en el título cuarto, capítulo I, de la Ley del ISSSTE. Las funciones institucionales se cumplen en el respectivo ámbito de competencia de las unidades que integran la estructura orgánica del instituto, y estas son:

“ I. Cumplir con los programas aprobados para otorgar las prestaciones y servicios a su cargo;

II. Otorgar jubilaciones y pensiones;

III. Determinar, vigilar y cobrar el importe de las cuotas y aportaciones, así como los demás recursos del Instituto,

IV. Invertir los fondos y reservas de acuerdo con las disposiciones de esta Ley;

V. Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines;

VI. Establecer la estructura y funcionamiento de sus unidades administrativas;

VII. Administrar las prestaciones y servicios sociales;

VIII. Difundir conocimientos y prácticas de previsión social;

IX. Expedir los Reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de organización interna;

X. Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio; y

XI. Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus Reglamentos.”⁴

El reto fundamental que lleva implícito el cumplimiento de las funciones institucionales, consiste en garantizar que la seguridad social posea los atributos de calidad, eficiencia, equidad y protección para sus derechohabientes.

2.4 Seguros, prestaciones y servicios institucionales

El ISSSTE ampara y protege actualmente a sus derechohabientes mediante el otorgamiento de 21 seguros, prestaciones y servicios de índole médicos, económicos, sociales y culturales:

“1. Medicina preventiva: Garantiza, cuida y preserva la salud de los trabajadores y sus familiares, así como de los pensionados.

2. Seguro de enfermedades y maternidad: Brinda atención médica de diagnóstico, quirúrgica y hospitalaria, así como farmacéutica y de rehabilitación que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad o embarazo de los trabajadores, familias y pensionados.

3. Servicios de rehabilitación física y mental: Otorga atención a pacientes con algún tipo de enfermedad o discapacidad que afecte al sistema locomotor, así como a pacientes con afección o deficiencia mental.

4. Seguro de riesgos de trabajo: Cubre el seguro cuando ocurran accidentes y enfermedades a las que están expuestos los trabajadores en el ejercicio de su actividad cotidiana.

5. Seguro de jubilación: Garantiza el pago de pensiones a todos los trabajadores que cumplan 30 años o más de servicio y a las trabajadoras con 28 años o más.

⁴ ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006 p.p.25

6. Seguro de retiro por edad y tiempo de servicio: Pensiona a aquellos trabajadores que cumplan 55 años de edad y que tengan 15 años de servicio como mínimo e igual tiempo de cotización al Instituto.

7. Seguro de invalidez: Otorga este seguro a aquellos trabajadores que se inhabiliten física o mentalmente por causas ajenas al desempeño de su empleo, siempre y cuando hayan cotizado al Instituto cuando menos durante 15 años.

8. Seguro por causa de muerte: Cubre este seguro en caso de deceso por motivos ajenos al servicio, siempre y cuando el trabajador haya cotizado al Instituto más de 15 años, o fallecido después de los 60 años de edad con un mínimo de diez años de cotización.

9. Seguro de cesantía en edad avanzada: Brinda protección al trabajador que decida retirarse voluntariamente del servicio o quede privado de trabajo remunerado después de los 60 años de edad y haya cotizado al Instituto cuando menos 15 años.

10. Indemnización global: Indemniza a aquellos trabajadores que sin tener derecho a ningún tipo de pensión se separen definitivamente del servicio.

11. Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil: Procura el desarrollo armónico e integral de los hijos de las trabajadoras del Estado en las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil.

12. Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionistas: Garantiza los servicios médicos y prestaciones económicas y en especie a los trabajadores del Estado en retiro.

13 y 14. Vivienda y arrendamiento: Brinda la oportunidad de obtener vivienda digna mediante el arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto, además de préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición de casas-habitación,

construcción, reparación, ampliación o mejoras a las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por este concepto.

15. Préstamos a mediano plazo: Apoya la economía familiar a través de financiamiento de préstamos para la adquisición de bienes de uso duradero.

16. Préstamos a corto plazo: Otorga préstamos en efectivo a los trabajadores que por algún motivo requieran de liquidez.

17. Tiendas y farmacias: Contribuye a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes a través de tiendas y farmacias que cuenten con productos de calidad a precios competitivos.

18. Servicios turísticos: Ofrece precios accesibles e instalaciones adecuadas para la recreación.

19. Actividades culturales y deportivas: Atiende las necesidades básicas de los trabajadores y sus familias como son promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación.

20. Servicios funerarios: Proporciona servicios funerarios a precios accesibles.

21. Sistema de Ahorro para el Retiro: Aumenta los recursos a disposición del trabajador al momento de su retiro.”⁵

El estudio de caso que analizaremos se enfoca al cumplimiento del servicio de medicina preventiva y al seguro de enfermedades, que se atienden en la institución, bajo un esquema de servicios públicos de calidad. Para tal fin, se requiere privilegiar la formación, capacitación y actualización del capital humano institucional, con un carácter ético, técnico y científico que garanticen un nivel elevado de atención a la salud. Será entonces la certificación el mecanismo idóneo para trabajar en el perfeccionamiento de los servicios de salud.

⁵ ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006 p.p.25

Con fundamento en el Plan Nacional de Desarrollo y el marco jurídico vigente del ISSSTE, se elaboró el Programa Institucional 2001-2006, cuyo objetivo consiste en atender satisfactoriamente las necesidades de los derechohabientes del Instituto a través de las Líneas de Política General.

Las Líneas de Política General que conducen el quehacer de la actual administración son:

- ❖ “Garantizar servicios médicos y de salud de calidad, accesibles para todos los derechohabientes.
- ❖ Fortalecer las finanzas del Instituto para asegurar su viabilidad y garantizar el conjunto de prestaciones económicas, sociales y culturales.
- ❖ Desarrollar una gestión pública basada en la transparencia y el combate a la corrupción.
- ❖ Lograr una administración eficiente, centrada en el uso racional de los recursos, el ahorro y la generación de ingresos adicionales.
- ❖ Lograr una gestión de innovación administrativa y cambio tecnológico.”⁶

Resultado de las funciones y atribuciones del ISSSTE y como reflejo del cumplimiento de las Líneas de Política General, se definen el quehacer institucional y sus aspiraciones para contribuir al desarrollo humano y social; es decir su Misión y Visión Institucional.

2.5 Misión institucional

“Contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios:

- Médicos

⁶ ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006, p.p. 79

- Prestaciones económicas, sociales y culturales
- Vivienda
- Tiendas y Farmacias
- Servicios Turísticos”⁷

2.6 Visión institucional

“Nuestra derechohabencia deberá contar con servicios acordes a sus necesidades y expectativas, normados bajo códigos de calidad y calidez que permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; así como una diversificación de las actividades en materia de deporte, cultura y recreación. “⁸

⁷ ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006, p.p. 73

⁸ ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006, p.p. 72

3. SUBDIRECCIÓN DE INNOVACIÓN Y CALIDAD, ISSSTE

3.1 Antecedentes

Mediante el Acuerdo de la Junta Directiva del ISSSTE con No. 28.1271.2002¹, se realizó una modificación al Estatuto Orgánico del Instituto con la finalidad de que la Coordinación General de Innovación y Calidad cambiara su denominación y nivel jerárquico para quedar como una subdirección de área, dependiente de la Subdirección General Jurídica. Es así como a partir del 18 de marzo de 2002 se incorpora a la estructura orgánica del ISSSTE, la Subdirección de Innovación y Calidad (SIC).

Dos años más tarde, cobró efecto otra modificación al Estatuto Orgánico y la Junta Directiva del ISSSTE dio a conocer a través del acuerdo No. 27.1288.2004² que la SIC pasaría a formar parte de la Coordinación General de Transformación y Desarrollo Institucional.

El objetivo fundamental de la SIC consiste en inducir y desarrollar en coordinación con las diferentes áreas del instituto, las acciones de innovación de los procesos institucionales y en materia de sistemas, organización, mejora regulatoria y calidad de los servicios que otorga el instituto.

El quehacer de las áreas que integran la Subdirección de Innovación y Calidad, tienen lugar en el marco de cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, que promueve la absoluta transparencia y un adecuado desempeño de la Administración Pública a través de la calidad de los servicios. Cada una de las Jefaturas de Servicios de la SIC, participa en la detección de áreas de oportunidad en todo el Instituto, con la finalidad de incorporar nuevos métodos de trabajo o perfeccionar los ya existentes en la búsqueda por mejorar la imagen institucional y por ende, incrementar la satisfacción de los derechohabientes al recibir los servicios sean médicos, funerarios, turísticos, de auto servicio, etc.

¹ Diario Oficial de la Federación, 18-Marzo-2002, pág. 106

² Diario Oficial de la Federación, 7-Mayo-2004, pág. 108

3.2 Funciones

La Subdirección de Innovación y Calidad se integra por tres jefaturas de servicios: Jefatura de Servicios de Innovación, Jefatura de Servicios de Estudios de Organización y la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad, las funciones que en su conjunto desempeñan estas áreas son:

1. Programar, promover, regular, coordinar y supervisar los estudios de organización, procedimientos, calidad, innovación y simplificación administrativa que requieran realizarse en el instituto.
2. Difundir y aplicar las políticas y directrices que fijen la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, la Secretaria de la Función Pública, la Junta Directiva y la Dirección General del instituto a las que debe ajustarse la organización y operación del instituto.
3. Coordinar la evaluación de procesos y promover el diseño e instrumentación de proyectos de reingeniería, cambio e innovación tecnológica.
4. Dirigir el diseño, difusión y promoción de las políticas, normas y estándares de calidad en coordinación con las áreas sobre los servicios que otorgan.
5. Promover con las áreas del instituto la formulación de programas, proyectos y acciones orientados al aseguramiento y certificación de la calidad de los servicios y, para el desarrollo organizacional.
6. Brindar apoyo técnico en materia de desconcentración administrativa a las áreas del instituto.
7. Dirigir la actualización y difusión permanente de los manuales de organización del instituto y guías técnicas para su ejecución.

8. Emitir dictamen técnico sobre las propuestas de manuales que presenten las áreas.
9. Vigilar que los manuales de organización y de procedimientos correspondan a las estructuras de organización autorizadas y registradas por la subdirección de personal.
10. Proponer las políticas institucionales y la normatividad técnica para la formulación de manuales de organización y procedimientos.
11. Dirigir el análisis de los cambios a los procesos, procedimientos y a las estructuras de organización de las áreas centrales y desconcentradas del instituto.
12. Promover en las áreas del instituto la revisión de la normatividad para su actualización, simplificación y formulación, en el marco del programa de mejora regulatoria.
13. Acordar con las áreas centrales y particularmente con la coordinación general de desarrollo delegacional, la realización de acciones de desconcentración de facultades y funciones de los órganos centrales a las delegaciones y a las unidades operativas.
14. Operar el sistema de metas presidenciales y elaborar los informes correspondientes.
15. Formular los informes generales y específicos que le soliciten las autoridades competentes.
16. Realizar las demás que le señale el coordinador general (de transformación y desarrollo institucional) y otros ordenamientos legales.

La Calidad Total se ha convertido en la herramienta más recurrente para estandarizar los procesos institucionales y orientarlos hacia la mejora continua. En

este informe de práctica profesional, nos centraremos en las funciones que en su ámbito de competencia desempeña la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad; éstas giran en torno al diseño y promoción de estándares internacionales de calidad adecuados a las características de los servicios públicos institucionales.

Hay que tomar en cuenta que la forma de adaptarse a los cambios varia dependiendo de cada organización, la Norma ISO 9000 es por excelencia, el estándar más importante en cuanto a calidad total y certificación de procesos se refiere, sin embargo la creatividad e innovación deben ser una cualidad inherente en cada uno de los proyectos que propone la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad.

