



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS
Y SOCIALES**

“COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA”
(Diagnóstico en Comunicación Organizacional)

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

P R E S E N T A :

ARACELI GÓMEZ MORONES



Asesor: Profesor Vicente Godínez Valencia

México,D.F. 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi **papá**

Porque fue un hombre grande y maravilloso,
por inculcarme los valores que ahora poseo,
le agradezco sus enseñanzas y sus consejos,
y aunque no logramos llegar juntos a la meta,
que él más anhelaba, se que desde donde se
encuentra se siente orgulloso porque no le falle.

A ti **mamá**

Por ser una mujer intachable y maravillosa,
Porque gracias al ejemplo con el que me has guiado,
al sacrificio que realizaste por sacarme adelante,
y por los momentos de tristeza y alegría que juntas
compartimos, me han alentado para culminar esta etapa
de mi vida.

A mi esposo **David** y a mí hijo

Antonio

Quiero que sientan que el objetivo
logrado también es suyo y que la
fuerza que me ayudó a conseguirlo
fue el amor, el cariño y el apoyo
incondicional
que me han dado.

A mis hermanas **Yadira** y **Diana**

Porque juntas hemos sabido cruzar
con
firmeza el camino a la superación.

A mis abuelos **Eva y Lalo**
Mi eterno agradecimiento por el apoyo
moral que siempre me han brindado.

A mis tías **Marta y Lourdes**
Por toda su invaluable ayuda que
me proporcionaron en los momentos
más difíciles.

A ustedes: **Jesús Alberto, Chuchito,**
Ignacio, Nachito, Dulce, Hanna,
Samy y Payo por los momentos de
tristeza y alegría que juntos pasamos
durante esta culminación.

A mis amigos **Magdalena, Alvaro y Erika**
Por su amistad y apoyo incondicional
que me brindaron para seguir adelante.

En especial a los Profesores: **Yolanda**
y **Vicente** por la confianza y el apoyo
brindado que me otorgaron para el
inicio y fin de mi proyecto.

Al Instituto Nacional de Pediatría
(**INP**), por darme la oportunidad de
desarrollarme como profesionalista
obtener conocimientos y experiencias
que me sirvieron para lograr llegar a
la meta.

A la Universidad Nacional Autónoma
de México (**UNAM**) por permitirme
ser parte de ella y sentirme orgullosa
de ser universitaria.

INDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo I. Historia de la Calidad	5
1.1 La Calidad a través de su Historia	5
1.2 Etapas de la Evolución de la Calidad	10
1.3 Calidad Total (Mejora Continua)	15
1.4 Norma ISO 9000	18
Capítulo II. El Instituto Nacional de Pediatría desde su creación.	20
2.1 Su Historia	20
2.2 Misión y Visión	24
2.3 La Organización	24
Capítulo III. De la Planeación a la Planeación Estratégica	26
3.1 Planeación Estratégica	26
3.2 Dirección de Planeación del Instituto Nacional de Pediatría	31
Capítulo IV. Importancia de la Comunicación Organizacional para establecer el Sistema de Gestión de la Calidad Bajo la Norma ISO 9001-2000 en el Instituto Nacional de Pediatría	42
4.1 ¿Qué significa Comunicación Organizacional?	42
4.2 Comunicación Organizacional en el Instituto Nacional de Pediatría	45
4.3 Requerimientos de la Norma ISO 9001-2000	49
4.4 Fases de la Trayectoria para obtener la Certificación del Área Médica bajo la Norma ISO 9001-2000	66

CONCLUSIONES	68
ANEXOS	72
Anexo 1. Organigrama del Instituto Nacional de Pediatría	73
Anexo 2 Organigrama de la Dirección de Planeación	74
Anexo 3 Interrelación entre los Departamentos de la Dirección de Planeación	75
Anexo 4 Interrelación entre los Departamentos de la Dirección de Planeación	76
Anexo 5 Gráfico Pirámide Documental	77
Anexo 6 Gráfico 2 Estructura Documental	78
Anexo 7 Fases del proceso de Certificación del Área Médica bajo la norma ISO 9001-2000	79
BIBLIOGRAFÍA	80

INTRODUCCIÓN

La situación que viven las organizaciones en México, exige un esfuerzo extra para lograr la supervivencia de las mismas. A través de la productividad, competitividad, calidad del trabajo y servicio al cliente, las organizaciones buscan el Liderazgo en el mercado y la preferencia de sus clientes.

El Instituto Nacional de Pediatría, ha desarrollado un Plan Estratégico el cual le permitirá mantener su Liderazgo y mejorar la asistencia médica a los usuarios.

El primer paso para llevar a cabo la implementación del Sistema en el Instituto Nacional de Pediatría a través de la Dirección de Planeación está enfocado a la Comunicación Organizacional definida como el conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, o entre la organización y su medio; o bien, a influir en las opiniones, actitudes conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de cumplir mejor y rápidamente con sus objetivos, de tal manera de llevar a cabo un Diagnóstico en Comunicación Organizacional de la Unidad.

La Comunicación Organizacional es esencial para la integración de las funciones administrativas, por ejemplo, los objetivos establecidos en la planeación se comunican para poder desarrollar la estructura organizacional apropiada. La Comunicación Organizacional es también esencial en la selección, evaluación y capacitación de los gerentes para desempeñar sus funciones en esta estructura.

Desde el mes de febrero de 1998 se me asigna la adscripción en el Departamento de Organización y Modernización Administrativa, dependiente de la Dirección de Planeación.

Este Departamento tiene como objetivo principal, conformar una organización que responda con flexibilidad y oportunidad a los cambios estructurales, asimismo deberá promover el uso óptimo de los recursos para poder brindar servicios con calidad y eficiencia; sin embargo una de las funciones es la de coordinar y participar en la instrumentación y actualización de todos los manuales del organismo.

Desde ese momento me tocó la tarea en conjunto con otros miembros del Departamento para realizar un análisis de la operación Institucional, derivado de lo cual se propuso una modificación a la estructura orgánica.

Durante este año se trabajó en la capacitación de las distintas áreas del INP en comunicación organizacional y calidad. De esta manera y con la finalidad de apoyar el mejoramiento de la calidad y lograr los fines establecidos en el Programa Nacional de Salud, el INP consideró la necesidad de desarrollar e implantar específicamente en la Dirección Médica un proceso de certificación bajo la Norma ISO 9001-2000 del cual conoceremos a través de la investigación en el desarrollo de cada una de las etapas.

Todas estas etapas han sido de gran importancia, se logró con este proyecto la organización tanto estructural como documental y se implementó la Planeación Estratégica la cual nos llevó a una comunicación de forma vertical y se logró la alineación de los procesos, en este momento las áreas se identifican plenamente como un equipo de trabajo y podemos concluir con el establecimiento de la tan importante comunicación organizacional, desde 1998 en ésta área no se había logrado dicho cambio, así mismo este proyecto se tiene planeado implementarlo en las áreas administrativas para así lograr esta organización en todo el Instituto.

Documentar los procesos, asegurar la adecuada aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad y realizar los eventos de capacitación requeridos, a efecto de que se cuente con los elementos y requisitos necesarios para la obtención de la certificación de los procesos, bajo los estándares de la Norma ISO 9001:2000. Se considerará como parte del objetivo además de:

Desarrollar toda la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad con apego a los requisitos de la Norma ISO 9001:2000, para los procesos especificados por el Instituto Nacional de Pediatría, fundamentando en su caso, las exclusiones de aquellos no aplicables, dada su naturaleza

Capacitar al personal del Instituto Nacional de Pediatría en el desarrollo, implantación y seguimiento del Sistema de Gestión de la Calidad

Asegurar que el personal involucrado aplicará de manera adecuada y práctica todos y cada uno de los puntos establecidos de la Norma ISO 9001:2000 que les sean aplicables, así como obtener la certificación.

Los objetivos específicos contemplados y de mayor importancia son:

Revisar y en su caso adecuar los procesos, subprocesos y procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad, con base a los requerimientos establecidos en la Norma ISO 9001:2000, así como los requisitos de cada uno de ellos conforme a la operación del Instituto Nacional de Pediatría.

Capacitar al personal involucrado en temas referentes a la comunicación organizacional y calidad, necesarios para el adecuado funcionamiento de un Sistema de Gestión de la Calidad bajo la norma ISO 9001:2000, así como en temas referentes a la revisión y mejora de los documentos requeridos por dicha norma para la certificación de los procesos seleccionados por el Instituto Nacional de Pediatría.

Para llevar a cabo la realización de este proyecto la empresa Instalaciones en Productividad S.C. otorgó apoyo, la cual cuenta con una metodología de trabajo para lograr en corto plazo resultados óptimos en el diseño, desarrollo e implantación de un modelo de gestión de la calidad en cualquier organización.

El Método de Trabajo se denomina “Trabajo en Piso” el cual permite involucrar a todo el personal en los procesos de mejora con enfoque de calidad y resultados.

Realizar un análisis del Sistema de Gestión de la Calidad para determinar el grado de orientación de la organización hacia la calidad, esto permite conocer ventajas y desventajas, resistencias y oportunidades, factores clave para diseñar un exitoso plan estratégico de implantación.

Los Objetivos principales del proyecto fue revisar y en su caso adecuar los procesos, subprocesos y procedimientos que formarán parte del Sistema de Gestión de la Calidad, con base a los requerimientos establecidos en la Norma ISO 9001:2000, así como los requisitos de cada uno de ellos conforme a la operación del Instituto Nacional de Pediatría. Asimismo capacitar al personal involucrado en temas referentes a la comunicación organizacional y calidad necesarios para el adecuado funcionamiento de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Para fines de presentación, el presente trabajo se divide en cuatro capítulos. En el primer capítulo se presenta la Historia de la Calidad, en donde se reflejan las etapas de la Evolución de la Calidad. En el capítulo dos se describe la Historia del Instituto Nacional de Pediatría desde su creación. Capítulo tres de la Planeación a la Planeación Estratégica, en la cual podemos identificar la tradicional y la Estratégica que sirvió para implementar el Sistema a través de la Comunicación Organizacional descrita en el último y cuarto capítulo señalando su importancia para establecer el Sistema de Gestión de la Calidad Bajo la Norma ISO-9001-2000 en el Instituto Nacional de Pediatría.

CAPÍTULO 1. HISTORIA DE LA CALIDAD

1.1 La Calidad a través de su Historia

En el siglo XIII empezaron a existir los aprendices y los gremios por lo tanto los artesanos se convirtieron en instructores e inspectores, ellos conocían a fondo su trabajo, sus productos y sus clientes, y se empeñaban en realizar sus actividades con calidad, a este proceso se le denominó control de calidad del operario. El gobierno fijaba y proporcionaba normas y, en la mayor parte de los casos, un individuo podía examinar todos los productos y establecer un patrón de calidad único. Este estado de los parámetros de aplicación de la calidad podía florecer en un mundo pequeño y local, pero el crecimiento de la población mundial exigió más productos y, por consecuencia, una mayor distribución a gran escala, en la primera guerra mundial también se dio al control de la calidad del capataz.

Con la ayuda de la Revolución Industrial, la producción en masa de productos manufacturados se hizo posible mediante la división del trabajo y la creación de partes intercambiables; sin embargo, esto creó problemas para los que estaban acostumbrados a elaborar sus productos a la medida.

El sistema industrial moderno comenzó a surgir a fines del siglo XIX en los Estados Unidos, donde Frederick Taylor fue el pionero de la Administración Científica; suprimió la planificación del trabajo como parte de las responsabilidades de los trabajadores y capataces y la puso en manos de los ingenieros industriales, a estos se les conoce como inspectores de control de la calidad.

En el siglo XX se desarrolló una era tecnológica la cual permitió que las masas obtuvieran productos hasta entonces reservados sólo para las clases privilegiadas.

Fue en este siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la Ford Motor Company la línea de ensamblaje en movimiento. La producción de la línea de ensamblaje dividió operaciones complejas en procedimientos sencillos, capaces de ser ejecutados por obreros no especializados, dando como resultado productos de gran tecnología a bajo costo. Parte de este proceso fue una inspección para separar los productos aceptables de los no aceptables. Fue entonces cuando la calidad era sólo la responsabilidad del departamento de fabricación.

Muy pronto se hizo evidente la prioridad del director de la producción era cumplir con los plazos fijados para fabricación en lugar de preocuparse por la calidad. Perdería su trabajo si no cumplía con las demandas de la producción, sólo se recibiría una sanción si la calidad era inferior. Eventualmente la alta dirección llegó a comprender que la calidad sufría a causa de este sistema, por tal modo se creó un puesto separado para un inspector jefe.

Entre 1920 y 1940 la tecnología industrial cambió rápidamente. La Bell System y su subsidiaria manufacturera, la Western Electric, estuvieron a la cabeza en el control de la calidad instituyendo un departamento de ingeniería de inspección quien debería de ocuparse de los problemas creados por los defectos en sus productos y la falta de coordinación entre sus departamentos. George Edwards y Walter Shewhart, como miembros de dicho departamento, fueron sus líderes. Edwards declaró: "Existe el control de la calidad cuando artículos comerciales sucesivos tienen sus características más cercanas al resto de sus compañeros y más aproximadamente a la intención del diseñador de lo que sería el caso si no se hiciera la aplicación".

Cualquier procedimiento, estadístico u otro que obtenga los resultados es control de calidad, cualquier otro que no obtenga estos resultados no los es. Edwards acuñó la frase «seguridad en la calidad» y la defendía como parte de la responsabilidad de la administración.

En 1924 el matemático Walter Shewhart introdujo el Control de la Calidad Estadístico, lo cual proporcionó un método para controlar económicamente la calidad en medios de producción en masa. Shewhart se interesó en muchos aspectos del control de la calidad. Aunque su interés primordial eran los métodos estadísticos, también estaban muy conscientes los principios de la ciencia de la administración y del comportamiento, siendo él la primera persona en hablar de los aspectos filosóficos de la calidad.

La Segunda Guerra Mundial apresuró el paso de la tecnología de la calidad. La necesidad de mejorar la calidad del producto dio por resultado un aumento en el estudio de la tecnología del control de la calidad. Fue en este medio ambiente donde se expandieron rápidamente los conceptos básicos del control de la calidad. Muchas compañías pusieron en vigor programas de certificación del vendedor. Los profesionistas de la seguridad en la calidad desarrollaron técnicas de análisis de fracasos para solucionar problemas; los técnicos de la calidad comenzaron a involucrarse en las primeras fases del diseño del producto y se iniciaron las pruebas del comportamiento ambiental de los productos.

En 1946 se instituyó la ASQC (American Society for Quality Control) y su presidente electo, George Edwards, declaró en aquella oportunidad: “La calidad va a desempeñar un papel cada vez más importante junto a la competencia en el costo y precio de venta, y toda compañía que falle en obtener algún tipo de arreglo para asegurar el control efectivo de la calidad se verá forzada, a fin de cuentas, a verse frente a frente a una clase de competencia de la que no podrá salir triunfante”.

En ese mismo año, KeniASQC ASQChi Koyanagi fundó la JUSE (Union of Japanese Scientists and Engineers) con Ishikawa como su primer presidente. Una de las primeras actividades de la JUSE fue formar el Grupo de Investigación del Control de la Calidad (Quality Control Research Group: QCRG) cuyos miembros principales fueron Shigeru Mizuno, Kaoru Ishikawa y Tetsuichi Asaka, quienes desarrollaron y dirigieron el control de la calidad japonés, incluyendo el nacimiento de los círculos de la calidad.

Después de acabar la Segunda Guerra Mundial Japón estaba frente a la reconstrucción del país, y las fuerzas de ocupación estadounidenses decidieron apoyarlo en la reconstrucción de su economía con el fin de evitar la recuperación de su capacidad bélica.

Para eso Estados Unidos envió a un grupo de expertos para ayudar en su labor. Sin embargo, antes debían ganarse la confianza de los japoneses, quienes los veían como enemigos, debido a esto se lanzaban mensajes a través de la radio. Lamentablemente Japón no contaba con radios, y se propuso montar unas fábricas orientadas a su fabricación. Pero, como se contaba con mano de obra inexperta, el resultado fue la mala calidad de las radios creadas.

Para sanar este problema se creó el NETL (National Electric Testing Laboratory), sin embargo poco tiempo después se reconoció que esa estrategia no era buena, y se decidió reorientar los esfuerzos a la capacitación de esta nueva generación de administradores japoneses. Esto se consiguió gracias al programa realizado por la organización llamada Unión de Científicos e Ingenieros del Japón.

Entre los temas de capacitación se incluyó el control estadístico de la calidad, este tema fue aplicado gracias a los aportes de Walter Shewhart. La JUSE vio en esta temática una razón de la victoria de los EE.UU en la guerra, para lo cual solicitaron a la CCS les recomendaran a expertos en este tema para poder profundizar y reforzar el tema.

Debido a que Shewhart no estaba disponible, se le recomendó a un profesor de la Universidad de Columbia, quien había estudiado y ampliado los temas Shewhart; este profesor era W. Edwards Deming.

Ya en 1947 Deming había estado en Japón como parte de una misión de observación económica, por lo que ya lo conocían los japoneses, esto facilitó su incorporación como instructor.

En 1950 W. Edwards Deming, un hombre dedicado a la estadística trabajó en la Bell System con George Edwards y Walter Shewhart, fue invitado a hablar ante los principales hombres de negocios del Japón, quienes estaban interesados en la reconstrucción de su país al término de la Segunda Guerra Mundial, e intentando entrar en los mercados extranjeros y cambiando la reputación del Japón de producir artículos de calidad inferior. Deming los convenció de que la calidad japonesa podría convertirse en la mejor del mundo al instituirse los métodos propuestos por él.

Muchas empresas comienzan a trabajar con el concepto de "Sistema Integral de Calidad", que afecta al diseño, la fabricación y la comercialización, produciéndose un fenómeno singular que afectó a la comercialización y economía industrial de muchos países, como consecuencia del despegue de la industria japonesa, aplicando los conceptos del aseguramiento de la calidad y la prevención.

1.2 Etapas de la Evolución de la Calidad

A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios en cuanto a su evolución histórica. Para ello se muestra cada una de las etapas, el concepto que se tenía de la calidad y cuáles eran los objetivos a perseguir.

ETAPA ARTESANAL

La etapa artesanal de producción está caracterizada por los gremios en donde los maestros artesanos se convirtieron en formadores de sus aprendices.

Durante los siglos XIII y XIV, había pesos y medidas para comparar los trabajos de todos los artesanos con los demás, aunque sería al final el cliente quien seleccionaba y decidía la calidad deseada.

En esta etapa el trabajo individual y la realización de productos o servicios tenían una relación directa y personal al hacer los trabajos a la medida del cliente.

ETAPA INDUSTRIAL

En el siglo XIX comienza un cambio espectacular en la producción esto provocó la transformación en las organizaciones, el trabajo y las formas de vida de la sociedad.

La revolución industrial inicia la producción en masa y consecuentemente la división del trabajo y la estandarización de los productos.

Esta etapa está caracterizada por productos a más bajo coste y estándares para llegar a una población que antes no los consumían. Bajan los precios y también la calidad del producto debido a los fallos del sistema de producción.

Aparece Taylor, quien racionaliza el trabajo e intenta solucionar los problemas mediante la planificación y división de procesos, capacita a obreros no especializados. Henry Ford introduce la línea continua de montaje para automóviles con tecnología compleja y obreros no especializados.

La producción se preocupa fundamentalmente de cumplir los requisitos de cantidad y tiempo, dejando en segundo plano a la calidad de los productos.

ETAPA DE CONTROL DE CALIDAD

Las empresas se van dando cuenta de la necesidad de establecer parámetros de calidad.

Las empresas pioneras en esta área, como la Western Electric, crean departamentos de inspección para controlar la calidad.

La solución fue introducir el proceso de inspección y control de la producción antes de la entrega al cliente. El control de calidad se realizaba como inspección final y consistía en descubrir la no calidad antes de entregar al público el producto o servicio, con el inconveniente de los costes del proceso de inspección y los productos desechados por defectuosos.

Para ello, en 1924, Walter Shewhart introdujo el control estadístico de calidad, con ello demostró como en cualquier proceso se producen variaciones que afectan a los resultados y por tanto a los requisitos del producto final. Estas variaciones deben de estar identificadas y descubrir dónde, cuándo y cómo se producen para mejorar el sistema de producción y la calidad de los productos.

En esta etapa la calidad se entiende como conformidad a las especificaciones y se mide en porcentajes de productos correctos al finalizar el proceso.

ETAPA DE ASEGURAMIENTO

El aseguramiento de la calidad comienza al deducirse que las causas de no calidad identificadas en la etapa anterior de control de calidad obligaba al establecimiento de sistemas a evitar los fallos en todo momento.

Comienza el desarrollo de normas cuyo cumplimiento es asegurar la calidad actuando como sistema preventivo. Aparecen las normas British Standard 600 (1935) y la Z-1 Standard para el control de los materiales militares.

Comienzan a desarrollarse las normas ISO (International Standards Organization) y el aseguramiento de la calidad va más allá de la evaluación como control, obligando a mantener el cumplimiento de algunos requisitos a lo largo del proceso.

El control de calidad se refiere a los productos finales, mientras el aseguramiento se centra en el conjunto de procesos, desde la entrada de materiales, durante el proceso de producción, y al final.

El aseguramiento de la calidad implica la gestión y establecimiento de estándares en cada elemento clave del proceso para asegurar la calidad del producto.

Al final de la década de los 50, Juran define la calidad como "aptitud para el uso", con ello se amplía un poco más la idea de aseguramiento en cuanto a planteamientos de organización y evaluación.

ETAPA DE CALIDAD TOTAL

En los 70 Edwards Deming populariza el concepto de Calidad total como método de gestión cuyo objetivo es mejorar la organización, los productos y la satisfacción del cliente. La diferencia esencial con las etapas anteriores no depende de las especificaciones o del uso, sino de la satisfacción del cliente, encontrándose aspectos tan variados como la satisfacción del cliente en la gestión, administración y atención personal. El papel de la dirección y la implicación de todos los trabajadores se convierten en el factor esencial del cambio.

La solución crea un avance en la cultura de la empresa y durante los años de 1970 y 1980 se van produciendo organizaciones más innovadoras al introducirse mejoras como los sistemas de trabajo.