Incorporar la calidad en los métodos de trabajo que se llevan a cabo en el instituto, implica efectuar cambios radicales, más no imposibles en cada una de las áreas a certificar en el ISSSTE, las premisas fundamentales en el cometido de la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad deben ser: Mejoramiento de los procesos mediante la participación activa del personal, Incorporación de la opinión de los derechohabientes en la búsqueda del progreso institucional, Proporcionar un valor agregado en todos los servicios y, la promoción de la capacitación constante del personal.

La combinación de esos elementos dará como resultado el cumplimiento las líneas de acción establecidas en el Programa Institucional 2001-2006 del ISSSTE.

4 CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

4.1 Antecedentes¹

En la década de los 40's el empresario Antonio Fajer pone en marcha el proyecto para la construcción del Hospital Privado "Fajer" quedando inconcluso, en 1950 la S. H. C. P. adquiere el inmueble para edificar un Hospital para Maestros y una Escuela de Enfermería, es hasta 1959 que se establece un fideicomiso entre la Dirección General de Pensiones y el Banco Nacional Hipotecario para realizar la obra y crear el Centro Hospitalario "20 de Noviembre", quedando inaugurado en el año 1961, el proyecto arquitectónico estuvo a cargo de los arquitectos Enrique y Agustín Landa, el costo de inversión del proyecto de construcción fue de \$100,000,000.00 M.N; de los cuales 70 fueron para obra y 30 para equipamiento.

En ese entonces estaba equipado con 498 camas censables², 339 incubadoras, 114 cunas, 2 bombas de cesio, 1 bomba de cobalto y 1 riñón artificial, con servicios de gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, cirugía y urgencias y teniendo una cobertura de población derechohabiente de 448,000 personas.

En 1986 el Centro Hospitalario cambió su denominación, pasando a ser Hospital Regional, esta acción amplió su capacidad de servicios otorgados a la población derechohabiente.

Su cobertura de atención médica fue de 1o, 2o y 3er Nivel, la capacidad de atención a la derechohabiencia ascendió a 593,758 personas. El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" es una unidad de concentración nacional de alta especialidad en procedimientos médico-quirúrgicos y precisión diagnóstica, atiende a pacientes referidos del segundo y tercer nivel de atención del ámbito nacional.

¹ (DE 31-Enero-2005, <http://www.issste-cmn20n.gob.mx/20n/menu%20principal/Historia/historia.html#86>)

² Cama censable es la cama de servicio, instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio y personal para la atención médica, es controlada por el servicio de admisión de la unidad y se asigna al paciente en el momento de su ingreso

En su estructura física, integra equipo médico de tecnología de vanguardia, como la resonancia magnética nuclear, litotripsia extracorpórea³, neurocirugía estereotáxica y acelerador lineal, entre otros. Además de ser el centro de excelencia académica y de investigación del Instituto.

Al cierre del Hospital por remodelación y apertura en 1995 ya como Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se establece la Coordinación de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (CSADT), de la que dependen tres Divisiones: Laboratorio, Imagenología y Auxiliares de Tratamiento.

La División de Laboratorio se integra con tres Servicios cada uno con sus secciones correspondientes y en abril de 1996 entran en funciones operativas:

- *Laboratorio de Análisis Clínicos*, con las Secciones de Hematología, Coagulación, Bioquímica I, Bioquímica II, Uroanálisis, Toma de muestras, Atención al Derechohabiente y la Sección del Almacén.
- *Laboratorio de Áreas Críticas*, con las secciones de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Quirófanos.
- *Laboratorio de Pruebas Especiales*, con las secciones de Bromatología, Genética, Histocompatibilidad, Hormonas, Inmunología, Microbiología y Líquidos Orgánicos y Parasitología.

Desde la inauguración del Hospital 20 de Noviembre, el servicio de Radiología funcionó con equipos de Rayos X con intensificadores de imagen y mando cercano, realizando radiografías simples y estudios especiales con fluoroscopia⁴ y circuito cerrado de televisión, con la utilización de medios de contraste

hospitalario para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Definición proporcionada por la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Xalostoc.

³ Con un equipo de litotripsia extracorpórea se puede triturar un cálculo en el interior de la vejiga, seguido simultáneamente por un lavado y extracción. En: Dorland, “Diccionario de las ciencias médicas”, Pág. 875.

⁴ El fluoroscopia es un aparato empleado para examinar estructuras profundas, valiéndose de rayos X; consiste en una pantalla fluorescente, cubierta por cristales de tungstato de calcio en la cual se proyectan las sombras de los rayos X que atraviesan el cuerpo colocado entre la pantalla y la fuente de la radiación. En: “Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina”, Pág. 527.

radiográficos.

En la década de los 80 se introdujeron los equipos de Tomografía computarizada y de ultrasonografía, con nuevas aplicaciones que proporcionan diagnósticos clínicos de mayor certeza.

El Servicio de Radiología e Imagen del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, con el equipamiento de alta tecnología, médicos y técnicos radiólogos capacitados en Institutos Nacionales del Sector Salud y en Hospitales del extranjero, brinda atención con un alto nivel de especialidad para los derechohabientes del Instituto, lo que les valió para obtener la Certificación por el Consejo de Salubridad General el 1º de Diciembre de 2000, iniciando con este siglo una nueva etapa de progreso y calidad en sus servicios.

4.2 Estructura Orgánica⁵

En el artículo 59 A del Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se establecen las funciones y el esquema de organización bajo el cual se rige el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” es una unidad administrativa desconcentrada del ISSSTE. Con fundamento en el Manual de Organización del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, publicado el 31 de Agosto de 1999, esta unidad administrativa se estructura de la siguiente manera:

El titular del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” es el Subdirector, en quien recae la responsabilidad de promover el uso racional de los recursos humanos, físicos, y financieros en la prestación de servicios y atención medica de alta especialidad a los derechohabientes del Instituto, acorde con las políticas institucionales establecidas.

⁵ Para conocer la representación gráfica de la Estructura Orgánica del ISSSTE, ver anexo de la página 80.

Las funciones sustantivas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se efectúan en la Jefatura de Servicios Médicos, cuyas áreas constitutivas son:

- ❖ Jefatura de Departamento de Cirugía.
- ❖ Jefatura de Departamento de Ginecología y Obstetricia.
- ❖ Jefatura de Departamento de Pediatría.
- ❖ Jefatura de Departamento de Servicios Modulares.
- ❖ Jefatura de Departamento de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.

En esta última jefatura ubicamos la División de Laboratorios de la cual forman parte el Laboratorio Central y el Laboratorio de Áreas Críticas, que son las áreas en donde se desarrolla nuestro estudio de caso.

La Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación forma parte de la estructura orgánica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, su objetivo consiste en contribuir a mantener o mejorar el nivel de salud de los derechohabientes, mediante el desarrollo de programas de enseñanza del más alto nivel académico y especialidad y de la investigación biomédica y aplicada de excelencia, para obtener conocimientos en beneficio de los usuarios.

En la estructura orgánica del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” tenemos la Jefatura de Servicios Administrativos, en donde se encargan de asegurar la eficiente operación de los servicios y programas del centro médico, mediante la administración racional de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, necesarios para la operación de la unidad, a fin de brindar el servicio de alta especialidad con calidad para los derechohabientes.

Finalmente en el organigrama del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” encontramos la Jefatura de Departamento de Planeación, su función consiste en promover el adecuado funcionamiento del Centro, a través de acciones de planeación, supervisión y control; y la Coordinación Administrativa de Asuntos

Jurídicos, encargada de vigilar que las acciones realizadas en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, estén en estricto apego a la ley.

4.3 Funciones

La función principal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” consiste en otorgar atención médica integral de alta especialidad, a los trabajadores y derechohabientes del Instituto; para cuyo efecto contarán con los recursos técnicos y científicos más avanzados acorde a su nivel, que permitan otorgar servicios médicos de excelencia con eficiencia y calidad.

Para efectos de nuestro estudio de caso, nos centraremos en las funciones que con base en el Manual de Organización del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se realizan en la Coordinación de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y en el área de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas.

Coordinación de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, esta área se encarga de asegurar que la atención de diagnóstico y tratamiento al derechohabiente se otorgue con la eficiencia, oportunidad y calidad a través del uso racional y óptimo de los recursos humanos, físicos y tecnológicos asignados al área. Sus funciones principales son:

- ❖ Dirigir y asesorar que la gestión de las divisiones de laboratorio, Imagenología y auxiliares del tratamiento, sea de acuerdo a las políticas, normas y procedimientos institucionales.
- ❖ Verificar que las divisiones y servicios de su dependencia elaboren y actualicen los manuales de contenido múltiple y de técnicas y procedimientos.
- ❖ Coordinar las divisiones de su dependencia, a fin de que den respuesta satisfactoria a la demanda de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- ❖ Elaborar los estudios de factibilidad para proponer a las autoridades del centro médico los equipos de avanzada para mejorar el diagnóstico y la terapéutica de los padecimientos de alta especialidad.
- ❖ Participar en los programas de capacitación docencia e investigación que se realicen en las áreas de su dependencia.
- ❖ Verificar el cumplimiento del programa de mantenimiento preventivo y correctivo en las áreas a su cargo.
- ❖ Supervisar y evaluar el avance de los programas y servicios de cada una de las divisiones a su cargo y aplicar las medidas correctivas necesarias para alcanzar el logro de las metas.

La División de Laboratorios contribuye al adecuado diagnóstico de los derechohabientes, mediante los estudios de laboratorio clínico de alta especialidad, con calidad, eficiencia y oportunidad, mediante el óptimo uso de los recursos humanos, físicos y tecnológicos asignados al área. Sus funciones consisten en:

- ❖ Garantizar que la gestión de los servicios de laboratorios de análisis clínicos, laboratorio de estudios especiales, laboratorio de áreas críticas, la unidad de mezclas parenterales y el laboratorio de genética, sea de acuerdo a las políticas, normas y procedimientos institucionales.
- ❖ Asesorar a los servicios de su área, en la elaboración de la programación de su competencia de acuerdo a las normas institucionales.
- ❖ Asegurar la coordinación de los servicios de laboratorio del área, con los demás servicios del hospital, a fin de contribuir oportunamente en el estudio del derechohabiente.
- ❖ Verificar que los laboratorios clínicos, de estudios especiales y de áreas críticas, apoyen con oportunidad, eficiencia y calidad el diagnóstico de los

pacientes con el equipo de mayor calidad confiabilidad y desarrollo tecnológico.

- ❖ Asegurar que se otorgue a los servicios médicos, quirúrgicos, pediátricos y gineco-obstétricos, los insumos de soluciones medicamentosas en cantidad, con calidad y seguridad total.
- ❖ Vigilar que la atención y diagnóstico en el campo de la genética medica, sea integral y con apoyo de equipo de laboratorio preciso y tecnología de punta.
- ❖ Gestionar programas para el desarrollo y capacitación del personal de los servicios del área, así como para la investigación básica y aplicada.
- ❖ Asegurar que la condiciones físicas de los equipos e instrumental de laboratorio, se mantenga útil y permita su aprovechamiento.
- ❖ Garantizar la dotación de insumos necesarios en cada uno de los servicios del área para asegurar el aprovechamiento de la capacidad instalada y recursos asignados.
- ❖ Supervisar y evaluar los programas y servicios del área, a fin de identificar desviaciones en el proceso y aplicar las medidas correctivas.

El notable cumplimiento de sus funciones, repercute en la elevada calidad de servicio y especialidad que caracterizan al Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, y dan testimonio del amplio prestigio con que cuenta el nosocomio en nuestro país.

4.4 Misión

“Asegurar que la atención de diagnóstico y tratamiento para el usuario se otorgue con la eficiencia, oportunidad y calidad a través de uso racional y óptimo de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.”⁶

4.5 Visión

“Que los derechohabientes nos perciban como una Coordinación de Diagnóstico y Tratamiento con servicios calificados entre los mejores a nivel mundial, garantizado por el cumplimiento de normas nacionales e internacionales.”⁷

⁶ Carteles informativos en los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del CMN 20 de Noviembre.