Esta evolución nos ayuda a comprender de dónde proviene la necesidad de ofrecer una mayor calidad del producto o servicio que se proporciona al cliente y, en definitiva, a la sociedad, y cómo poco a poco se ha ido involucrando toda la organización en la consecución de este fin. La calidad no se ha convertido únicamente en uno de los requisitos esenciales del producto, en la actualidad es un factor estratégico clave del cual dependen la mayor parte de las organizaciones, no sólo para mantener su posición en el mercado sino incluso para asegurar su supervivencia.

El siguiente cuadro representa la Evolución histórica del concepto de Calidad, en el cual se describe en cada una de las etapas el concepto y los objetivos a perseguir.

Cuadro Conceptual de las Etapas de la Calidad

Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	Satisfacer al cliente Satisfacer al artesano por el trabajo bien hecho Crear un producto único
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	Satisfacer una gran demanda de bienes Obtener beneficios
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso
Posguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	Minimizar Costes mediante la Calidad Satisfacer al cliente Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad	Técnicas de inspección en Producción para evitar la salida de bienes defectuosos.	Satisfacer la gran demanda de bienes causadas por la guerra
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para evitar que se produzcan bienes defectuosos.	Satisfacer al cliente Prevenir errores Reproducir Costes Ser competitivo
Calidad Total	Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	Satisfacer tanto al cliente como interno Ser altamente competitivo Mejora Continua

www.gerenciasalud.com/art53.htm

1.3 Calidad Total (Mejora Continua)

Se considera el termino Control de Calidad, primera etapa en la Gestión de la Calidad basada en técnicas de inspección aplicadas a Producción. Posteriormente nace el Aseguramiento de la Calidad, esta fase persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado. Finalmente se llega a la Calidad Total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con de el concepto Mejora Continua e incluye las dos fases anteriores. Los principios fundamentales de este sistema de gestión son los siguientes:

Consecución de la plena satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente (interno y externo).

Desarrollo de un proceso de mejora continua en todas las actividades y procesos llevados a cabo en la empresa (implantar la mejora continua tiene un principio pero no un fin).

Total compromiso de la Dirección y un liderazgo activo de todo el equipo directivo.

Participación de todos los miembros de la organización y fomento del trabajo en equipo hacia una Gestión de Calidad Total.

El proveedor deberá involucrarse en el sistema de Calidad Total de la empresa, dado el fundamental papel de éste en la consecución de la Calidad en la empresa.

Identificación y Gestión de los Procesos Clave de la organización, superando las barreras departamentales y estructurales.

Toma de decisiones de gestión basada en datos y hechos objetivos sobre gestión basada en la intuición. Dominio del manejo de la información.

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en la organización y la manera en la cual todos sus miembros se involucran, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo.

Podemos definir esta filosofía del siguiente modo: Gestión (el cuerpo directivo está totalmente comprometido) de la Calidad (los requerimientos del cliente son comprendidos y asumidos exactamente) Total (todo miembro de la organización está involucrado, incluso el cliente y el proveedor, cuando esto sea posible).

Los principios de la calidad total incluyen: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, adhesión de todos los profesionales, cambio en la cultura de la organización para introducir y compartir los valores de la preocupación por la mejora, evaluación y planificación de la calidad, rápida circulación de la información, incorporación del punto de vista del cliente, e importancia del cliente interno.

El término calidad total es satisfacer al cliente, y la forma de lograrlo es la mejora continua de la calidad. Para Deming resultan fundamentales el compromiso de mejora constante y la idea de sustituir la inspección (o control) como forma de conseguir la calidad por una metodología que implique la participación de todos, rompiendo barreras y fomentando estilos de liderazgo participativos.

Ishikawa recomienda las siguientes herramientas: No interrumpir la cadena proveedor-cliente, impulsar la formación continuada, los métodos estadísticos y fomentar la comunicación.

Se han identificado 8 principios de Gestión de la Calidad que pueden ser utilizados por la Alta Dirección con el fin de conducir a la Institución hacia una mejora en el desempeño.

1. Enfoque al cliente.- Toda Organización depende de los clientes, por lo tanto es necesario comprender las necesidades actuales y futuras de los mismos, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
2. Liderazgo.- Los líderes son personas que coordinan y equilibran los intereses de todos los grupos que de una u otra forma tienen interés en la organización. Ellos deberán crear y mantener un ambiente interno, en el que el personal pueda llegar a involucrarse en el logro de los objetivos y metas de la organización.
3. Participación del personal.- El personal, en todos los niveles es la esencia de una organización y su participación total hace posible que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
4. Enfoque basado en procesos.- Para obtener el resultado deseado es necesario que las actividades y los recursos relacionados se gestionen como un proceso, siendo este la secuencia de las actividades que van añadiendo valor mientras se produce un producto o servicio.
5. Enfoque de sistema para la gestión de calidad.- A través de la gestión de los procesos, las organizaciones consiguen su mejora y alcanzan sus objetivos más eficientemente.
6. Mejora continua.- Es un proceso mediante el cual se planifican acciones encaminadas a la mejora de las actividades desarrolladas por las empresas, esas acciones se ejecutan midiendo los resultados supuestos.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión.- Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información confiable y relevante, que incluye la percepción de todos los grupos de interés.
8. Relaciones mutuamente benéficas con el proveedor.- Las organizaciones se enmarcan dentro de una cadena de procesos-clientes-proveedores, cuyo fin es el cliente final.

Estos principios se aplicarán de diferentes formas en cada organización dependiendo de su naturaleza y los retos específicos.

1.4 Norma ISO 9000

Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la Gestión de Calidad que sirven como base para el establecimiento de Sistemas de Gestión de la Calidad.

Para llevar a cabo el Control de la Calidad es necesario crear Sistemas de Calidad. Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que la organización cumpla con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

Las definiciones, según la Norma ISO, son: Aseguramiento de la Calidad: Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, necesarias para proporcionar la confianza adecuada de un producto para satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Esta Norma es Internacional y es adoptada por las organizaciones de forma voluntaria como herramienta para la mejora continua.

¿Que Significa ISO? La Internacional Organization for Standardization es una Organización con sede en Ginebra, Suiza, fundada en 1947.

Es un modelo estándar para implementar un sistema de calidad, el cual es una herramienta para lograr la mejora continua en las organizaciones.

ISO se toma del vocablo Griego “ ISOS “ y etimológicamente significa: **“IGUAL”** así anteponiéndolo a algunas palabras (utilizándolo como prefijo) tenemos algunos ejemplos de su utilización:

ISOMÉTRICO = DIMENSIONES IGUALES

ISOSELES = LADOS IGUALES

Estructura de la Familia ISO 9000.- Es una familia de normas desarrolladas por el Comité Técnico en Calidad de ISO, para normalizar a nivel internacional todos los aspectos relacionados con la gestión y el aseguramiento de la calidad.

Estas normas están compuestas por tres guías y una norma que es un Modelo de Gestión de Calidad.

ISO 9000	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: Fundamentos y Vocabulario
ISO 9001	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: Requerimientos
ISO 9004	SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD: Directrices para la Mejora del Desempeño
ISO 19011	GUIAS PARA AUDITAR SISTEMAS DE CALIDAD Requerimientos

Con el fin de estandarizar los Sistemas de Calidad de distintas empresas y sectores, y con algunos antecedentes en los sectores nuclear, militar y de automoción, en 1987 se publican las Normas ISO 9000 un conjunto de normas editadas y revisadas periódicamente por la Organización Internacional de Normalización (ISO) sobre el Aseguramiento de la Calidad de los procesos.

De este modo, se consolida a nivel internacional el marco normativo de la gestión y control de la calidad.

CAPÍTULO II. EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DESDE SU CREACIÓN

2.1 Su Historia

El 15 de julio de 1968, el Presidente de la República, Lic. Gustavo Díaz Ordaz, firma el decreto creado por el “Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez” (IMAN), como organismo público descentralizado dedicado a la atención de la niñez mexicana en sus necesidades de salud; con este antecedente, el 6 de noviembre de 1970, se crea el Hospital Infantil del IMAN.

De 1971 a 1976, el funcionamiento de este hospital se dirige a través del patronato que preside la Sra. María Esther Zuno de Echeverría.

El Presidente de la República, Lic. José López Portillo, crea el organismo público descentralizado “Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia”, con el decreto del 13 de enero de 1977, y así une el esfuerzo de dos entidades públicas, el “Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez” y el “Instituto Nacional de Protección a la Infancia”, ambas dedicadas a cumplir el mismo objetivo social.

El 16 de mayo de 1979 cambia el “Hospital del Niño IMAN” y se convierte en el “Instituto Nacional de Pediatría”, en ese tiempo contaba con todas las características necesarias: clínicas, de enseñanza, investigación y difusión para lograrlo.

El Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, en ejercicio de su facultad como Presidente Constitucional, determina otorgar autonomía al “Instituto Nacional de Pediatría”, en atención a su calidad asistencial, docente y de investigación, dándole personalidad jurídica y patrimonio propio como organismo público descentralizado, lo anterior, mediante el decreto del 19 de abril de 1983.

Más tarde, el 1º de agosto de 1988, el Presidente Miguel de la Madrid Hurtado, expide el decreto que rige la organización y funcionamiento del Instituto, dentro del Sistema Nacional de Salud y así dar atención a uno de los grupos más vulnerables de la sociedad mexicana, a través de la prestación de servicios médicos de alta especialidad, el desarrollo científico y tecnológico de las disciplinas pediátricas y la formación de recursos humanos para la salud.

El 6 de julio de 1990, por medio de un convenio de transferencia con el sistema DIF, se integran al Instituto Nacional de Pediatría, las instalaciones y los recursos humanos, técnicos y financieros del Instituto Nacional de Ciencias y Tecnología -DIF (INCYTAS-DIF), así como el Centro de Información y Documentación (CID).

El 15 de junio de 1998, tuvo lugar la Sexagésima Octava Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Pediatría, en la cual se presentó la propuesta de modificación de la estructura, con 9 cambios de denominación, 7 cambios de adscripción, 4 cambios de adscripción y denominación, la cual fue autorizada en dicha sesión, el 17 de agosto de 1998 se envió a la Dirección General de Programación Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud y Asistencia, y se turnó el 28 de agosto de 1998 a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, con fecha 1º de diciembre de 1998, quedó registrada la nueva estructura orgánica en la Secretaría antes mencionada. Una vez recibido el dictamen favorable, se formalizó dicha estructura a partir del 1º de febrero de 1999.

Con fecha 1º de octubre de 1999 quedó registrada ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la nueva estructura orgánica de 1999, consistente en la conversión de la totalidad de puestos de niveles tradicionales a puestos de alto nivel de responsabilidad.

En la Septuagésima Octava Sesión Ordinaria de la H. Junta de Gobierno se acordó la modificación desregulada de la Estructura Orgánica del Instituto, para cambiar la denominación del Departamento de Medicina Nuclear, Departamento de Radiología, así como el Servicio de Banco de Sangre por Departamento de Banco de Sangre y Departamento de Radiología e Imagen, movimientos aprobados por la misma Junta el 15 de noviembre del mismo año.

El 18 de abril de 2002 la Secretaría de Salud formalizó los cambios antes citados que tienen vigencia a partir del 1° de diciembre de 2001.

En mayo de 2002, se autorizó la conversión del Departamento de Enfermería a Subdirección de Enfermería, así como el cambio de denominación del Órgano Interno de Control, y sus áreas respectivas. Estos cambios de denominación obedecen a lo publicado en el Diario Oficial de la Federación, Artículo 47 del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, ahora Secretaría de la Función Pública, de fecha 16 de julio y 29 de noviembre de 2001. El 19 de junio de 2003, la Secretaría de Salud determinó favorablemente la estructura orgánica con vigencia a partir del 1° de enero de 2003.

El 18 de octubre de 2004, se celebró la segunda reunión ordinaria de 2004 de la H. Junta de Gobierno, en la cual se autorizó la actualización de la Estructura Orgánica, desapareciendo las jefaturas de departamento como plazas de Estructura convirtiéndose en Jefaturas de Departamento en Área Médica, de acuerdo al oficio 315-A-08271 del 21 de agosto de 2003, asimismo desaparece la plaza de Secretario Particular de acuerdo a lo dispuesto en el capítulo III de las Disposiciones de Racionalidad, Austeridad Presupuestaria, en su artículo 30, inciso H, publicado en el Diario Oficial de fecha 31 de diciembre de 2003.

El INP ofrece atención especializada a la población infantil tanto de la Ciudad de México como de todos los Estados de la República y en ocasiones de otros países de latinoamericanos. Durante 30 años ha crecido en infraestructura y en instalaciones, lo más importante es su crecimiento en la experiencia y la renovación de su equipo humano para cumplir cada vez mejor con sus objetivos fundamentales. Porque sus trabajadores, los médicos, las enfermeras, los investigadores, las trabajadoras sociales, los químicos, los biólogos y técnicos, los psicólogos, las dietistas, el personal de la cocina, las secretarias, las recepcionistas, el personal integrante de la administración, los ingenieros, el personal de mantenimiento, servicios generales, de los archivos, de los almacenes, de informática, operadoras del conmutador y comunicólogos que día con día contribuyen con sus conocimientos, su talento, sus destrezas, su ingenio y sensibilidad al buen funcionamiento de esta institución para alcanzar sus objetivos y metas.

El Instituto Nacional de Pediatría vive una reingeniería en los procesos de atención, la relación entre sus áreas sustantivas asumen un modelo de trabajo, basado en la gerencia de servicios, con un enfoque sistémico y reordenando los procesos de atención en torno a las prioridades nacionales de salud, basándolos en evidencias científica, propiciando sean reproducidos a través de un sistema educativo moderno.

El INP cuenta con una Dirección General, tres áreas sustantivas, Investigación, Enseñanza y Asistencia a la Salud; cuenta con dos áreas de apoyo Administración y Planeación y tienen como eje horizontal la atención al usuario y su familia, en un círculo virtuoso de la calidad.

2.2 Misión y Visión

La Misión de Instituto Nacional de Pediatría, es el desarrollo de modelos de atención a la infancia y adolescencia a través de la Investigación científica básica, clínica y epidemiológica, aplicada a las necesidades priorizadas de la población, a través de la formación y el desarrollo de recursos humanos de excelencia, para la salud, así como de la asistencia en salud de alta especialidad con gran calidad y constituyendo el modelo de atención de clase mundial.

La Visión es ser la Institución líder en la investigación, con alto rigor científico, la formación de recursos humanos de alta calidad y los modelos de atención a la salud de la infancia y adolescencia y que impacte en los indicadores básicos de salud, en la disminución de los problemas relacionados con el rezago social y que propicie el ataque oportuno a los factores causales de los problemas emergentes, debiéndose mantener a la vanguardia en la formación del personal de salud y en los métodos y procedimientos de atención de alta calidad.

2.3 La Organización

El Instituto Nacional de Pediatría cuenta con una estructura orgánica, dictaminada por la Secretaría de Salud, con vigencia del 1º de julio del 2007 y esta conformada de la siguiente manera:

DIRECCIÓN GENERAL DEL INP

Dirección Médica

- Subdirección de Medicina
- Subdirección de Cirugía
- Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento
- Subdirección de Consulta Externa
- Subdirección de Medicina Crítica
- Subdirección de Hemato-Oncología
- Subdirección de Enfermería

Dirección de Investigación

Subdirección de Investigación Médica
Subdirección de Medicina Experimental

Dirección de Enseñanza

Subdirección de Información y Documentación Científica
Subdirección de Programación y Evaluación Educativa

Dirección de Administración

Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal
Subdirección de Finanzas
Subdirección de Recursos Materiales
Subdirección de Servicios Generales

Dirección de Planeación

Órgano Interno de Control

Subdirección de Asuntos Jurídicos

Organigrama del Instituto Nacional de Pediatría. (Ver Anexo 1)

CAPÍTULO III. DE LA PLANEACIÓN A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

3.1 Planeación Estratégica

La Planeación Estratégica es un proceso que permite a una organización ser proactiva en vez de reactiva en la formulación de su futuro. Las empresas diseñan planes estratégicos para el logro de sus objetivos y metas planteadas, estos planes deben ser a corto, mediano y largo plazo, dependiendo del tamaño de la Institución.

La planeación tradicional se basa en el modelo de Administración Científica de Taylor y la teoría Clásica de Fayol que surgió en los últimos momentos de la revolución industrial a finales del siglo XIX y principios del XX.

Pretendía fundamentalmente la organización de líneas de producción y se conformaba con el ordenamiento de listas de actividades, tareas y procedimientos, efectuados bajo un esquema de organización vertical con divisiones claras del trabajo y con la finalidad que los productos finales tuvieran el menor costo de operación, el menor número de errores y la mayor posibilidad de ingreso.

La planeación estratégica está realmente orientada a la resolución de problemas identificados por la organización, muchas organizaciones han perdido su esencia y el sentido de su trabajo, esto puede ser común y por ello la Planeación Estratégica desde este enfoque, está orientada a identificar situaciones para cambiar y mejorar el cumplimiento de nuestra razón de ser como organización.

La organización es un conjunto de personas y recursos de otra índole, ellos no se reúnen para hacer informes, se reúnen para generar un bien o servicio, éstos deben haber sido identificados claramente como productos finales de un sistema de trabajo.

La identificación de problemas es el punto de partida de la planeación estratégica, es necesario desarrollar un plan para la detección de estrategias a través de un diagnóstico situacional.

El diagnóstico situacional es realmente una evaluación de la situación actual, permite identificar la problemática de la organización y puede tener diferentes abordajes.

El modelo de planeación estratégica que se presenta aquí tiene tres ejes básicos:

- a) Marco ideológico
- b) Análisis Estratégico y
- c) Programa sustantivo

Estructura de la Planeación Estratégica para los Servicios de Salud:

Eje básico	Funciones			
Marco Ideológico	Misión	Visión	Valores	Filosofía
Análisis Estratégico	Interno	Debilidades	Externo	Oportunidades
		Fortalezas		Amenazas
Definición y construcción de estrategias				
Programa sustantivo	Referido a las actividades que son producto del trabajo	Antecedentes Justificación Objetivos de actividades	Metas Actividades Sustantivas Actividades estratégicas Gráfica de Gant	Control de programa Guías de Supervisión Indicadores y Evaluación

a) Marco Ideológico

Misión

La misión de la entidad debe señalar claramente la esencia de la organización, lo que hacen los profesionales, cómo lo hacen y a quién dirigen sus acciones.

Visión

La visión es una imagen que se tiene de los usuarios, de los prestadores de servicios y de la organización, una vez cumplidos los objetivos del programa y la misión.

¿Cómo nos vemos en un futuro cercano? ¿Qué cambios se han adoptado a nuestro sistema de trabajo? y al desarrollarlos... ¿cómo seremos y cómo se encuentran los usuarios de nuestros servicios?

b) Análisis Estratégico.

El análisis estratégico se refiere a colocar en un solo plano las características del servicio en dos sentidos: Análisis interno y Análisis Externo.

El Análisis Interno se acostumbra escribir señalando las FORTALEZAS y las DEBILIDADES del grupo de trabajo, para fines de comprensión llamaremos de la entidad.

Se entiende por entidad, a la unidad de trabajo, subsistema o conjunto de acciones de un programa, objeto de la planeación estratégica, en el caso de un centro de salud, las fortalezas y debilidades se circunscriben a todas las características que favorecen o limitan el cumplimiento de la misión al interior de los límites de la unidad.

Fortalezas

Es bueno empezar, reconociendo las características de la entidad, las cuales pueden favorecer el cumplimiento de la misión. Las fortalezas deben describirse a partir de:

- Los integrantes de la organización.
- Recursos existentes y su calidad.
- Las cualidades que el desempeño del trabajo ha dejado en la organización.

Debilidades

Así como se escriben las fortalezas debemos tener claro que la organización también cuenta con problemas pendientes de resolver, algunos de ellos tienen mucho tiempo, se han convertido en vicios de trabajo, debemos empezar a escribirlos a partir de los más graves para no desgastar nuestras estrategias en problemas de menor valía. En ocasiones nos enfocamos mucho en los problemas interpersonales, es conveniente enfocarnos en aquellos a los cuales debe imprimir una energía especial involucrando a otros (estrategias).

Hay que colocar en este cuadro los problemas reales y actuales, no los resueltos o con duda de su existencia real.

Debemos tener en mente que las debilidades tendrán acciones estratégicas que lleven a convertirlas en el corto o mediano plazo en fortalezas reales.

Las debilidades declaradas pueden ser antagónicas con las fortalezas, podemos poner en fortalezas que el personal tiene alta preparación y como debilidad que no acude a cursos.

Análisis Externo se refiere a todas aquellas características del entorno a la entidad que constituyen oportunidades o amenazas para el cumplimiento de la Misión de nuestra organización. En ocasiones la falta de visión de un mal gerente hace que las oportunidades se vean como amenazas, por ejemplo, el cambio de gobierno puede ser una oportunidad de modificar procedimientos de gestión de materiales en algunas mentes y en otras puede ser una amenaza, estas características del contexto deben ser revisadas como consenso de grupo. El análisis del contexto es todo lo que se encuentra fuera de los límites físicos, administrativos y geográficos de la entidad de análisis.

Oportunidades

Son todas aquellas características del medio ambiente de trabajo (fuera de la entidad) las cuales influyen positivamente en el cumplimiento de la misión, están a nuestro alcance y en relación estrecha con la entidad. Nuevos métodos, políticas o características del entorno económico o social que pueden ser aprovechadas para el trabajo del equipo.

Amenazas

Son todas aquellas características del medio ambiente de trabajo (fuera de la entidad) pueden influir poniendo en peligro el cumplimiento de la misión. La inflación, cambios en los precios, imposición de nuevas funciones, autoridades con diferentes enfoque filosóficos sobre el trabajo, elecciones, sindicalismo etc. Siempre deben ser características fuera de la entidad de trabajo. La entidad a veces no tiene límite geográfico, por ejemplo los supervisores estatales tienen un ámbito geográfico indefinido y externo para ellos se ve delimitado por sus áreas de responsabilidad.

3.2 Dirección de Planeación del Instituto Nacional de Pediatría

En el Instituto Nacional Pediatría se llevó a cabo un análisis situacional en sus áreas sustantivas; Investigación, Enseñanza, Asistencia Médica y las de Apoyo Administración y Planeación. El INP fundamenta su existencia en el servicio de salud, el área de Planeación es sustantiva porque permite visualizar los objetivos a corto, mediano y largo plazo.