⁷ Carteles informativos en los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del CMN 20 de Noviembre.

5. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LOS LABORATORIOS CENTRAL Y DE ÁREAS CRÍTICAS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

5.1 Etapas y alcances¹

5.1.1 Acciones preliminares.

La finalidad de esta etapa consiste en dar a conocer las bases metodológicas con las cuales se implantará el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y recopilar la información relacionada con el servicio, la cual puede estar contenida en manuales de operación, manuales de procedimientos, referencias normativas, de los indicadores y/o estándares de servicio, así como la información que se obtenga por la observación directa a través de visitas.

En el mes de febrero de 2003, las autoridades y el personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, en coordinación con personal de la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad, de la Subdirección de Innovación y Calidad del ISSSTE, comenzaron a realizar los trabajos previos para la implantación del SGC en la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento (CSADT).

La CSADT se integra por tres divisiones: División de Imagenología (DI), División de Laboratorios (DL) y División de Auxiliares de Tratamiento (DAT). Se determinó que el alcance del SGC incluiría a todas las áreas de la División de Laboratorios y al área de Radiología e Imagen de la División de Imagenología.

El departamento de Aseguramiento de la Calidad de la Subdirección de Innovación y Calidad, apoyaría al personal del Centro Médico Nacional “20 de

¹ En este apartado de nuestro informe, describiremos las acciones realizadas para llegar a la Certificación de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. En primer lugar daremos una breve explicación del objetivo de cada etapa, siguiendo la metodología de la Guía para el diseño e implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001:2000, formulada por el personal de la

Noviembre” brindando asesoría, asistencia técnica y metodológica durante el desarrollo e implementación del SGC, así como capacitación de reforzamiento y de cómo recibir la auditoría interna y la auditoría de certificación por parte de un organismo externo.

El proyecto de implementación del SGC originalmente fue planeado para realizarlo en dos fases, la primera de ellas durante los meses de febrero a octubre de 2003; en esta primera fase se trabajaría con 25 de las 28 secciones que conformaría el sistema.

Una vez que se obtuviera la certificación, se procedería a incorporar las tres áreas restantes: el Laboratorio de pruebas especiales de la División de Laboratorios, la Sección de tomografía computarizada y la Sección de enseñanza e investigación, ambas de la División de Imagenología, la segunda fase del proyecto tendría lugar durante el año 2004. Lo anterior como la meta principal de los trabajos de mejora continua: incorporar nuevas áreas y ampliar el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

De esa manera se procedió a realizar un análisis diagnóstico de las áreas que abarcaría el SGC, para conocer las características actuales de los procesos que ahí se realizan, la percepción que el personal operativo tiene de su trabajo, así como las carencias o problemas a los que de manera cotidiana se enfrentan para desempeñar su trabajo.

Con los resultados arrojados del análisis se concluyó que las distintas áreas presentan condiciones adecuadas para implementar el sistema, en todas ellas se detectó la existencia de:

- ❖ Manuales de organización y procedimientos apegados a la operación real, así como el organigrama representativo del área.

Subdirección de Innovación y Calidad, y posteriormente mencionaremos las actividades realizadas en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, como parte de los trabajos en cada una de las etapas.

- ❖ Procesos documentados y controlados por interfases, que únicamente tendrían que adecuarse a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2000.
- ❖ Control y sistematización de sus procesos, con registros propios y bitácoras, que de igual manera se tendrían que adecuar a la norma.
- ❖ Mecanismos de control de calidad, de los resultados de las pruebas; en ese caso lo que hacía falta era integrar los resultados y controles de todas las áreas que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad en un formato único.

Para adentrar al personal en el proyecto institucional, se realizaron talleres para difundir el concepto de Sistema de Gestión de Calidad, sus características, los requerimientos y elementos necesarios para proceder a su implantación y como complemento se difundieron trípticos y carteles informativos.

De esta primera etapa durante la cual se sensibilizó al personal sobre los beneficios que trae consigo implantar un SGC, se obtuvieron los resultados esperados: en un ejercicio de trabajo en equipo se determinaron la misión, visión y política de calidad de la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, además en cada división se hizo lo propio para las áreas de trabajo. Siguiendo los requerimientos de la Norma ISO 9001:2000, quedaron asentados los objetivos de calidad y el 15 de marzo de 2003 se firmó el Acta Constitutiva del Subcomité de calidad, iniciando formalmente los trabajos del Sistema de Gestión de Calidad.

❖ **Misión:**

Asegurar que la atención de diagnóstico y tratamiento para el usuario se otorgue con la eficiencia, oportunidad y calidad a través de uso racional y óptimo de los recursos humanos, físicos y tecnológicos.

❖ **Visión:**

Que los derechohabientes nos perciban como una Coordinación de Diagnóstico y Tratamiento con servicios calificados entre los mejores a nivel mundial, garantizado por el cumplimiento de normas nacionales e internacionales.

❖ **Política de calidad:**

En la Coordinación de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento estamos comprometidos a trabajar en equipo, brindando servicios de diagnóstico, pronóstico y seguimiento con calidad y calidez a través de procesos de mejora continua, cuyo impacto se refleje en la satisfacción de nuestros médicos y derechohabientes.

5.1.2 Alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

La meta de esta etapa consiste en ubicar la o las áreas que participarán en el Sistema de Gestión de Calidad, así como la delimitación de los procesos que se tomarán en cuenta para la certificación del sistema.

El SGC se aplicó a la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, concentrándose en los procesos de Laboratorio Central, que comprende Citas, Toma de Muestra, Almacén, Bioquímica I, Bioquímica II, Hematología, Coagulación y Uroanálisis. Laboratorio de Áreas Críticas que comprende Laboratorio de Quirófanos, Laboratorio de Urgencias y Laboratorio de Terapia Intensiva. Y la División de Imagenología con el servicio de Radiología e Imagen que comprende la sección de Radiología General, Ultrasonido, Radiología Intervencionista, Tomografía Computada y Resonancia Magnética.

Al finalizar el ejercicio de revisión y análisis de los procesos de esas áreas, los miembros del comité de calidad y el personal de la Jefatura de Servicios de Aseguramiento de la Calidad, coincidieron en la viabilidad del proyecto al encontrar soportes documentales actualizados y apegados a la normatividad institucional, al verificar que los registros con que se evalúan los resultados de las

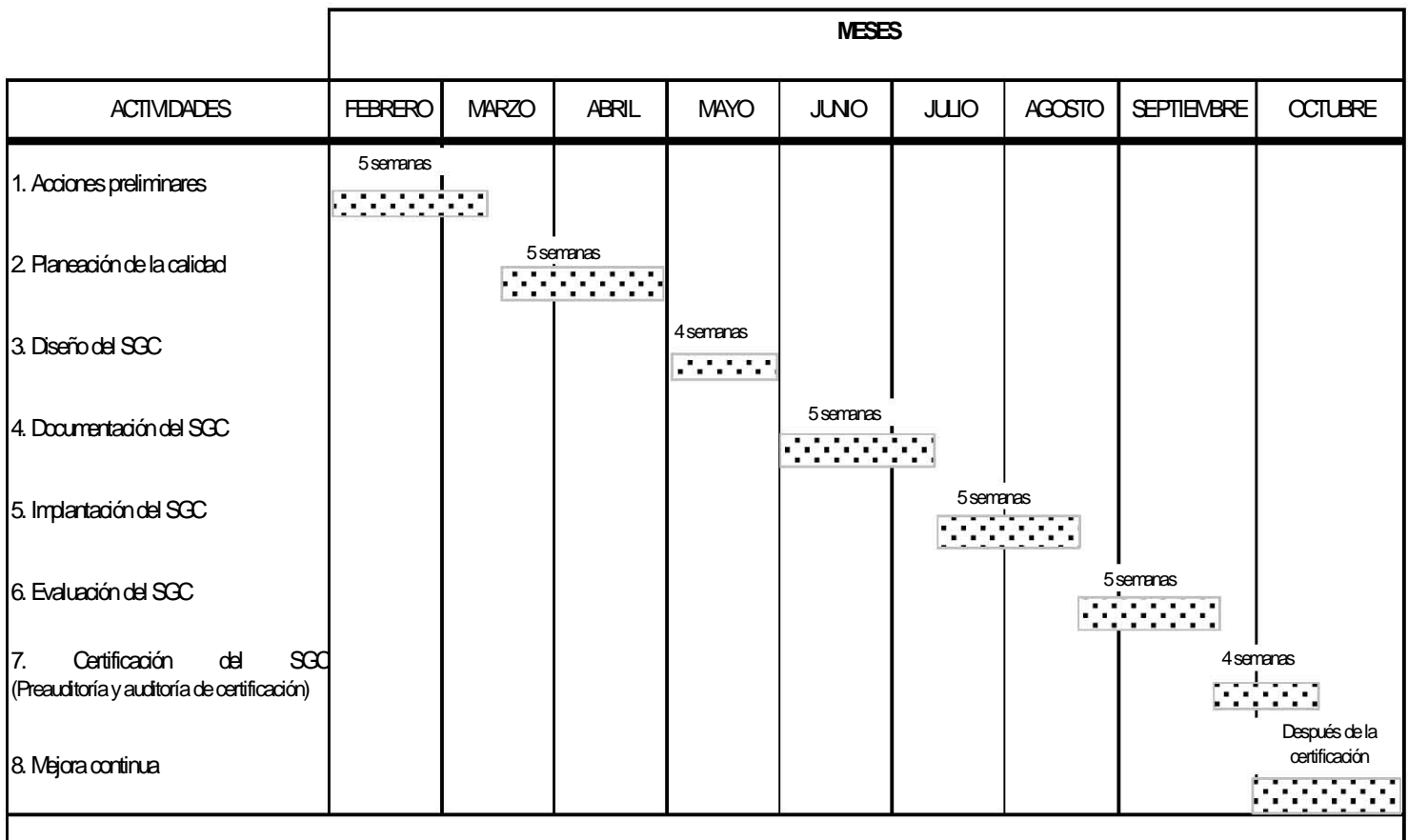
pruebas clínicas son confiables y apropiados para efectuar una auditoría de calidad, y que en su conjunto cumplen con las expectativas de los derechohabientes.

5.1.3 Planeación de la calidad.

El objetivo de esta etapa radica en generar un plan de trabajo en el que se incluyan todas las etapas del proyecto con base en tiempos, recursos y personal responsable. Es menester que el compromiso asentado con la firma del acta constitutiva del proyecto se refleje en el cumplimiento de los compromisos y en la participación activa en cada etapa del sistema.

Los miembros del Subcomité de la calidad del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, participaron en la elaboración del Plan de Trabajo, para acordar las actividades a realizar y los tiempos que llevaría realizar cada una de ellas y determinar la duración total del proyecto para obtener la certificación.

Una vez terminado el plan de trabajo de la CSADT del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se dio a conocer a las áreas participantes en el SGC y la primera versión de ese plan quedó de la siguiente manera:



Otra de las actividades desarrolladas durante esta etapa fue la elaboración de instrumentos de medición, con el objetivo de contar con indicadores para evaluar el desarrollo de los procesos, algunos de ellos son: en qué porcentaje se cumple con la entrega de resultados de las pruebas en tiempo y forma, tiempo que tarda el almacén en dotar de insumos a las áreas (la falta de insumos también retarda la culminación de un proceso), tiempo que tarda el área de Toma de Muestras en canalizar al área correspondiente la muestra entregada por el derechohabiente para la realización de una prueba, etc. Adicionalmente cada área deberá tener un tablero de control para medir el desempeño de actividades internas y habrá uno por cada laboratorio.