En el año 2005 se presenta la propuesta de la Nueva Dirección en la cual se determina realizar un cambio a partir de la Planeación estructural de la Institución y se tomaron en cuenta variables de ESTRUCTURA, PROCESO y RESULTADO, que permitirán adecuar las denominaciones de las áreas a un marco conceptual moderno, en donde se refleje la asimilación de nuevos paradigmas en la prestación del servicio de salud infantil.

Por lo anterior y para cumplir con los objetivos de la Institución es de suma importancia conocer como se creó y se fue fortaleciendo el área de Planeación en el Instituto Nacional de Pediatría.

En 1985, la Dirección de Planeación contaba con dos divisiones: Finanzas y Planeación y Presupuesto. Esta última, tenía tres departamentos: Estadística e Informática; Organización y Modernización Administrativa; y el de Programación y Evaluación. Este último, es el antecedente directo del Actual Departamento de Control del Presupuesto. Desde esa fecha, las labores del Departamento consistían en elaborar el Programa Presupuestal del Instituto y efectuar el control del ejercicio del gasto.

El Departamento de Organización y Modernización Administrativa fue creado en 1985, bajo la dependencia de la entonces Unidad de Planeación y Finanzas. A partir de 1991 se reordenaron funciones con la inclusión del Departamento en la División de Organización y Presupuesto. Desde su creación y hasta la fecha las funciones no se habían modificado:

En 1985 se formuló la primera versión del Manual de Organización del Instituto.

En 1986 se elaboran los primeros manuales de procedimientos y se colaboró en la preparación del proyecto del Estatuto Orgánico del Instituto.

El año siguiente se trabajó en cooperación con las áreas sustantivas sobre las normas y procedimientos administrativos por hospitalización.

En agosto de 1988 se publicó el decreto presidencial que establece las bases de organización y funcionamiento del propio Instituto, obligando a readecuar los Manuales de Organización vigentes hasta ese momento.

En 1990 se integran al Instituto Nacional de Pediatría las instalaciones y recursos que pertenecían al Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología aplicada a la Salud (INCyTAS-DIF) y los recursos del Centro de Información y Documentación. La incorporación de ambas instalaciones requirió una nueva ampliación en el número de manuales y una redistribución de funciones, sobre todo en las áreas sustantivas.

En 1991 y 1992 se elaboró la segunda versión del Manual de Organización del Instituto y se inició la revisión y actualización de los manuales de procedimientos.

Durante 1993, se formularon los estudios técnicos para regularizar la estructura organizacional, con participación de todas las áreas y se concluyeron el 100% de los manuales de Organización y Procedimientos; así mismo se le otorga a la unidad la categoría de Subdirección General.

En diciembre del mismo año fue autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el Manual de Organización Institucional.

En agosto de 1994, la Secretaría de Salud dictaminó favorablemente los manuales de Procedimientos Administrativos del Instituto elaborados con base en lineamientos y metodologías establecidos por la propia Secretaría.

Durante 1998 el Departamento de Organización y Modernización realizó un análisis de la operación Institucional, derivado de lo cual se propuso una modificación a la estructura orgánica, aprobada en febrero de 1999.

Dicha estructura se modificó en octubre de 1999, cuando se cambia la denominación de los mandos medios. Por esta razón, a la fecha, la anterior Subdirección General de Planeación, Organización y Presupuesto se ha transformado en la Dirección de Planeación, de la cual dependen los Departamentos de Diseño Organizacional, Informática, Evaluación y Calidad y Desarrollo Institucional.

Para el año del 2005 se propuso enmarcar la actividad de la Dirección de Planeación con un enfoque de gerencia de servicios de salud propuesto por el Programa Nacional de Salud y se compone de los departamentos enlazados sistemáticamente de la siguiente forma:

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN

Departamento de Diseño Organizacional

Departamento de Evaluación y Calidad

Departamento de Informática

Departamento de Desarrollo Institucional

Organigrama de la Dirección de Planeación. (Ver Anexo 2)

DEPARTAMENTO DE DISEÑO ORGANIZACIONAL

OBJETIVO

General

Analizar y rediseñar la estructura organizacional, contribuyendo a la modernización institucional mediante innovaciones en los procesos de atención de las áreas médico-administrativas para incrementar la productividad, la eficiencia y la capacidad resolutive de los servicios.

Específicos

- ✓ Asesorar técnicamente a las áreas médico administrativas en el análisis y documentación de sus procesos.
- ✓ Integrar y documentar procesos administrativos conforme a la normatividad institucional.
- ✓ Contribuir a identificar factores clave de éxito para la evaluación de procesos.
- ✓ Generar información en materia de costos que permita tomar decisiones a las áreas.
- ✓ Contribuir al diseño, desarrollo e implementación de un sistema de gestión de calidad en el Instituto.

ACTIVIDADES

- Asesorar técnicamente a las áreas médico administrativas en el análisis y documentación de sus procesos.
- Integrar y documentar procesos administrativos conforme a la normatividad institucional.
- Contribuir a identificar factores clave de éxito para la evaluación de procesos.
- Generar información en materia de costos para la toma decisiones a las áreas.
- Contribuir al diseño, desarrollo e implementación de un sistema de gestión de calidad en el Instituto.

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN Y CALIDAD

OBJETIVO

General

Evaluar e informar interna y externamente sobre el desempeño institucional en materia de investigación, enseñanza y con énfasis en la atención médica efectiva y el trato digno a los usuarios, a través del diseño de un sistema de evaluación, la administración de la información y apoyo a la gestión administrativa de proyectos.

Específicos

- ✓ Colaborar con las áreas de estadística, archivo clínico y epidemiología hospitalaria en el desarrollar sistemas de información efectivos.
- ✓ Mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones y darle un valor agregado al diseño de indicadores orientados a la estructura, procesos y resultados de los servicios de salud, investigación y enseñanza.
- ✓ Capacitar a los gerentes en salud para el manejo de los indicadores, su actualización y validación.
- ✓ Promover una cultura de gestión de la calidad en sus dos dimensiones.
- ✓ Incrementar la calidad en la información que se genera para las instancias externas

ACTIVIDADES

Evaluación

- Identificar en los flujogramas de procesos de atención elaborados por el Departamento Diseño Organizacional, los puntos críticos para el desempeño en coordinación con el servicio ó departamento.
- Entrevista diagnóstica a los gerentes de salud para la determinación de necesidades y recursos disponibles.

- Apoyo en el diseño de indicadores y de informes de salida para sistematizar su captura en coordinación con el área de Informática.
- Diseño de un Taller dirigido a los gerentes en salud para el manejo de los indicadores, su actualización y validación.
- Establecer Indicadores para el tablero de control.
- Diseñar catálogos institucionales en Coordinación con el área de Diseño Organizacional.
- Establecer Sala de Situación.

Calidad

- Obtención de la recertificación institucional con éxito.
- Elaborar Manual de Procedimientos del Servicio de Calidad y Establecer Políticas de Operación para el Comité de Calidad interno.
- Investigar modelos existentes de SGC para su adopción o adaptación, con el objetivo del desarrollo e implementación de un SGC institucional.
- Monitorear la calidad de los servicios asistenciales mediante encuestas, buzones y herramientas que permitan evaluar el desempeño
- Establecer Indicadores para el tablero de control.

Gestión

- Elaborar informes de acuerdo a la periodicidad establecida por las instancias y compromisos institucionales con veracidad y valor agregado al analizar con un nuevo enfoque los resultados obtenidos.
- Establecer un Catálogo de Informes internos y externos.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA

OBJETIVO

General

Fortalecer las áreas sustantivas y adjetivas mediante hardware actualizado, software autorizado, capacitación sobre paquetería técnica y administrativa, soporte técnico, almacenamiento y respaldo electrónico y de datos para resguardar la información de la institución.

Específicos

- ✓ Desarrollar sistemas informáticos basados en procesos de atención y servicios vinculados al expediente clínico electrónico interconectado a un portal Web.
- ✓ Consolidar la estructura y funcionalidad de la red institucional de voz y datos en el Instituto buscando aquellas tecnologías adaptadas a las necesidades de vanguardia y optimización.
- ✓ Mantener y asegurar que el equipo informático se mantenga en óptimo funcionamiento, desempeño y actualizado, incorporando esquemas de soporte técnico escalonado a partir del usuario, el servicio y el apoyo institucional interno y externo.
- ✓ Fortalecer la cultura informática mediante la capacitación del personal del Instituto.
- ✓ Contribuir al diseño, desarrollo e implementación de un sistema de gestión de la calidad en el INP.

ACTIVIDADES

Sistemas

- Estudio/diagnóstico. Entrevista a gerentes de áreas operativas identificadas por procesos de atención o servicios para la determinación de necesidades.
- Identificar flujogramas de procesos de atención en coordinación con el servicio y el área de Diseño Organizacional.
- Identificar los indicadores básicos y los informes de salida para el diseño del sistema en coordinación con el área de Evaluación.

- Diseñar el sistema relacionado con el tablero de control.
- Diseñar los catálogos institucionales.

Redes

- Diseñar el mapa integral de la red institucional.
- Diagnosticar las necesidades actuales e identificar los requerimientos a corto plazo.
- Implementar tecnología de comunicaciones de vanguardia.

Soporte Técnico

- Diagnosticar la infraestructura informática de las áreas por automatizar, identificando requerimientos a corto y mediano plazo.
- Regular y vigilar el funcionamiento del servicio externo de mantenimiento correctivo.
- Ofrecer servicios de soporte técnico con calidad y eficiencia a los usuarios.
- Identificar los indicadores de desempeño en colaboración con el área de Evaluación.

DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

OBJETIVO

General

Implantar modelos de desarrollo de las capacidades técnicas y gerenciales en el personal directivo y personal de salud en general, para el proceso de cambio planeado, gradual y progresivo, en función del plan y objetivo estratégico institucional.

Específicos

- ✓ Establecer un modelo de desarrollo gerencial y del recurso humano enfocado a un Sistema de Gestión de la Calidad.
- ✓ Incrementar las competencias del personal mediante técnicas apropiadas para que desarrollen los conocimientos y habilidades, que junto con la experiencia mejoren su capacidad actual.
- ✓ Planificar a mediano plazo, las necesidades de recurso humano en función del proyecto estratégico.
- ✓ Generar ambientes propicios para la implementación de procesos innovadores y disminuir la resistencia al cambio.
- ✓ Contribuir, en el ámbito de su responsabilidad, al diseño, implantación y desarrollo de un sistema de gestión de la calidad en el INP.

ACTIVIDADES

- Elaborar el programa anual de departamento, definiendo objetivos y metas, considerando los recursos asignados.
- Elaborar y vigilar el desarrollo del Programa de Modernización Institucional de mediano plazo, derivado del Programa Sectorial de Salud.
- Dar cumplimiento al Programa de Modernización de la Administración Pública y los compromisos que de él se deriven.
- Adoptar y aplicar modelos de acción -investigación destinada a mejorar el clima laboral.
- Generar propuestas de mejora continua, encaminada a reforzar los valores institucionales.
- Proponer acciones específicas bajo la modalidad de planeación estratégica de las áreas críticas.
- Elaborar y actualizar los manuales administrativos del área.
- Mantener el control de la información actualizada, veraz y oportuna del ámbito de competencia de este departamento.