Se halló que la falta de insumos es una de las causas principales por las que las áreas de la CSADT se retrasan en la entrega de resultados, y este problema llega a afectar a otras áreas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, porque los

médicos no obtienen a tiempo los resultados requeridos para prevenir o tratar oportunamente alguna enfermedad o padecimiento diagnosticado a los pacientes.

5.1.4 Diseño del Sistema de Gestión de Calidad.

El objetivo de esta etapa es estructurar y construir con un enfoque basado en procesos el SGC, teniendo como resultados a obtener:

- ❖ La identificación e interrelación de procesos sustantivos.
- ❖ Los dispositivos de control y medición de los procesos, servicios y/o productos.
- ❖ Determinación de proveedores y controles.
- ❖ Los controles del producto y/o servicios no conforme.
- ❖ Una metodología para auditorías internas.
- ❖ La metodología para la toma de acciones preventivas y/o correctivas.
- ❖ Los perfiles de puesto.
- ❖ Mecanismos de comunicación internos y externos.

Para determinar el alcance y detalle de los documentos que forman parte del sistema de calidad, se consideró la complejidad de las actividades, los métodos utilizados, las habilidades y capacitación del personal que realiza la actividad.

En esta etapa también se procedió a identificar los procesos que se realizan en las áreas. En este caso fue preciso que el personal diferenciara entre lo que es un procedimiento y que un proceso, ya que existen algunas pruebas que pasan por dos áreas, y lo que en cada una se hace es una parte del proceso principal.

Un diagrama de flujo es una representación gráfica en la que se plasman los elementos que interactúan en un proceso, y se identifican las entradas y salidas que interactúan. El personal de la Subdirección de Innovación y Calidad colaboró en la realización de los diagramas de flujo, de los procesos que se llevan a cabo en las áreas involucradas en el SGC; esto permitió detectar los problemas que retrasan la conclusión de un proceso. Entre ellos destacan la falta de un químico de tiempo completo y un capturista o auxiliar administrativo; ya que los jefes de sección del laboratorio central solo cubren un turno y en casos extraordinarios se requiere de la presencia de alguien que realice y/o avale una prueba.

El área de almacén identificó a todos los proveedores que le entregan insumos y se hizo una revisión de los controles que se sigue para su recepción e ingreso, la periodicidad con que se surte, los formatos o mecanismos mediante los cuáles otras áreas hacen una requisición al almacén, etc. Los encargados de almacén llevan un control de sus entradas y el material suministrado a cada área, por lo que la tarea más importante será mantener los controles existentes y adecuarlos a las características de la norma, además de mejorar su sistema de abastecimiento tanto para evitar un déficit de insumos, o bien un excedente de reactivos que a la larga ocasiona pérdidas por la culminación del periodo de caducidad.

Para determinar y mantener la calidad de los servicios, se revisaron los controles que cada sección de los laboratorios realiza para evaluar el resultado de sus pruebas, en algunos casos también se hicieron ciertas adecuaciones a fin de que estos sean compatibles con las características de la ISO 9001:2000.

Paralelamente se comenzó a capacitar al personal que tendría el rol de auditor interno dentro del sistema. Como actividad fundamental de esta etapa, el personal de la SIC diseñó e impartió un curso para explicar al personal en qué consiste una auditoría, su tipología y características. Así mismo se realizaron ejercicios de prueba y se les proporcionó material útil para esa actividad.

Otra actividad importante de la etapa de diseño fue dar cumplimiento al punto 5.5.1 de la Norma ISO 9001:2000 que se refiere a la elaboración de los perfiles y descripción de puestos; esto es, revisar que el personal de las áreas donde se implementa el SGC realicen las funciones propias del puesto que desempeñan y que esas funciones o actividades garanticen el cumplimiento de los objetivos del área de adscripción y por supuesto de la organización en general.

El personal del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” está altamente capacitado, y cuenta con experiencia, por lo que las funciones y actividades que desempeñan se apegan a cada perfil de puesto. De las fortalezas con que cuenta el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” es precisamente su personal, ya que en su mayoría los médicos de las distintas especialidades y los químicos de los laboratorios cuentan con estudios de posgrado o están en actualización constante en sus campos de conocimiento respectivo.

Durante esta etapa se realizaron entrevistas a las autoridades del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” y al personal de la CSADT, con la finalidad de detectar las necesidades que se tiene en materia de capacitación; en este caso son mínimas porque de manera continua se realizan cursos para que el personal se actualice, además las compañías cuyos instrumentos y aparatos se utilizan en las distintas áreas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, capacitan al personal para que conozcan y utilicen adecuadamente los equipos y están en comunicación constante para atender cualquier falla o duda que exista.

La etapa del diseño del SGC se consideró como satisfactoria ya que tanto la capacitación como el apego a los perfiles de puesto son dos aspectos que se cumplen cabalmente y que dan viabilidad a la implantación del SGC, solo se hizo hincapié en mantener y reforzar las opciones de capacitación que se ofrecen al personal y procurar que esta sea de manera continua. Para efectos del SGC se sugirió la realización de otros cursos referentes a la Norma ISO 9001:2000, a manera que el personal se involucre más con las actividades tendientes a obtener la certificación.

5.1.5 Documentación del Sistema de Gestión de Calidad.

En cumplimiento a la Norma ISO 9001:2000, la documentación del SGC debe incluir:

- ❖ Declaración documentada de la política y objetivos de la calidad.
- ❖ Manual de la calidad.
- ❖ Manuales de procedimientos.
- ❖ Cédulas de perfil de puestos.

Previo a la realización de la documentación del SGC, la SIC impartió un curso sobre la elaboración de los documentos, para que el personal encargado de elaborarlo y controlarlo identificara de manera precisa la información necesaria y estructurara los documentos que sustentan el sistema. La elaboración de documentos para el SGC se realiza conforme a los formatos establecidos para el ISSSTE en general, cabe señalar que estos se adecuan a los requerimientos de ISO 9001:2000. El SGC de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” se fundamenta en la siguiente normatividad:

- ❖ ISO 9000:2000.
- ❖ ISO 9001:2000.
- ❖ Acta Constitutiva del Subcomité de Calidad de la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento.
- ❖ Programa Institucional 2001-2006, ISSSTE.
- ❖ Guía para la Implantación del Modelo de Innovación y Calidad del ISSSTE.

- ❖ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de diciembre de 1983.
- ❖ Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, publicada en el D.O.F. el 1 de julio de 1994.
- ❖ Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, publicada en el D.O.F. el 4 de enero de 2000.
- ❖ Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA-2002.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-158-SSA1-1996. Salud ambiental, Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA2-1993. Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-157-SSA1-1996. Salud Ambiental, Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X.
- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-156-SSA1-1996. Salud Ambiental, Requisitos Técnicos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

- ❖ Norma Oficial Mexicana NOM-146-SSA1-1996. Salud ambiental, Responsabilidades sanitarias en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.

La elaboración del Manual de Calidad se realizó en la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento de acuerdo a las definiciones establecidas en el procedimiento de Elaboración de Documentos, la revisión la realizó el representante de la dirección o secretario y la versión final fue aprobada por el Subdirector Médico. Vale la pena mencionar que la conclusión del Manual de Calidad se postergó debido a la falta de compromiso por parte de la alta dirección para acudir a las reuniones de trabajo para elaborar este documento.

Adicionalmente esta etapa se torno un poco complicada en el sentido de que las áreas no contaban con los manuales de procedimientos actualizados y tampoco estaban en posibilidad de realizar la actualización porque en cada laboratorio solo se cuenta con un equipo de cómputo y evidentemente era insuficiente para atender las necesidades. Las autoridades correspondientes comentaron que en ese momento no se estaba en posibilidad de dotar del equipo a cada área; pero para no retrasar los trabajos del SGC por la falta de documentación, se optó que cada área realizara en borrador los procedimientos correspondientes y una persona de la SIC procedería a su captura y adecuación en el formato indicado.

En lo que respecta a los registros y planes de calidad, las áreas que participan en la implantación del SGC cuentan con dos organismos externos: PACAL y AMBC, que periódicamente hacen evaluaciones de calidad a los resultados de las pruebas, los controles que de esas evaluaciones se generan sirven para reforzar el SGC, ya que es importante contar con instrumentos de medición externos, además esos controles se tomaron de referencia para implementar otros de carácter interno ya adecuados a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2000.

En esta etapa de documentación prevaleció la falta de compromiso por parte de la alta dirección, esto propició el retraso en la implantación del SGC, por un lado porque los miembros agendaban actividades el mismo día que se iba a celebrar

una reunión del comité, lo que originaba la cancelación de éstas, ya que no se podía analizar de manera detallada y sin la presencia de todos los miembros los logros obtenidos. Así mismo la elaboración y conclusión de los manuales de procedimientos de cada área se vio afectada por la falta de equipo de cómputo para proceder a su captura, y en algunos casos, el borrador que las áreas entregaban no era muy claro, por lo que fue necesario realizar varias modificaciones a los manuales de procedimientos. Se puede considerar esta etapa como una de las más complicadas, al mes de noviembre de 2003 todavía se seguían capturando los documentos que sustentan el sistema, cuando originalmente se había pensado que para ese mes ya se estuviera trabajando en las acciones de mejora continua.

5.1.6 Implantación del Sistema de Gestión de Calidad.

El objetivo de esta etapa es instrumentar el Sistema de Gestión de Calidad asegurando que el personal sea consciente de su participación y contribución al sistema. Esta etapa se reforzó con el apoyo de los promotores de la calidad, la misión, visión, política de calidad, objetivos de la calidad, estructura documental, y descripciones de puestos de todos los niveles de la institución.

El día 1ro. de abril de 2004 se hizo oficial la implantación del Sistema de Gestión de Calidad en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, para tal efecto se difundieron los carteles informativos que contenían la visión, misión, objetivos y política de calidad, con la finalidad de que el personal se fuera familiarizando más con ellas y que los derechohabientes conocieran también el proceso que se estaba dando al interior del hospital.

Para dar cumplimiento a esta etapa y en general para hacer fructificar el SGC, se requirió del apoyo de los promotores de la calidad, que son los jefes de las secciones, para que tuvieran disponible la documentación correspondiente a los procesos que realizan, incluyendo los registros y controles de medición de todo lo que se efectúa. Lo anterior con la finalidad de que todo el personal involucrado

con el SGC tenga a su alcance la documentación y/o registros que le ayuden a resolver los problemas o dudas que se presenten.

Durante y a partir de la implantación del sistema, los promotores de la calidad adquirieron el compromiso de monitorear los procesos que se realizan en las áreas de los laboratorios, para asegurar la eficiencia de los mismos e identificar opciones que ayuden a mejorarlos.

5.1.7 Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad.

El objetivo de esta etapa consistió en comprobar la efectividad del SGC, para ello se llevaron a cabo actividades tales como auditorías internas, con la finalidad de detectar previo a la auditoría de certificación, las inconsistencias que pudieran prevalecer, o identificar áreas de oportunidad que contribuyeran a reforzar el sistema.

Una vez puesto en marcha el SGC en el CMN 20 de Nov, se procedió a realizar una evaluación del conjunto de actividades que se llevaron a cabo para la implantación del sistema. El personal de la CSADT que participó en los cursos de Auditoría, comenzó a revisar los resultados del SGC a través de ejercicios de auditoría interna en las áreas. Cada evidencia u observación de alguna falla que encontraron en los procesos que integran el SGC, lo dieron a conocer al área correspondiente a través del documento llamado RAC'S (Requerimientos de Acciones Correctivas); para que de esa manera se redujeran al mínimo los errores que pudieran existir en el sistema y que al momento en que se realice la auditoría para la certificación, no existiera mayor problema y el organismo certificador otorgara sin inconveniente alguno el certificado ISO 9001:2000.