Gráficas de interrelación entre los Departamentos de la Dirección de Planeación. (Ver Anexos 3 y 4)

Misión de la Dirección de Planeación

La Planeación y sistematización de los procesos certificados de trabajo, en las áreas sustantivas y administrativas del INP, apegarlos a la normatividad (deber ser) con procesos transparentes a través del diseño organizacional, evaluación del desempeño, consolidación de la infraestructura informática y desarrollo organizacional, para la optimización de los recursos asignados, la reingeniería y la sistematización de procesos, apegados a un modelo de gestión de la calidad.

Apoyar la transformación institucional hacia la adopción de las mejores prácticas de calidad, eficacia y eficiencia, propiciando un entorno laboral armónico en beneficio de la población menor de 18 años sin seguridad social.

Visión de la Dirección de Planeación

Un apoyo efectivo del INP, para la formulación de proyectos, organización y mejora del desempeño de la organización, que desarrollan modelos de atención, basados en evidencia científica y mejoran los procesos de enseñanza aprendizaje.

Así mismo, se fortalece el bienestar de los prestadores de servicios y los proveedores y usuarios de los servicios que perciben la calidad de las acciones y se vinculan de manera participativa ya que los servicios se han organizado en forma sistémica y sus acciones se han orientado por procesos integrales de trabajo.

El objetivo de la Dirección de Planeación es Planear estratégicamente, esto significa realmente orientar a la resolución de problemas identificados por la organización por ello la Planeación Estratégica desde este enfoque, esta orientada a identificar situaciones que deban cambiar para mejorar el cumplimiento de nuestra razón de ser como organización; las acciones del INP de acuerdo a sus estructuras y fines científicos, técnicos o administrativos.

Impulsar el desarrollo de proyectos gerenciales para la mejoría de la atención, enseñanza e investigación y colaborar con la administración para reorganizar al INP en torno a centros de costos y adecuar la planeación en el siguiente orden:

- Prioridades de salud de la atención e investigación para la población menor de 18 años.
- Un enfoque al incremento del costo beneficio de la atención y por lo tanto la disminución de la carga de la enfermedad a las familias de los niños y los adolescentes.
- Desarrollo de un sistema de ahorro y control de pérdidas.
- El INP podrá contar con un sistema de información electrónico, un sistema interno de comunicación fluida e información confiable que permita la adecuada evaluación y sistematización de la toma gerencial de decisiones.

CAPÍTULO IV. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL PARA ESTABLECER EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001-2000 EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

4.1 ¿Qué significa Comunicación Organizacional?

La Comunicación Organizacional se entiende como un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes que se dan entre los miembros de la organización, o entre la organización y su medio; o bien, a influir en las opiniones, actitudes conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de cumplir mejor y rápidamente con sus objetivos. Estas técnicas y actividades deben partir idealmente de la investigación, a través de ella se conocerán los problemas, necesidades y áreas de oportunidad en materia de comunicación.

La Comunicación organizacional es esencial para la integración de las funciones administrativas, por ejemplo, los objetivos establecidos en la planeación se comunican para desarrollar la estructura organizacional apropiada. La Comunicación Organizacional es también esencial en la selección, evaluación y capacitación de los gerentes para desempeñar sus funciones en esta estructura. De igual modo, el liderazgo eficaz y la creación de un ambiente conducente a la motivación dependen de esta comunicación.

Se define también como las prácticas y medios de comunicación como instrumentos para apoyar el logro de objetivos. Se entiende el ejercicio de la comunicación como estrategias claras para aumentar la productividad y la calidad en las organizaciones.

La Comunicación en las Organizaciones representa la más poderosa herramienta para alinear y orientar todas las prácticas individuales y de equipo hacia el logro de una visión y objetivos comunes.

Flujo de la Comunicación en la Organización

Dirección de la Comunicación.- La Comunicación puede fluir vertical u horizontalmente. La dimensión vertical puede ser dividida en dirección:

Descendente: Es la Comunicación que fluye de un nivel del grupo u organización a un nivel más bajo. Es el utilizado por los líderes de grupos y gerentes para asignar tareas, metas dar a conocer problemas que necesitan atención, proporcionar instrucciones.

Ascendente.-Esta Comunicación fluye en forma apuesta a la anterior, es decir, de los empleados o subordinados hacia la gerencia. Se utiliza para proporcionar retroalimentación a los de arriba, para informarse sobre los progresos, problemas, sobre el sentir de los empleados, cómo se sienten en sus puestos, con sus compañeros de trabajo y en organización. Un líder sabe que ambas direcciones son importantes e imprescindibles para lograr las metas propuestas con el mínimo de problemas, pero lamentablemente no todas las organizaciones tienen conciencia de ello, por lo que en muchas ocasiones las ideas, pensamientos y propuestas de los empleados pasan desapercibidas, considerando que esto no influirá en el rendimiento laboral.

Las organizaciones requieren entender que la comunicación al interior, es un fenómeno complejo de masas y cultura, no como un lujo sino como un atributo del grupo humano en cuantos a sus prácticas y su modo de vida.

En toda organización existen barreras de comunicación, así como la comunicación informal, está comunicación surge de la interacción de las personas. Las comunicaciones informales tienen importantes beneficios pero también provocan dificultades que la gerencia no puede ignorar, la comunicación informal es rápida y tiene influencia en los empleados, estos suelen depender de ella para su información a pesar de que con frecuencia la consideran un factor negativo.

La importancia de tener en el Instituto Nacional de Pediatría una buena comunicación es porque se considera una actividad de la gerencia que cumple con dos propósitos principales:

- Otorgar información y comprensión necesaria para que las personas puedan desempeñar sus tareas.
- Proporcionar las actitudes necesarias que promueven la motivación, cooperación satisfacción en los cargos

Así como es necesario usar las habilidades y capacidades en la comunicación, también es importante conocer los factores que influyen en la comunicación organizacional: Canales formales de comunicación, Estructura de Autoridad, Especialización de los Trabajos y Propiedad de la Información.

Toda comunicación debe ser fluida, por parte de las organizaciones se procesa en dos formas la horizontal y la vertical, anteriormente en el Instituto Nacional de Pediatría la estructura orgánica se reflejaba de manera vertical con el proyecto de Certificación se trabajará de manera horizontal, esto significa la organización por Procesos integrales, el saber donde inicia y termina la satisfacción del usuario y el producto concreto de un área, todo esto se logro mediante los siguientes elementos : asesorías a las áreas de atención a la salud en temas de organización y las etapas de sensibilización y capacitación al personal.

4.2 Comunicación Organizacional en el Instituto Nacional de Pediatría

El proyecto estratégico de la Dirección del Instituto Nacional de Pediatría, se realizó con base en el análisis de las necesidades asistenciales en salud que demanda la población infantil y juvenil mexicana.

Para ello se elaboró el Diagnóstico Situacional del Instituto analizado por cada una de las áreas y partiendo de las tres áreas sustantivas: la de Investigación; la Enseñanza dedicada a la formación de recursos humanos para la salud; y la Asistencia en la cual se incluye la atención médica. Y las denominadas áreas adjetivas la Planeación y la Administración de los recursos e infraestructura.

Derivado de lo anterior bajo la planeación estratégica se desarrolló un análisis, estratégico, el cual consistió en colocar en un solo plano las características del servicio en dos sentidos:

Análisis Interno se detectan las FORTALEZAS y DEBILIDADES de la entidad.

Análisis Externo se refiere a todas las características del entorno a la entidad que constituyen OPORTUNIDADES o AMENAZAS para el cumplimiento de la Visión de la Organización

Se plantea una estrategia concreta “Una nueva Gerencia de Administración” del INP, con la necesidad de vincular a la organización dos conceptos clave:

- Sistematización y modernización organizacional
- Calidad de la atención basada en procesos.

Estrategias y Líneas de Acción

El proyecto del INP presentó una perspectiva estratégica que define las formas de abordar las actividades para convertir las debilidades en fortalezas y las amenazas en oportunidades en pro del posicionamiento y la misión institucional, reforzando las actividades sustantivas con estrategias a la luz de la información del diagnóstico situacional.

El modelo de trabajo propone una interrelación dinámica entre los procesos de Investigación, Enseñanza y Asistencia con una perspectiva de calidad, esta última, como medio y atributo del sistema de atención institucional y con una actitud gerencial orientada a la conducción de la organización que integre los valores y la experiencia de los equipos de trabajo.

De acuerdo al preliminar del diagnóstico situacional, las causas que han propiciado la falta de mejores resultados, son las siguientes:

Falta de vinculación entre las áreas administrativas y sustantivas que lo conforman.

- Para estas causas las líneas de acción que se tomaron en lo que respecta a la gerencia de procesos, en el componente de desarrollo organizacional se fortalecerá el liderazgo de los diferentes mandos del Instituto, así como los procesos de motivación, comunicación, clima laboral y trabajo en equipo consolidando una estrategia del desarrollo humano.

Estrategia. Planeación Estratégica

- Línea de acción.- **Reingeniería de los procesos**
 - Coordinar las acciones de reingeniería para cada uno de los procesos institucionales, asegurando la congruencia y armonía entre todos ellos, informando a los involucrados de los objetivos, ventajas y expectativas que se persiguen, definiendo los indicadores utilizados para su seguimiento y estableciendo los lineamientos para la elaboración de los manuales de organización y procedimientos.

- Identificará oportunidades y dará seguimiento a las metas y objetivos establecidos por cada una de las áreas en los documentos institucionales. Será la encargada de instrumentar procesos continuos de investigación y análisis para proponer la utilización de tecnología de punta, a fin de optimizar los procesos institucionales, y el aprovechamiento de la infraestructura y los recursos asignados.
- Línea de acción.- **Desempeño y calidad**
 - El diseño organizacional se hará a la luz de un organigrama orientado a procesos de atención, vinculados con la estructuración de las funciones la reorganización de los comités hospitalarios y administrativos, así como con la departamentalización de la Institución, que permita la coordinación, el diseño, la división del trabajo y la funcionalidad de los diferentes sistemas de información y apoyos tecnológicos existentes.
 - Para la implementación de acciones de mejora continua de calidad y eficiencia de los procesos operativos institucionales.

Desde el año de 1991 se reordenaron funciones con la incorporación del Departamento de Organización y Modernización Administrativa a la División de Organización y Presupuesto. Desde su creación hasta la fecha, las funciones han variado según las necesidades. El Objeto de trabajo del Departamento es la Organización por procesos del INP. Esto se traduce en tener una Estructura Orgánica actual y autorizada, la asesoría a las áreas médico-administrativas en los temas de organización de procesos de trabajo y en el análisis de costos para la toma de decisiones.

Al inicio del 2006 las diversas áreas se encontraban con un rezago en la elaboración y/o actualización de manuales de procedimientos. Tomando en cuenta lo anterior el INP se dio a la tarea de analizar las oportunidades de cambio y mejora en el área médica.

- Establecer una cultura de calidad con enfoque al paciente
- Mejorar la organización en los distintos procesos de atención médica
- Elaborar los manuales administrativos
- Alinear los formatos para registros, trámites y procedimientos
- Fortalecer la coordinación entre las distintas áreas médicas y administrativas

Durante este año se trabajó en la capacitación de las distintas áreas del INP en organización y calidad. De esta manera y con la finalidad de apoyar el mejoramiento de la calidad y lograr los fines que establece el Programa Nacional de Salud, el INP consideró la necesidad de desarrollar e implantar específicamente en la Dirección Médica un proceso de certificación bajo la Norma ISO 9001-2000.