En términos generales se obtuvieron resultados favorables en la auditoría interna y con ello se dio paso a la preparación para la auditoría de certificación.

5.1.8 Certificación y Mejora Continua del Sistema de Gestión de Calidad.

La certificación se logra como consecuencia del trabajo desarrollado para implantar el Sistema de Gestión de Calidad. La certificación de un SGC se obtiene una vez que este cumple con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2000 y con la normatividad que alcanza a la institución donde se implementó.

Después de trabajar intensamente para implantar el SGC y dar solución a la serie de situaciones que obstaculizaban tal objetivo, el 7 de enero de 2005, se llevó a cabo la auditoria para la certificación de los laboratorios Central y de Áreas Críticas de la CSADT en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Sistema de Gestión de Calidad fue la empresa encargada de realizar la auditoría de certificación en ISO 9001:2000, después de evaluar el SGC determinó que este opera de acuerdo a la Norma ISO 9001:2000 y por tanto es factible su certificación.

Durante la auditoría que realizó el organismo certificador, únicamente se encontraron 6 observaciones menores, que se atendieron adecuadamente durante la etapa de mejora continua y finalmente el 18 de junio de 2005 la empresa Société Générale Surveillance (SGS) entregó el certificado ISO 9001:2000 a los Laboratorios Central y de Áreas Críticas de la CSADT.²

Hay que señalar que el Certificado ISO 9001:2000 se entregó el 18 de junio de 2005, pero su periodo de vigencia es a partir del 21 de enero de 2005 y hasta el 20 de enero de 2006.

El beneficio de contar con un SGC que cumpla con los requerimientos y estándares internacionales para la prestación de servicios en laboratorios clínicos, resulta trascendente y favorable no solo por el estatus que adquiere el área certificada, sino también para los derechohabientes que disfrutaban de ese servicio,

² (DE 26-Enero-2005, <http://www.issste.gob.mx/comunicacionsocial/> boletin 160 –2005)

ya que son ellos quienes perciben y gozan de la eficiencia y efectividad del SGC, así como los médicos y otras áreas del hospital. Otra ventaja consiste en que al sistematizar los procesos necesarios para obtener los resultados del laboratorio, su entrega será rápida, más confiable en cuanto a que existen mecanismos de control que amparan su exactitud y precisión y en su conjunto constituye una oportunidad de prevenir algún padecimiento físico mayor, o bien, en los casos en que exista una enfermedad, el médico estará en posibilidad de actuar adecuadamente.

El reto que tienen los laboratorios de la CSADT del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, una vez que cuentan con la distinción en ISO 9001:2000, es trabajar en la mejora continua, para solventar las no conformidades que se encontraron en el SGC, para revisar y mejorar los procesos existentes, o bien detectar áreas de oportunidad que más adelante ayuden a certificar otros procesos.

Las acciones de mejora continua fortalecen el sistema con la finalidad de hacerlo más eficiente y orientarlo hacia la satisfacción de las necesidades que la institución tiene y de sus derechohabientes. Una vez que se cuenta con el certificado ISO 9001:2000, como práctica de la mejora continua se puede trabajar en incrementar las metas originalmente propuestas, también es factible que teniendo controlados algunos estándares y/o indicadores de medición del sistema, se hagan comparaciones con otros sistemas de gestión de calidad, que sirvan como referencia para obtener mejores prácticas aplicables al propio sistema y por supuesto, no se deben olvidar de trabajar en acciones preventivas, que eviten fallas o irregularidades futuras en el SGC.

5.2 Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas

La evaluación es un elemento fundamental en todo proceso, permite conocer, explicar y verificar el nivel de resultados alcanzados en determinado proyecto, valorar y analizar los impactos que ha arrojado, así como aportar elementos para contribuir a la mejora del mismo.

Por evaluación podemos entender “una investigación aplicada, de tendencia interdisciplinaria, realizada mediante la aplicación de un método sistemático, cuyo objetivo es conocer, explicar y valorar una realidad, así como aportar elementos al proceso de toma de decisiones, que permita mejorar los efectos de la actividad evaluada.”³

La evaluación es un ejercicio que requiere de un análisis exhaustivo y puede darse a partir de distintos enfoques:

- ❖ Identificando los efectos provocados a raíz de la puesta en marcha de un proyecto y los costos que ha tenido.
- ❖ Empleando indicadores y comparando los resultados obtenidos con otro caso, que nos sirva de parámetro para evaluar si se dieron cambios esperados y en qué grado para mejorar las condiciones de bienestar de la población.
- ❖ Explicando los resultados encontrados en función del diseño y las condiciones de implementación en que se insertó el proyecto.
- ❖ Emitiendo juicios de valor que califiquen en conjunto, las actividades realizadas, los servicios brindados, sus efectos y su impacto global, y que conlleven a aprovechar las fortalezas encontradas para contribuir a un mayor logro de los objetivos.

³ Cardozo Brum Myriam, “La evaluación de políticas y programas sociales en México”, pág.18.

En todo proyecto es fundamental que se realice una evaluación, ya que este ejercicio dota de elementos para la toma de decisiones y para la rendición de cuentas. Para nuestro estudio, la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad implementado en los Laboratorios Central y de Áreas Críticas, ayudará a determinar la eficiencia y efectividad del mismo, no sólo en cuanto a costos se refiere, sino también para conocer la percepción que los derechohabientes del instituto tienen de los servicios que se les proporciona e identificar si los procesos que se han desarrollado permiten que los recursos empleados se transformen en resultados tangibles.

Si bien es cierto que la evaluación tiende a evidenciar ciertas carencias y limitaciones que el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) puede tener, esta ayuda a identificar áreas de oportunidad que garanticen en mayor grado el cumplimiento de los objetivos.

Independientemente que el Sistema de Gestión de Calidad implique una etapa de evaluación de los resultados del mismo, ese proceso se inscribe en el marco de un proceso mayor que modifica el ambiente, las acciones y el rumbo de una organización, por tanto debe realizarse un ejercicio de evaluación a nivel organizacional con la finalidad de detectar los efectos que se están presentando e inciden de manera directa en el personal y en los servicios proporcionados.

Este tipo de evaluación, que podríamos llamarlo a nivel macro debe realizarse durante y posterior a la implantación del sistema, esta etapa del proceso administrativo ayudará a consolidar un mecanismo de seguimiento continuo de análisis y reflexión, a partir de los avances y limitaciones detectados para adoptar medidas preventivas y correctivas, de manera oportuna y que ante todo, generen conocimiento y crecimiento para las personas involucradas.

La etapa de evaluación puede efectuarse también desde dos puntos de vista, interna o externa. Una evaluación interna presenta como característica que quien la realiza tiene un conocimiento mayor del sistema a valorar y dispone de más información para allegarse de elementos que permitan medir y cuantificar los

resultados; sin embargo se corre el riesgo de emitir juicios subjetivos a la hora de hacer públicos los resultados de la evaluación, o más bien, de la autoevaluación.

Por su parte la evaluación externa tiende a ser más objetiva en tanto que quien la realiza no fue partícipe de las actividades efectuadas y desconoce las limitaciones presentadas durante la implantación del sistema, por lo que sus resultados no afectan o benefician de manera intencional a un área o grupo de personas específicas.

La evaluación que realizaremos al SGC de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre se efectuará a partir de los resultados encontrados dado el diseño y las condiciones que caracterizaron la implantación del mismo y calificando los elementos empleados para la consecución del proyecto.

Como se mencionó anteriormente, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre es un hospital de amplio prestigio y reconocimiento por la cobertura y grado de especialización de los servicios de salud que prestan; a pesar de las limitaciones y problemas que están aquejando al ISSSTE principalmente en cuanto a sus finanzas, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” constituye una de las fortalezas del instituto.

Entre los logros alcanzados se le reconocen la capacidad que como organización tiene para generar conocimiento y que a su vez repercute en el alto grado de especialización para realizar operaciones de gran riesgo. Desde luego esa fortaleza ha sido producto de muchos años de trabajo y de un verdadero sentido de compromiso por parte de su personal.

La decisión de implementar un Sistema de Gestión de Calidad en los laboratorios del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, a opinión personal respondió más a la estrategia de gestión bajo la cual se ha venido conduciendo el gobierno federal, considerando que durante este sexenio muchas son las dependencias y entidades que han certificado sus procesos bajo la Norma ISO 9001:2000.

Desde luego no quiere decir que introducir SGC en la Administración Pública sea un acto poco efectivo o con resultados nulos, y más aún si lo vemos desde el punto de vista de la dinámica de competitividad de nuestro entorno global, en el que se hace latente la necesidad de servicios públicos de calidad y que cumplan con las expectativas de los ciudadanos.

Los trabajos para la implantación del SGC en los laboratorios Central y de Áreas Críticas se dieron a partir de la valoración previa para conocer las condiciones y los recursos con que estos operan y por la importancia que un laboratorio de análisis clínico tiene en el cumplimiento de las funciones de un hospital.

Las condiciones iniciales en la implantación del sistema, no fueron del todo adecuadas por la carencia de recursos humanos y materiales presentada y que trajo como consecuencia el retraso para la conclusión del proyecto.

Aunque la implantación del SGC abarcó solo a los laboratorios Central y de Áreas Críticas, los trabajos de este y sus impactos repercuten en todo el hospital, por mencionar algunos ejemplos tenemos que los mecanismos de control implementados en el almacén del laboratorio alcanzaron o modificaron también los medios de control del almacén general del hospital, pues se tuvieron que realizar ciertos cambios en el sistema de dotación de insumos de manera tal que las áreas puedan contar oportunamente con lo necesario para realizar su trabajo.

La implantación del SGC causó un impacto entre el personal de otras áreas, quienes desarrollaron ciertas expectativas en torno al proceso iniciado. Se entiende que al incorporar sistemas de calidad en los procesos, estos cumplirán con altos niveles de eficiencia y efectividad y su calidad será incuestionable, por tanto los médicos pueden esperar que los resultados esenciales para corroborar su diagnóstico en cuanto al estado de salud de un paciente, les serán entregados en menos tiempo y disminuyendo la existencia de errores.

En cuanto a la percepción de los derechohabientes, la implantación del sistema tuvo efectos positivos. A través de cuestionarios se les preguntó a los

derechohabientes ciertos aspectos sobre la calidad de los servicios recibidos, por ejemplo si se les indican las condiciones en que deben acudir para tomar su muestra, si les entregan los resultados el día en que se les indicó, a cuanto asciende su tiempo de espera, si tenían conocimiento de que se estaba llevando a cabo un Sistema de Gestión de Calidad, etc. Este cuestionario permitió monitorear la percepción que los usuarios tienen sobre los servicios y verificar la efectividad de las acciones emprendidas.

El elemento que indiscutiblemente otorgó viabilidad al sistema fue y es el compromiso y profesionalismo mostrado por los químicos y laboratoristas. Aún con las limitaciones con que a veces se enfrentan en el trabajo y a los problemas latentes para concluir el proyecto, se enfocaron a dar cumplimiento a sus funciones y las otras áreas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” siguieron trabajando sin ningún problema. Esta es sin duda una de las grandes fortalezas y está en manos de la alta dirección el aprovecharla al máximo, así como incentivar al personal a que siga dando lo mejor de si.

Después de un breve ejercicio de evaluación, se puede concluir que en los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre como tal no era necesario implantar un Sistema de Gestión de Calidad, considerando el nivel de atención característico del nosocomio, además de otras fortalezas tales como la capacidad y conocimiento en su campo de trabajo por parte del personal.

Pero si era preciso definir ciertas condiciones y características para la ejecución de algunas actividades, por ejemplo los mecanismos a seguir para la dotación de insumos tanto para el almacén de los laboratorios, como para las secciones del mismo; así como también contemplar la posibilidad de dotar de herramientas tales como equipos de cómputo, para que el personal actualice sus controles, informes y manuales de procedimientos. Y de ser posible contratar a un químico que preste sus servicios por las tardes para que en casos de urgencia médica, se realicen los estudios y pruebas necesarias en beneficio de los pacientes del hospital.