REGLAS PARA EL USO DEL SGC

- Aplicar en su totalidad lo descrito en el Manual de Gestión de la Calidad, Manual de Planeación de la Calidad, Procedimientos e Instrucciones de Trabajo.
- Conocer, comprender y explicar la Política y Objetivos de Calidad.
- Apoyar con nuestro trabajo al cumplimiento de los Objetivos de Calidad.
- En caso de detectar un cambio o mejora en los documentos solicitar el cambio a través del Jefe del Departamento o Servicio.
- Utilizar solo los formatos establecidos en la documentación.
- Cualquier duda respecto a los procedimientos e instrucciones de trabajo se debe consultar con tu Jefe de Departamento o Servicio.

- Por razones de control de documentos no se puede ni debe fotocopiar la documentación del Sistema, las copias se solicitan al Representante de la Dirección. Este proyecto se llevó a cabo en el marco del “Sistema Complementario de Atención Hospitalaria de Alta Especialidad Automatizada”, el cual tiene una perspectiva de planeación estratégica, y cuyo propósito es mejorar la atención a los pacientes, reduciendo los tiempos de espera e incrementando la capacidad de la atención a la salud.

4.3 Requerimientos de la Norma ISO 9001-2000

1 Objeto y Campo de aplicación

1.1 Generalidades

- Consistentemente proporciona productos que cumplen con las necesidades del cliente y los requerimientos regulatorios aplicables
- Ayuda a mejorar la satisfacción del cliente
- Mejora continua del sistema
- Asegurar conformidad con los requisitos

1.2 Aplicación

- Aplicable a Instituciones de todos tamaños
- Pueden considerarse exclusiones, debido a la naturaleza de la Institución y su producto
- Limitado a los requerimientos con cláusula 7
- Las exclusiones pueden afectar la habilidad de una Institución para cumplir con la satisfacción del cliente

2 Referencias Normativas

La Norma ISO 9001:2000 esta autorizada para ser aplicada en el país del que se trate. Cualquier cambio o modificación debe ser autorizada y utilizada la norma vigente.

3 Términos y definiciones

La Norma ISO 9000 SAC Fundamentos y Vocabulario puede ser utilizada como referencia para aclarar conceptos.

Proveedor Institución Cliente

El término “producto” puede significar también “servicio”

4 Sistema de Gestión de la Calidad

4.1 Requisitos generales

La Institución debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su efectividad.

La Institución debe implantar su Sistema de Gestión de la Calidad para:

- Identificar los procesos y su aplicación
- Determinar la secuencia e interacción
- Determinar los criterios y métodos para asegurar su eficacia
- Asegurar la disponibilidad de recursos e información
- Realizar el seguimiento, la medición y análisis de estos procesos
- Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planeados y la mejora continua de dichos procesos.

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

La documentación del SGC debe incluir:

- La declaración documentada de la Política y Objetivos de Calidad
- Un Manual de la Calidad
- Procedimientos documentados requeridos por la Norma (6)
- Los documentos necesarios para la Institución
- Los registros de calidad requeridos por la norma (18)

4.2.2 Manual de la Calidad

La Institución debe establecer y mantener un Manual de la Calidad que incluya:

- El alcance del Sistema de gestión de calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- Procedimientos documentados establecidos o referencia de ellos
- Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de calidad.

4.2.3 Control de Documentos

- Los documentos requeridos por el Sistema de Gestión de Calidad deben controlarse.
- Los registros son un tipo de documento y deben controlarse.
- Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:
 - ❖ Aprobar los documentos antes de su emisión
 - ❖ Revisar y actualizar y volver a aprobar los documentos cuando se requiera.
 - ❖ Identificar los cambios y el estado de revisión.
 - ❖ Asegurar que las versiones vigentes se encuentran en los puntos de uso.
 - ❖ Asegurar que los documentos son legibles y fácilmente identificables
 - ❖ Identificar los documentos de origen externo y controlar su distribución.
 - ❖ Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos e identificarlos cuando se mantengan por cualquier razón.

Gráficos de Estructura Documental (Ver Anexos 5 y 6)

4.2.4 Control de Registros de Calidad

- Los registros de Calidad derivados del sistema de Calidad deben permanecer: legibles, Fácilmente identificables y recuperables
- Los registros son un tipo de documento y deben controlarse.
- Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:
 - La identificación
 - Almacenamiento
 - Recuperación
 - Protección
 - Tiempo de Retención
 - Disposición de los Registros

5 Responsabilidad de la Dirección

5.1 Compromiso con la Dirección

La Alta Dirección debe establecer evidencia de su compromiso con el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad, asimismo con la Mejora Continua, a través de:

- Comunicación de la importancia de satisfacer las necesidades del cliente, así como los requerimientos legales y reglamentarios.
- Establecer la Política de Calidad.
- Asegurar que se establezcan los Objetivos de la Calidad.
- Llevar a cabo revisiones periódicas al Sistema de Gestión de la Calidad
- Asegurar la disponibilidad de los recursos.

5.2 Enfoque hacia el Cliente

La Alta Dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan son cumplidos, y se enfocan a establecer el propósito de mejorar la satisfacción del cliente.

5.3 Política de Calidad

La Alta Dirección debe asegurar que la Política de Calidad:

- Es adecuada al propósito de la Institución.
- Establezca un compromiso de cumplir con los requisitos y con la mejora continua sobre la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Proporcione un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de Calidad.
- Sea comunicada y entendida dentro de toda la Institución; y
- Sea revisada y evaluada para su continua adecuación.

5.4 Planeación de la Calidad

5.4.1 Objetivos de Calidad.

La Alta Dirección debe asegurar que los Objetivos de Calidad, incluyendo aquellos que son necesarios para cumplir con los requerimientos del producto:

- Se establezcan en funciones y niveles relevantes dentro de la Institución (niveles directivos, así como para cada proceso)
- Sean medibles; y
- Sean consistentes con la Política de Calidad.

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La Alta Dirección debe asegurar que:

- La planeación se realiza con el fin de cumplir los requisitos del cliente, así como los objetivos de calidad; y con ello,
- ratificar la integridad del sistema cuando se planeen e implementen cambios.

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

La Alta Dirección debe asegurar que:

La responsabilidad, autoridad e interrelación, son definidas y comunicadas dentro de la Institución

5.5.2 Representante de la Dirección

La alta dirección debe nombrar un representante de la dirección con responsabilidad y autoridad para:

- Asegurar que los procesos del SGC sean establecidos, implantados y mantenidos.
- Reportar a la alta dirección el desempeño del sistema, incluyendo la necesidad de mejora.
- Asegurar el conocimiento de los requerimientos del cliente a través de la promoción de éstos.

5.5.3 Comunicación Interna.

La Alta Dirección debe asegurar que los procesos de comunicación sean apropiados y establecidos dentro de la Institución. Así mismo, que la efectividad del sistema sea comunicada.

5.6 Revisión de la Dirección

5.6.1 General.

- La Alta Dirección debe, en intervalos planificados:
- Revisar el sistema, para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continua.
- Incluir la evaluación de las oportunidades de mejora.
- Incluir la evaluación de la necesidad de cambios en el SGC, de la política y de los objetivos de calidad.
- Asegurar que los resultados se registren.

5.6.2 Información para la revisión (Datos de Entrada) contiene:

- Resultados de Auditorías;
- Retroalimentación del cliente;
- Desempeño de los procesos y conformidad del producto;
- Estado de las acciones correctiva y preventivas
- Acciones previas de seguimiento hechas por la dirección.
- Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad;
- Recomendaciones para la mejora

5.6.3 Resultados de la Revisión de la Dirección (Datos de Salida):

- La Alta Dirección debe incluir las decisiones y acciones relacionadas con:
- La mejora de la eficacia del SGC y sus procesos;
- La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente; y
- Las necesidades

6 Gestión de los Recursos

6.1 Provisión de los Recursos.

La Institución debe determinar los recursos necesarios para:

- Implantar y mantener el SGC y mejorar continuamente su eficacia;
- Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos.

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 General

El personal que desempeña labores que afecten a la calidad del producto debe ser competente (ser "Calificado") y por tanto, contar con:

- educación aplicable
- formación (entrenamiento)
- habilidades
- experiencia

6.2.2 Competencia, toma de conciencia y formación.

La Institución debe:

- Determinar la competencia para el personal.
- Proporcionar formación (entrenamiento) o tomar acciones para satisfacer dichas necesidades.
- Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.
- Asegurar que el personal es consciente de la pertenencia e importancia de sus actividades, y cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad
- Mantener los registros de la educación, formación, habilidades y experiencia.

6.3 Infraestructura.

La Institución debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad de acuerdo con los requisitos del producto, incluyendo:

- Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados;
- equipo para los procesos (tanto Hardware como Software); y servicios de apoyo tales como transporte y comunicación.

6.4 Ambiente de Trabajo

La Institución debe determinar y dirigir el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad de acuerdo con los requisitos del producto

7. Realización del Producto

7.1 Planificación de la Realización del Producto.

La Institución debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto, esta debe ser coherente con los requisitos de otros procesos del SGC.

Dicha planeación debe determinar:

- Los objetivos de la calidad y los requisitos para del producto.
- La necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto.
- Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba, así como los criterios de Inspección.
- Se debe mantener registros (véase 4.2.4)
- Los resultados de la planeación deben ser presentados de acuerdo con la forma adecuada y con la metodología de operación de la Institución.

7.2 Procesos Relacionados con el Cliente.

7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto.

La Institución debe determinar:

- Los requisitos especificados por el cliente incluyendo de entrega y post-entrega
- Requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso específico o para el uso previo, cuando éste sea conocido.
- Requerimientos legales y reglamentarios relacionados con el producto.
- Cualquier otro requisito adicional.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el cliente.

La Institución debe revisar los requisitos relacionados con el producto para asegurar:

- Una revisión antes de comprometerse a proporcionar al cliente un producto.
- Que estén completamente definidos los requisitos del producto.
- Que estén resueltas las diferencias existentes entre el pedido y el contrato.
- Que la Institución tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

La Institución debe mantener registros de tales revisiones.

Cuando el cliente no proporcione en forma documental sus requisitos éstos deben ser confirmados antes de la aceptación.

En caso de modificaciones a los requisitos, previamente establecidos la Institución, debe asegurar que la documentación pertinente sea modificada.

7.2.3 Comunicación con el Cliente

La Institución debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes relativas a:

- La información sobre el producto.
- Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones; y
- La retroalimentación del cliente, incluye sus quejas.

7.3 Diseño Y Desarrollo

7.3.1 Planificación del Diseño y Desarrollo

La Institución debe planear y controlar el diseño y el desarrollo considerando:

- Las etapas de ambos;
- La revisión, verificación y validación, en etapas apropiadas.
- Las responsabilidades y autoridades
- Las interfaces entre los diferentes grupos involucrados, asegurando la comunicación efectiva y el esclarecimiento de responsabilidades.
- Los resultados de la planeación deben ser actualizados.