Haciendo un análisis prospectivo de la implantación del sistema, los Laboratorios Central y de Áreas Críticas seguirán trabajando con la pertinencia y oportunidad que los caracteriza, tanto por la importancia del diagnóstico clínico para preservar la salud, como por el compromiso que surge del amplio prestigio del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”. Pero también si partimos del hecho de que en nuestro país cada administración pretende innovar y omitir todo lo hecho con anterioridad, independientemente de que haya cosas buenas, es probable que para el próximo sexenio el gobierno federal no le otorgue la misma importancia a los certificados de calidad respaldados en la Norma ISO 9000, y con ello seguramente se perderá el certificado y como tal no se le dará continuidad al proyecto.

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se desprenden de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad de los laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, se abordarán en dos sentidos, en primer lugar desde el ámbito de los alcances y limitaciones del proyecto y, en segundo lugar por las aportaciones que la experiencia deja profesionalmente.

Desde el inicio de la actual administración, se promovió la intención de elevar la calidad del servicio público y establecer condiciones que garanticen la eficacia en el quehacer de las dependencias y entidades que integran la Administración Pública Federal y de los servidores públicos, con el fin de alcanzar metas y obtener mejores resultados en beneficio de la sociedad.

Hoy casi al final del sexenio y en un caso en particular, podemos analizar en qué medida se ha alcanzado el objetivo de eficientar las acciones gubernamentales para propiciar una cultura de transparencia, rendición de cuentas y servicios de calidad en la gestión pública.

Cómo se mencionó previamente, los proyectos que han tenido lugar en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, corresponden al cumplimiento de las líneas estratégicas de la Agenda de Buen Gobierno. Particularmente, el objetivo de nuestro estudio de caso tiene que ver con el Gobierno de Calidad, postulado que ha conducido a las instituciones a certificar algunos de los servicios que ofrece a la sociedad bajo el estándar internacional ISO 9000.

Tanto en el sector privado como en el público, poseer un certificado que avala la calidad del servicio o producto, es sinónimo de prestigio y competitividad dado que se le reconoce el interés mostrado por mejorar sustancialmente los servicios que presta. Empero, no es suficiente tener un certificado en ISO 9001:2000 para aseverar que en la institución las cosas se hacen bien, es preciso demostrarlo y

verificarlo a través del grado de satisfacción que obtiene el derechohabiente, usuario o beneficiario de un servicio.

Es menester que una vez obtenido el certificado en ISO 9001:2000 se trabaje en mantener y mejorar el Sistema de Gestión de Calidad, y al tenor de esta norma, coexista el esfuerzo del personal y la alta dirección para desarrollar actividades en pro de la mejora continua, y que la opinión de los usuarios o derechohabientes funja como indicador para detectar ventanas de oportunidad para incrementar la eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad.

No se debe dejar de lado que implementar un SGC no es solo aventurarse a hacer algo que quizá ayude a mejorar en el funcionamiento institucional o quizá no, es asumir un compromiso en el que se ponga de manifiesto la necesidad e interés de ser mejores en lo que se hace y otorgarle un valor agregado. El SGC se vislumbra como una característica inherente a las actividades que determinada institución efectúa y no como un conjunto de acciones paralelas.

En el caso de los laboratorios del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” contar con un certificado ISO 9001:2000 les otorga por un lado un mayor nivel de confianza en la prestación de sus servicios, y por otro lado les confiere un compromiso mayor en el cumplimiento de sus funciones. Si previo a la implantación del SGC era fundamental la ausencia de errores en la interpretación y entrega de los resultados de una prueba, ahora con el certificado internacional de calidad, el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” está obligado a entregar resultados de laboratorio 100% confiables y exactos.

Por la importancia y especial atención que requiere el tema de la salud, el papel que tiene un laboratorio de diagnóstico clínico es incuestionable, el buen uso del laboratorio exige una excelente preparación de médicos y químicos, para que los exámenes sean ordenados adecuadamente, se seleccionen las metodologías exactas, precisas y de alto valor diagnóstico, que proporcionen la mayor información desde el punto de vista clínico y se conozcan las variables inherentes a las condiciones del paciente.

Para garantizar que los resultados sean fidedignos y realmente informen sobre el estado del paciente, se requiere de sistemas de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, sistemas ágiles de compra que permitan la adquisición oportuna de reactivos de la mejor calidad y sobre todo que reúnan los requerimientos técnicos para el logro de las metas y objetivos de la calidad, es necesario además que el laboratorio y el médico mantengan constante comunicación para evaluar la coincidencia del resultado con el diagnóstico, con actitud respetuosa y profesional.

Durante la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y posterior a su certificación, es recomendable que se retomen y pongan en práctica los puntos que sugieren Edwards Deming y Joseph Juran, para alcanzar y mantener la calidad.

El primero de ellos se refiere a concebir la implantación de un SGC como una oportunidad para mejorar y mantener el liderazgo y confiabilidad en los servicios que se otorgan. El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, es uno de los pocos hospitales públicos que tienen un amplio reconocimiento en los servicios que prestan a sus derechohabientes, tanto por el respaldo tecnológico, como por el magnífico capital profesional con que cuenta. La combinación de estos elementos ha dado pauta a realizar operaciones de alto grado de complejidad médica con gran éxito. Lo anterior nos refleja la importancia y la capacidad instalada y de atención característicos del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”; pese a los problemas que aquejan al ISSSTE en general, ese hospital se mantiene a la vanguardia y con la implantación del SGC en los laboratorios de la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, se expresa el esfuerzo por otorgar servicios de salud de la más alta calidad.

La capacitación es fundamental para la implantación de los SGC, ya que permite que el personal posea más herramientas para desempeñar su trabajo y obtenga mejores resultados, como Deming menciona, no se puede exigir productividad si

no se dota al personal de los elementos necesarios para hacerlo y la capacitación da pauta a exigir mayores niveles de productividad y competitividad en el trabajo.

En el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” la capacitación es un elemento constante, independientemente de la implantación del SGC; por mencionar sólo algunos ejemplos, previo al uso de los aparatos que se utilizan en el laboratorio y en otras áreas de especialidades, se pone especial énfasis en que el personal reciba la capacitación correspondiente sobre su funcionamiento y las características con que opera, así mismo se fomenta el constante intercambio de información con la empresa que fabricó el equipo, para atender oportunamente las fallas técnicas y que repercuten en las funciones del área que lo opera. De igual manera, se organizan cursos o seminarios con los que se contribuye al enriquecimiento y actualización de los conocimientos del personal.

Adicional a la capacitación, se requiere la promoción entre el personal público de los valores de ética, compromiso, responsabilidad y honestidad en su trabajo, porque en el caso de un laboratorio de análisis clínico se vuelven poco útiles los mecanismos de control que indiquen que los resultados de las pruebas se entregan en tiempo y forma, si el laboratorista no tiene el cuidado suficiente al tomar e identificar las muestras, si no pone atención al momento de asentar los resultados de las muestras; o bien, que su falta de ética y profesionalismo lo muevan a alterar el resultado de alguna prueba en perjuicio del paciente.

Siguiendo con el ejercicio comparativo entre lo que dice Deming y la realidad del proyecto de certificación en los laboratorios del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, la alta dirección no asumió el compromiso esperado ni se involucró del todo al inicio de la implantación del SGC, muestra de ello fue la planeación tan deficiente en la asignación de recursos humanos y materiales.

Mientras que el personal operativo de los laboratorios siempre mantuvo interés por la implantación del SGC, en un principio parecería que la alta dirección le restó importancia al proyecto; y más que concluirlo para llevar a cabo la certificación, en la inteligencia de los beneficios que en consecuencia traería al Centro Médico

Nacional “20 de Noviembre” y al ISSSTE, lo veían como una carga de trabajo sin retribución alguna.

Hay que mencionar también los aciertos encontrados durante la implantación del sistema y uno de ellos fue la constancia, ya sea a través de los promotores de la calidad o de manera escrita, para informar al personal sobre los avances del SGC. Comunicar los resultados y dar el debido conocimiento a las personas, así como la información de los progresos, son aspectos que Joseph Juran menciona como necesarios para alcanzar la calidad en la organización. Efectivamente son fundamentales porque de esa manera el personal involucrado en el SGC se informa sobre los avances detectados en su trabajo y esto sirve a la vez como una motivación para seguir trabajando en la consecución de servicios públicos de calidad.

Personalmente considero que aún con las limitaciones para implementar el SGC y su posterior certificación, los químicos y los laboratoristas se involucraron activamente en el proyecto y lo enriquecieron con sus conocimientos; tomaron conciencia del alcance y magnitud del proyecto y adoptaron una filosofía de la calidad en su trabajo.

La certificación en si misma es un punto de partida y no de llegada, porque ahora el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” a través de sus laboratorios asume la responsabilidad de trabajar con eficiencia y calidad con el objeto de añadir un valor agregado a los servicios médicos, así mismo debe buscar estar por encima de las expectativas de los pacientes y del personal, siempre innovando.

Independientemente de la obtención de certificados de calidad, las instituciones públicas deben ocuparse en la búsqueda y mejora constante de mecanismos que contribuyan al cumplimiento de sus funciones sustantivas, así como también, generar conocimiento e identificar los rasgos distintivos que aseguren la permanencia de la organización.

Para finalizar con la primera parte de las conclusiones de este estudio, diremos que la línea estratégica motivada por el Ejecutivo Federal de un *Gobierno de Calidad*, se ha cumplido y ha sobrepasado muchas barreras y limitaciones que atacan al Instituto, tanto por los malos manejos financieros, por la falta de planeación, por los rezagos tecnológicos, etc. El Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” se ha convertido en uno de los hospitales públicos más importante en nuestro país. Me atrevería a afirmar que todo ello se debe a la gran capacidad y profesionalismo de los servidores públicos de la salud en esa organización.

Evidentemente un Sistema de Gestión de Calidad no es la fórmula o antídoto para contrarrestar y erradicar las grandes deficiencias en las instituciones públicas, tampoco por sí mismos darán solución a las crisis financieras y a los malos manejos de los recursos públicos si de entrada no se cumple adecuadamente con lo que establece la ley. No obstante, la calidad total es una opción para dar un nuevo enfoque a las actividades gubernamentales y que de manera gradual disminuirá algunos de los problemas a los que día a día se enfrentan las instituciones de la Administración Pública.

Concluiremos nuestro informe dando paso a las aportaciones que en el ámbito profesional dejó la práctica realizada en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, a través de la Subdirección de Innovación y Calidad, así como las simetrías y asimetrías encontradas entre los elementos y herramientas adquiridos en la formación académica y las situaciones reales que se presentan en el acontecer de las instituciones públicas.

La práctica profesional constituye el primer acercamiento del alumno que egresa de la licenciatura, con el mercado laboral y de cierta forma, implica iniciar una especialización preeliminar en determinada área de nuestro campo de conocimiento, si partimos del hecho que las prácticas se realizan en un área de interés para el egresado.

En el caso personal, se eligió la Subdirección de Innovación y Calidad del ISSSTE por la oportunidad de participar en algún proyecto con el que se busque mejorar e innovar los procesos institucionales, ya sea en materia de organización, de mejora regulatoria o en el aumento de la calidad de los servicios.

Durante la práctica profesional aplicamos algunos de los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera; a la vez que surgió la posibilidad de combinarlos e incluso contraponerlos con lo que en la realidad de las instituciones públicas sucede. Por mencionar un ejemplo, en la carrera nos proporcionaron las características y elementos que en toda organización se requieren para desarrollar Sistemas de Gestión de Calidad, incluso a nivel personal podemos decir que la formación académica me dotó de un 70% de los conocimientos y herramientas necesarios para llevar a cabo la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad.

Antes de incorporarme al equipo de trabajo de la Subdirección de Innovación y Calidad, ya conocía la Norma ISO 9001:2000, que es la guía metodológica con la cual se formulan los Sistemas de Gestión de Calidad. Otra herramienta útil que me ayudó a entender e involucrarme más rápido en el proyecto fue el contar con elementos teóricos para ubicar y sistematizar un conjunto de procesos, así como identificar y omitir pasos laterales que restan valor agregado y efectividad al proceso en general.

Como factor importante para garantizar el éxito de un SGC es fundamental la participación activa y constante de todo el personal involucrado. En primera instancia es conveniente que se les den cursos de inducción y capacitación sobre las actividades que se van a desarrollar, aunado a ello, es imperativo que se les motive e incentive para obtener un mayor esfuerzo en beneficio de la institución.

Aquí encontramos una asimetría, porque en la teoría es fácil sugerir y destacar la importancia de lo que comúnmente denominamos “ponernos la camiseta” y hacer votos para que el personal se esfuerce por mantener siempre en alto los valores y objetivos institucionales. Podemos observar que si bien es cierta la importancia del sentido de pertenencia y responsabilidad con respecto a la organización, en la

práctica es difícil asumir responsablemente ese rol, dado que en muchos casos las personas no tienen otro interés más que recibir una retribución económica por su trabajo y probablemente ni siquiera conocen el porqué o cómo repercute del quehacer institucional.

En las aulas podemos diseñar planes y programas que en teoría traerán excelentes resultados a la institución, pero en la práctica no se materializan debido a la falta de interés por parte del personal, porque no se le motiva ni tampoco se le reconoce su trabajo; o bien, porque carecen de un líder que sepa conducir favorablemente la organización. En el caso de la práctica realizada en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”, atestiguamos que la mayor parte del personal se involucra con su trabajo e incluso disfruta al realizarlo, sin embargo pudimos constatar también que la mayoría de las veces no se reconocen los aciertos que el personal operativo tiene, lo que en consecuencia, disminuye el valor agregado que cada uno puede darle a su trabajo.

Otra de las grandes diferencias que se dan entre la enseñanza académica y el ejercicio diario de la Administración Pública, es la falta de planeación o la inexistencia de ésta, los resultados esperados y los no esperados de un proyecto, se detectan conforme este se va desarrollando, y en consecuencia, esa omisión altera todo el proceso administrativo.

Finalmente hay que destacar la satisfacción profesional y personal que dejó esta experiencia, porque afortunadamente se me incorporó en un proyecto multidisciplinar, en el que pude intercambiar puntos de vista diversos sobre temas particulares y tratar de entender problemas públicas desde la óptica de otros campos de conocimiento. A manera de sugerencia, es conveniente que en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNAM, se mantenga esta práctica como un ejercicio obligatorio, por la variedad de conocimientos que tiene implícitos y que sólo en el ejercicio diario se pueden adquirir.

7. ANEXOS

- ❖ Estructura orgánica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ISSSTE.

- ❖ Estructura orgánica de la Subdirección de Innovación y Calidad. ISSSTE.

- ❖ Estructura orgánica del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.

- ❖ Estructura orgánica de la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”. ISSSTE.

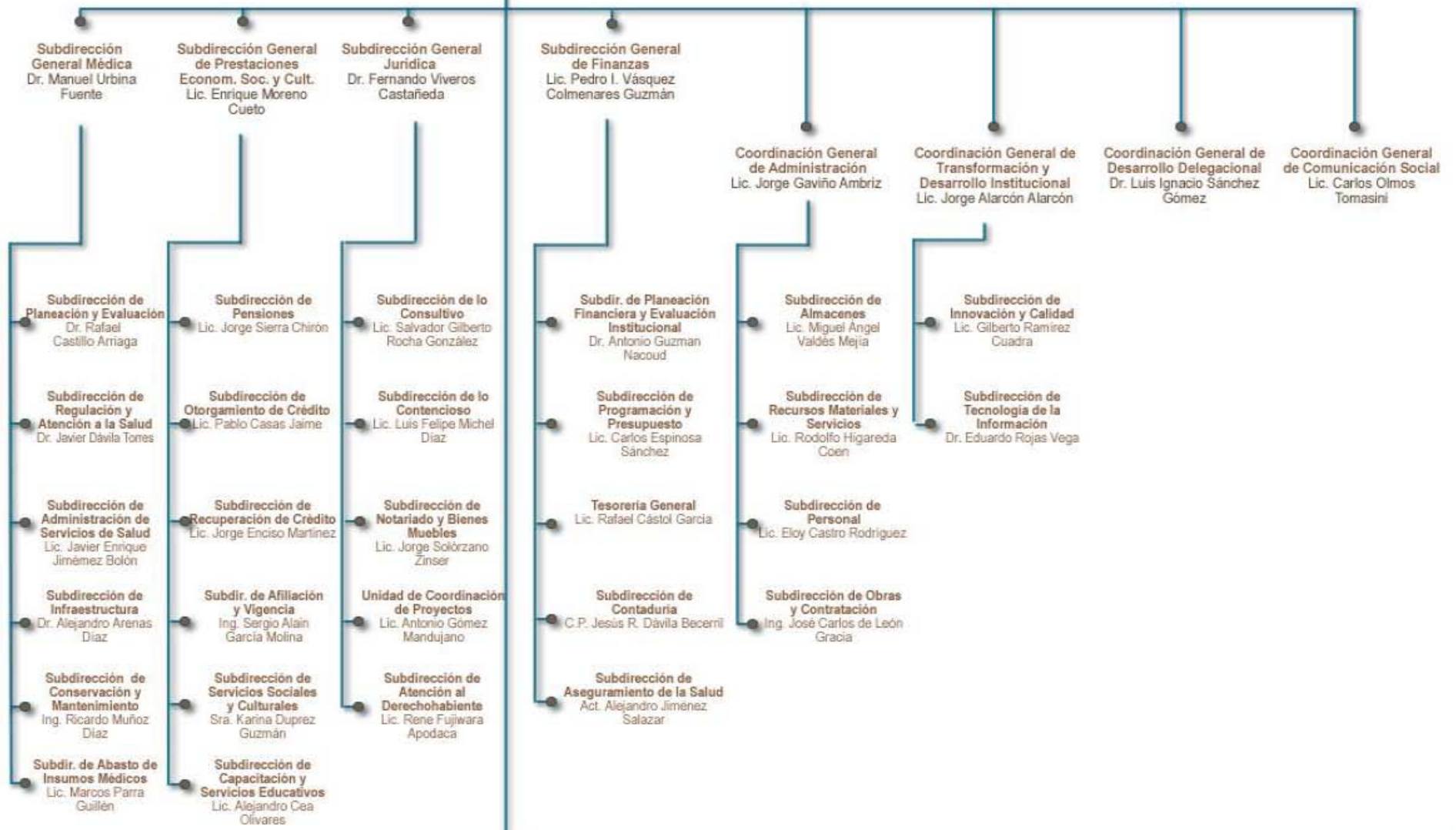
- ❖ Certificado ISO 9001:2000, de los Laboratorios Central y de Áreas Críticas del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”. ISSSTE.



Dirección General
Lic. Benjamín González Roaro

Secretaría de la Junta Directiva
Lic. Roberto Figueroa Martínez

Órgano Interno de Control
en el ISSSTE
C.P. José Villagrana Robles



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
Dr. Luis Padilla Sánchez

Hospitales Regionales

Escuela de Dietética y Nutrición
Lic. Nut. Luz Elena Pale Montero

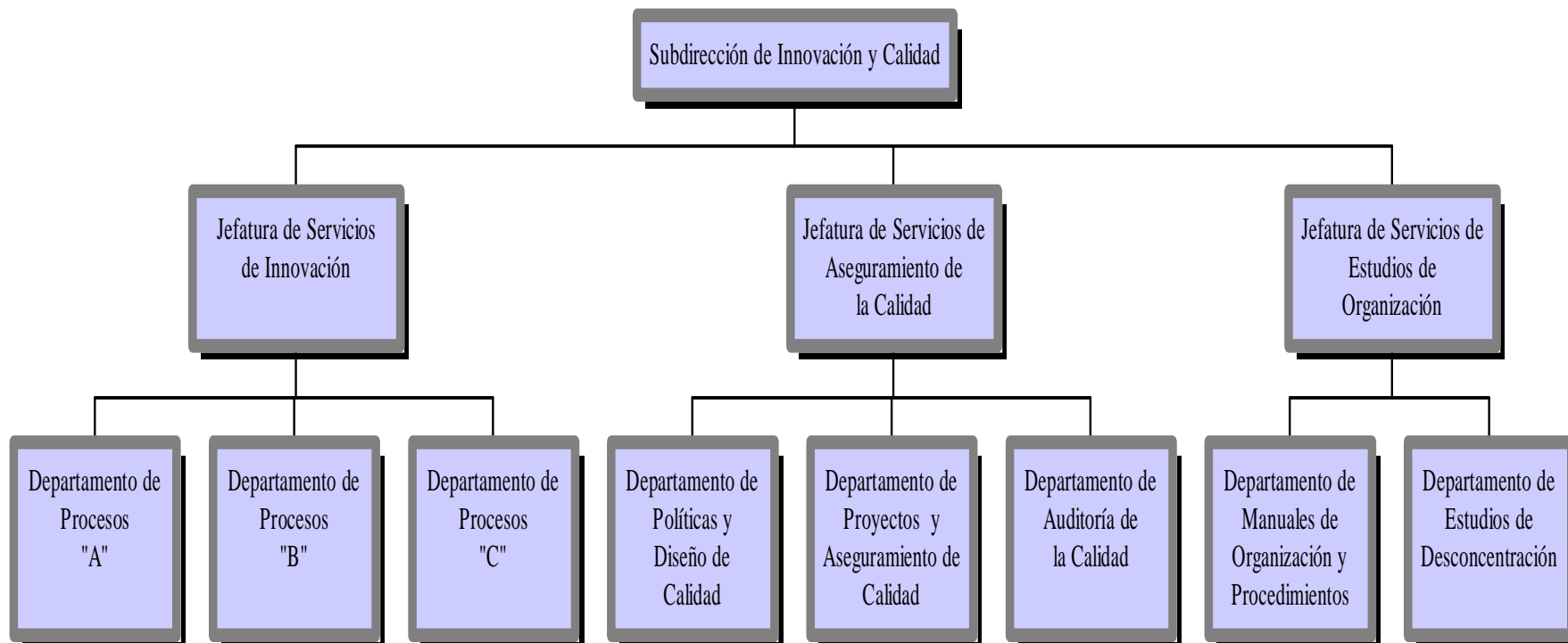
Fondo de la Vivienda FOVISSSTE
Arq. Benito Gutiérrez Femat

Delegaciones

Sistema Integral de Tiendas y Farmacias y sus Gerencias Regionales
C.P. Raúl Najera Esquivel

Sistema de Agencias Turísticas TURISSSTE
Lic. Astrid Lagunes Padilla

Estructura orgánica de la Subdirección de Innovación y Calidad del ISSSTE.





CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

NIVEL ORGANIZACIONAL

III

V

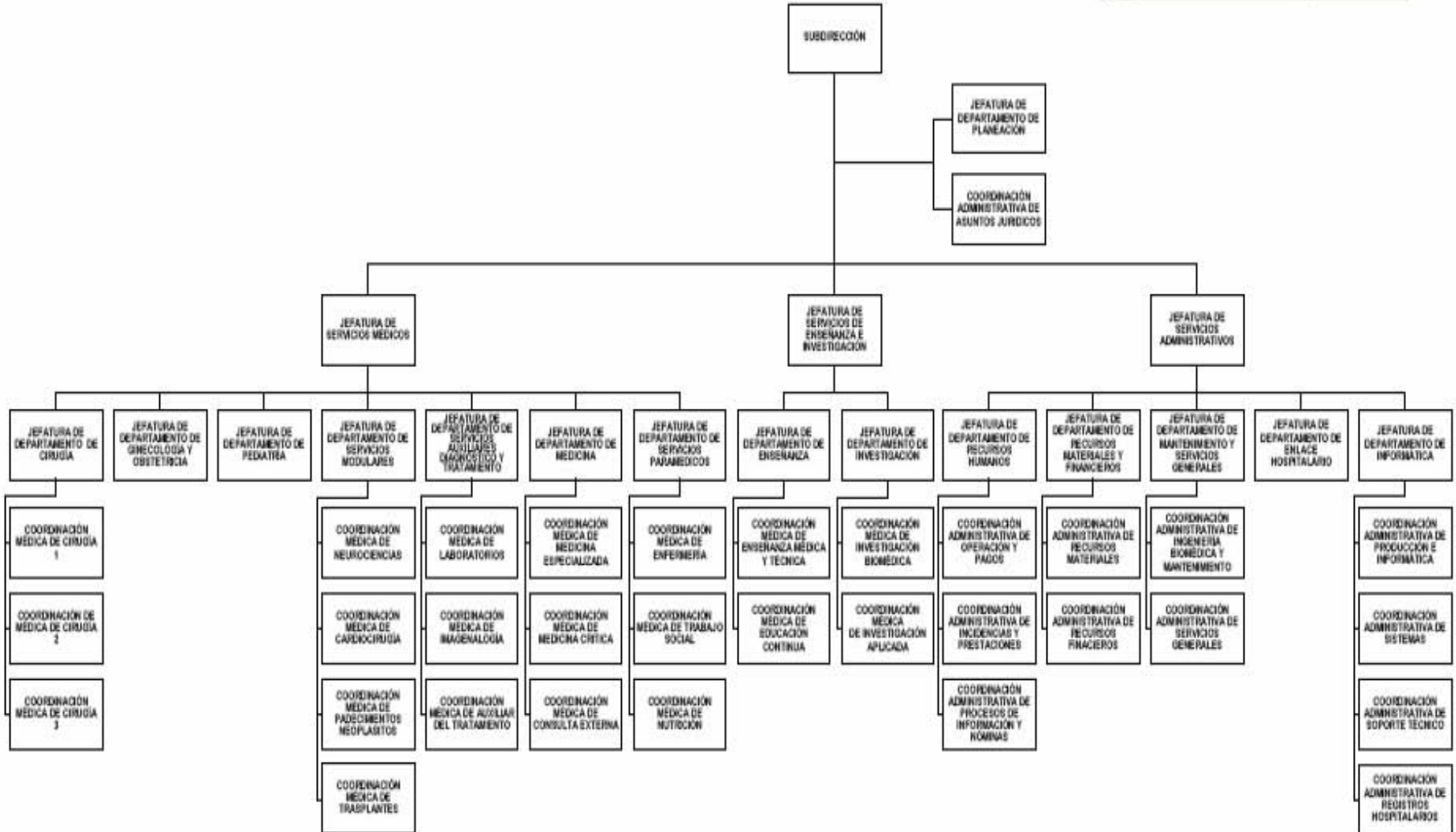
VI

IV

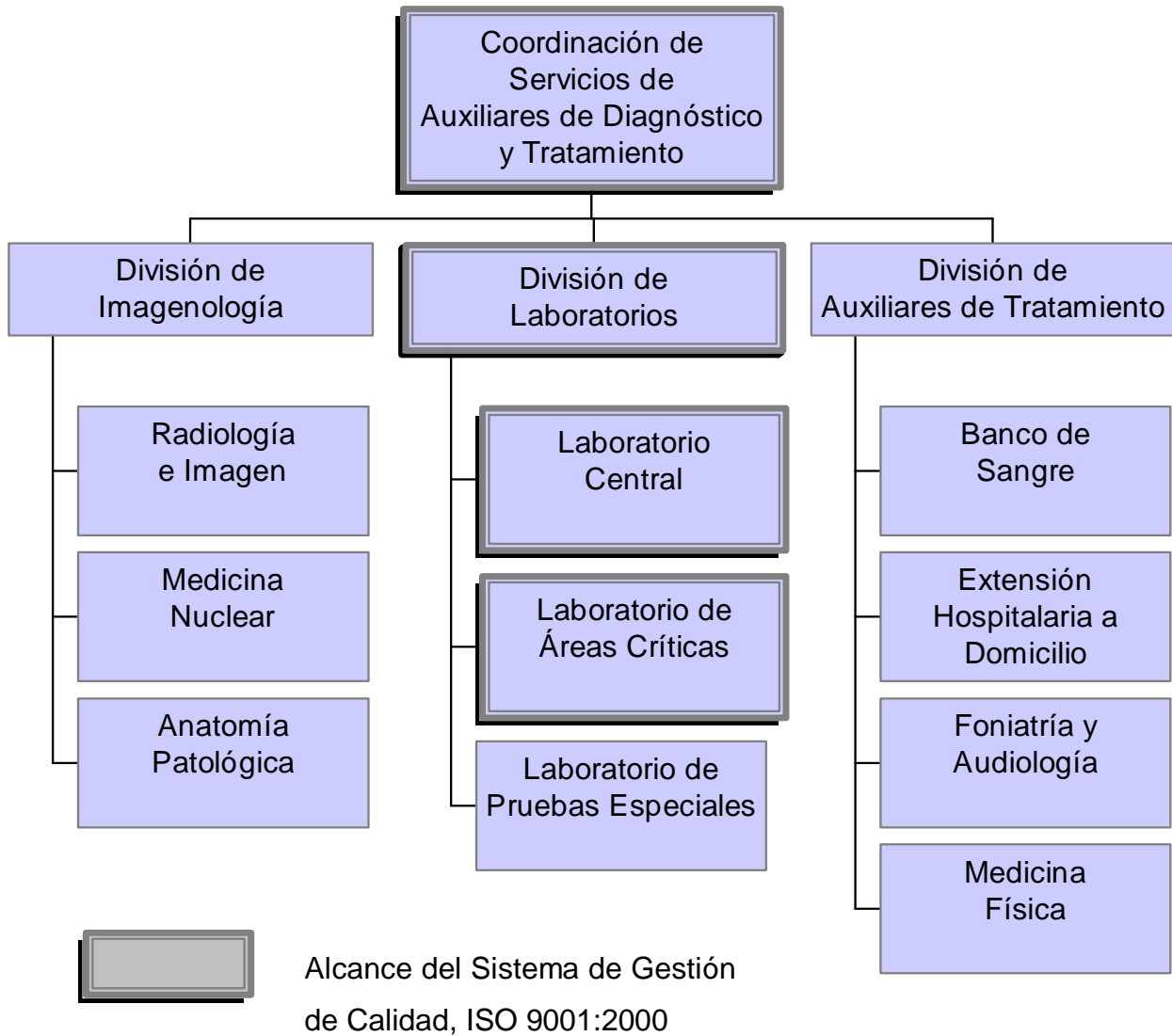
V

VI

RELACION DE PUESTOS HOMOLOGOS POR NORMA Y DE AUTORIZACION ESPECIFICA		
N.N.	DENOMINACION DEL PUESTO	CANTIDAD
	SUBTOTAL	6
V UNIDAD DE DEPARTAMENTO		
		6
	SUBTOTAL	6
	TOTAL	6



- ❖ Estructura orgánica de la Coordinación de Servicios de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.



SGS

Certificado M0040554

El sistema de gestión de

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado**

ISSSTE

Laboratorio Central y Laboratorio de Áreas Críticas
del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Av. Félix Cuevas No. 540
Col. del Valle
C.P. 03229, México D.F.



ISO 9001:2000

Para las siguientes actividades

Laboratorio Central y Laboratorio de Áreas Críticas de la
Coordinación de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
Exclusiones: 7.3, 7.4.3, 7.5.1 (f), 7.5.2.

Cualquier declaración adicional relativa tanto al alcance de este certificado como a la aplicabilidad
de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 puede obtenerse consultando a la organización

Este certificado es válido desde
21 de enero de 2005 hasta 20 de enero de 2008

Edición 1.

Autorizado por

Agencia Privada



SGS Systems & Services Certification

Sociedad General de Supervisión e Inspección, S.A. de C.V.

Av. Ingeniero Millares No. 88 - 5ª planta, Col. Argentina Progreso, México, D.F.
T +52 (5) 55 5287100 F +52 (5) 55 5287250 www.sgs.com

Norma de acreditación adoptada: NMX-001-IMC-04
Programa de Acreditación: 004-01/04

Página 1 de 1



8. BIBLIOGRAFÍA

BOBBIO Norberto, et. al. Diccionario de política. Siglo XXI. México. 1988.

CARDOZO Brum Myriam Irma, La evaluación de políticas y programas sociales en México: 1998-2000, Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Políticas y Sociales, UNAM-FCPyS, 2005.

CASTAÑEDA Martínez Luis, La calidad la hacemos todos, Ed. Ediciones Poder, México, 1993.

DEMING W. Edwards, Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis, Ed. Díaz de Santos, España, 1989.

Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina, Ed. Mc Graw Hill, España, 1992.

DORLAND, Diccionario de las ciencias médicas, Ed. El Ateneo, México, 1979.

ELIZONDO Deanini Alfredo, Manual ISO-9000, Ed. Ediciones Castillo, México, 1995.

FRANKLIN Enrique Benjamín, Organización de empresas. Análisis, diseño y estructura, Ed. Mc Graw-Hill, México, 1998.

LUCHI Roberto y Paladino Marcelo, Competitividad: Innovación y mejora continua en la gestión, Ed. Gestión 2000, España, 2001.

MARGULIES Newton y Raia Anthony P. Desarrollo organizacional: valores, proceso y tecnología, Ed. Diana, México, 1993.

MILLÁN B. Julio, et.al., México 2030, Nuevo siglo, nuevo país, Ed. FCE, México, 2001.

OMACHONU Vincent y Joel E. Ross, Principios de la calidad total, Ed. Diana, México, 1995.

SÁNCHEZ Rosado Manuel, Elementos de salud pública, Ed. Méndez Editores, México, 2003.

TANZI Vito, "El papel del Estado y la calidad del sector público" en Revista de la CEPAL #71, Agosto de 2000.

VEGA Franco Leopoldo y García Manzanedo Héctor, Bases esenciales de la salud pública, Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1980.

VEGA Franco Leopoldo, La salud en el contexto de la nueva salud pública, Ed. Manual Moderno, México, 2000.

YÁÑEZ Campero Valentín, La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México, Ed. INAP, México, 2000.

ZEITHAML Valerie A, Parasuraman A .y Berry Leonard L. Calidad total en la gestión de servicios, Ed. Díaz de Santos, España, 1993.

HEMEROGRAFÍA

CAMPUZANO Paniagua Gabriel, Ejes condicionantes para una administración pública de calidad, Gaceta de Ciencia Política, Año I, Número II, México, 2001.

VALDES Burattí Luigi, “Estrategias para implantar la calidad en la empresa: 1ra generación” En revista Adminístrate hoy, Número 29, Grupo Gasca-Sicco, 1996.

MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ed. Porrúa, México, 2005.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Diario Oficial de la Federación, 27 de diciembre de 1983. México, Última reforma 1ro. de junio de 2001.

Estatuto Orgánico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, México, Mayo de 2004.

ISSSTE, Programa Institucional 2001-2006, México, 2001.

Manual de Organización del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE, México, 1999.

PÁGINAS WEB

www.issste.gob.mx

www.issste-cmn20n.gob.mx

www.informacionpublica.gob.mx