7.3.2 Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo

Se debe determinar los elementos de entrada relacionados con los requisitos del cliente y del producto, asegurando:

- Los requisitos funcionales y de desempeño;
- La información proveniente de diseños previos similares, cuando sea aplicable; y
- Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.
- La revisión para su adecuación.
- Asegurar que los requerimientos están completos, sin ambigüedades y sin conflictos

7.3.3 Resultados del Diseño y Desarrollo

Se debe proporcionar de tal manera que permitan la verificación de las entradas del diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación.

- Proporcionar información adecuada para las operaciones de adquisiciones, producción y servicio.
- Contener o referenciar los criterios de aceptación del producto.
- Especificar características del producto que son esenciales para su seguridad y uso apropiado.

7.3.4 Revisión del Diseño y Desarrollo

Se debe llevar a cabo, en etapas apropiadas, revisiones al diseño y desarrollo para:

- Evaluar la habilidad para cumplir con los requerimientos establecidos.
- Identificar problemas y proponer acciones necesarias.
- Los participantes deben incluir:
 - a los representantes de las funciones concernientes con las etapas del diseño y desarrollo.
 - Se debe mantener registro de la revisión del Diseño y Desarrollo (véase 4.2.4).

7.3.5 Verificación del Diseño y Desarrollo

Para asegurar los resultados, se deben realizar verificaciones del diseño y desarrollo determinando así como el cumplimiento a los datos de entrada.

Los resultados de dichas verificaciones y las acciones necesarias deben ser registrados.

7.3.6 Validación del Diseño y Desarrollo

Se debe llevar a cabo validaciones del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planeado, garantizando así:

- Que el producto resultante cumple los requerimientos para usos o aplicaciones específicas
- Cuando sea práctico, la validación debe completarse antes de la entrega o Implementación del producto.
- Deben mantenerse registros de tales validaciones.

7.3.7 Control de los cambios del Diseño y Desarrollo

Los cambios al diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registro, antes de su emisión deben ser revisados, verificados y validados, y deberán ser aprobados antes de la implementación.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de Compras

La Institución debe asegurar que:

- El producto adquirido cumple con los requisitos de compra.
- El tipo y alcance aplicado al proveedor y al producto/servicio depende del impacto de éstos al momento de su adquisición y su realización o producto final.
- Se evalúen y seleccionen proveedores en función de su capacidad, para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la Institución.
- Se establezcan los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación.
- Se mantengan los registros necesarios de los resultados de la evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de la misma.

7.4.2 Información de Adquisiciones

La Información de las compras debe describir:

- El producto a comprar; y cuando sea apropiado, describir los requisitos, procedimientos, procesos y equipos, para la aprobación del producto.
- Requisitos para la calificación del personal; y
- Requisitos del SGC.

La Institución debe asegurar la adecuación de los requisitos de compra antes de comunicarlos al proveedor.

7.4.3 Verificación de los Productos comprados

Se debe establecer e implementar inspecciones u otro tipo de actividades necesarias para la verificación del producto adquirido.

Cuando la Institución o su cliente quiera llevar a cabo actividades de verificación en las instalaciones del proveedor, la Institución debe establecer los arreglos de verificación que planea llevar a cabo y el método de liberación del producto, en la información para la adquisiciones.

7.5 Producción y Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio.

La Institución debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas, tomando en consideración:

- La disponibilidad de información que describa las características del producto;
- La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario;
- El uso del equipo apropiado;
- La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición;
- La implementación del seguimiento y de la medición; y
- La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

La validación debe demostrar la habilidad de los procesos para el logro de los resultados planeados.

Debe establecer los arreglos, incluyendo:

- Criterios definidos para la revisión y aprobación.
- Aprobación de equipos y calificación del personal.
- Uso de procedimientos y métodos especificados.
- Requerimientos de registros.
- Revalidaciones de procesos.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

Establecer los medios adecuados para identificar el producto durante todo el proceso.

Mantener rastreo de lotes.

Se debe controlar y registrar la identificación única del producto (véase 4.2.4).

7.5.4 Propiedad del Cliente

Tener cuidado con la propiedad del cliente mientras esté bajo el control de la Institución.

Se debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar.

Pérdidas, daños o cualquier otra razón inconveniente para su uso debe registrar y reportar al cliente, además de que los registros se deben mantener.

Nota: se puede incluir la propiedad intelectual del cliente.

7.5.5 Preservación del producto

Prevenir el daño o deterioro del producto durante todas las etapas del proceso hasta su entrega al cliente.

Establecer métodos de almacenaje, manejo, preservación, empaque y entrega.

7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición

La Institución debe determinar el seguimiento y la medición, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados ver 7.2.1

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

- Calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacional o internacional; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración.
 - Ajustarse o reajustarse según sea necesario
 - Identificarse para poder determinar el estado de calibración
 - Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición
 - Protegerse contra daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento

8. Medición, Análisis y Mejora

8.1 Generalidades

Planear e implementar el monitoreo, medición, análisis y mejora necesaria para:

- Demostrar la conformidad del producto.
- Asegurar la conformidad con el SGC.
- Mejorar continuamente su efectividad.
- Determinar métodos aplicables, incluyendo técnicas estadísticas

8.2 Medición y Monitoreo

8.2.1 Satisfacción del cliente

- Monitorear información relacionada con la percepción del cliente, es decir, cómo la Institución ha cumplido con los requerimientos del cliente.
- La Institución debe determinar los métodos necesarios para obtener y utilizar la información.

8.2.2 Auditorías Internas

Mantener un procedimiento documentado.

- Asegurar que el sistema funciona de acuerdo con lo planeado
- Aplicación periódica de las actividades de acuerdo con la importancia y con el estado de las actividades (programación de auditorías)
- Efectuadas por personal independiente al área auditada
- Seguimiento a las acciones derivadas de los resultados

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

Aplicar métodos convenientes para el monitoreo, para la medición de los procesos de la gestión del sistema.

- Los métodos deben demostrar la habilidad de los procesos para lograr los resultados planeados.
- Generar acciones cuando los resultados planeados no se alcancen

8.2.4 Seguimiento y medición del Producto

La Institución debe medir y hacer un seguimiento de las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.

Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas

Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los requisitos deben indicar la(s) persona(s) que autoriza (n) la liberación del producto.

La liberación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (7.1), a menos que sea aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.

8.3 Control de Producto No Conforme

- Definir un procedimiento documentado que considere;
- Evitar el uso o envío de productos no conformes
- Retrabajo de productos no conformes
- Reinspección de los productos retrabajados
- La toma de acciones para eliminar la no conformidad
- Autorizar su uso
- Tomar las acciones necesarias para evitar el uso que originalmente tenía.
- Mantener reportes de la naturaleza de la no conformidad.
- La Institución debe tomar las acciones necesarias para cuando se presente un producto no conforme después de la entrega.

8.4 Análisis de los Datos

Determinar, recolectar y analizar la información apropiada para:

- Conocer la conveniencia y efectividad del SGC y para evaluar donde se pueda llevar a cabo mejora continua.
- Incluir información generada por la medición y el monitoreo.
- Analizar los datos para proporcionar información sobre:
 - La satisfacción del cliente.
 - Conformidad con los requerimientos del producto

- - Características y tendencias de los procesos y productos, incluyendo las oportunidades para acciones preventivas
 - Proveedores

8.5 Mejora

Mejora Continua

La Institución debe mejorar la efectividad del SGC a través de su uso y de:

- La política de calidad y objetivos de calidad.
- Resultados de las auditorias.
- Análisis de la información.
- Acciones Correctivas y Preventivas.
- Revisión de la Dirección

8.5.2 Acciones Correctivas

Establecer un procedimiento documentado para acciones correctivas, que defina:

- Como llevar a cabo acciones correctivas para eliminar las causas de no conformidades.
- Acciones correctivas apropiadas al efecto del problema encontrado.
- Revisión de no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes).
- Determinación de las causas de las no conformidades.
- Evaluación de las necesidades de acciones para asegurar que las no conformidades no recurran.
- Determinación e implantación de las acciones correctivas necesarias.

8.5.3 Acciones Preventivas

Establecer un procedimiento documentado para acciones preventivas, que defina:

- Las causas de no conformidades potenciales
- Evaluación de la necesidad de prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- Mantener registros de los resultados de las acciones llevadas a cabo.

4.4 Fases de la Trayectoria para obtener la Certificación del Área Médica bajo la Norma ISO 9001-2000

FASES	ACTIVIDADES	OBJETIVOS Y MÉTODO
<p>FASE 1 Evaluación Inicial</p>	<p>A. Diagnóstico Operativo</p>	<p>Identificar el nivel de avance que el Instituto ha alcanzado con base en los requerimientos de la norma ISO 9001:2000.</p> <p>Analizar y en su caso redefinir los procesos y/o procedimientos que formarán parte del Sistema de Gestión de la Calidad (alcance) a partir de los criterios de la norma ISO, así como los requisitos aplicables conforme a la operación del Instituto Nacional de Pediatría, incluyendo todos los procesos de soporte y externos relacionados con los procesos en cuestión.</p>
<p>FASE 2 Documentación</p>	<p>B. Planeación y Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad</p>	<p>Planeación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Capacitación para todas las áreas involucradas.</p> <p>Asegurar que el diseño del sistema, se encuentre alineado a los programas que en materia de calidad la Institución está desarrollando.</p> <p>Capacitar al personal involucrado en el Sistema de Gestión de la Calidad, de tal forma, que se facilite el cumplimiento del sistema y su compromiso hacia la calidad.</p> <p>Elaborar la documentación de los procesos y/o procedimientos que se indican en el alcance, que correspondan al Sistema ISO 9001:2000, para que sea la base de la implementación del sistema. La documentación incluirá la propuesta de indicadores para medición de la calidad de los procesos y/o procedimientos que se indican en el alcance, misma que será puesta a consideración del Instituto Nacional de Pediatría para su aprobación.</p>

<p>FASE 3 Implantación</p>	<p>C. Difusión y Aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad</p>	<p>Desarrollo de la difusión del sistema. Generación de registros del sistema. Capacitación al personal para la implantación del sistema. Asegurar que el personal se involucre con el Sistema de Gestión de la Calidad, a través del cumplimiento puntual. Realizar la implantación efectiva del Sistema de Gestión de la Calidad que incluya todos los procesos definidos de acuerdo al alcance, los cuales deben generar los registros que se establezcan en los procedimientos así como sus correspondientes indicadores. Monitorear las auditorías internas, dando seguimiento conforme al procedimiento documentado y asegurar su cumplimiento. Solventar en su totalidad las observaciones y desviaciones derivadas de las mismas revisiones, así como establecer un plan de acciones pertinente. Preparar a la totalidad del personal involucrado en el Sistema de Gestión de la Calidad del Instituto Nacional de Pediatría para la Pre-Auditoría que realizará el organismo certificador. Solventar en su totalidad las observaciones y desviaciones derivadas de dicha revisión, así como establecer el plan de acciones pertinente.</p>
<p>FASE 4 Consolidación</p>		<p>Asegurar que el personal se involucre con el Sistema de Gestión de la Calidad, a través del cumplimiento puntual. Concluir el proceso de asesoría, con la auditoría para obtener la certificación ISO 9001:2000 y en su caso, apoyar en los ajustes o correcciones derivados de las revisiones que realice el organismo certificador.</p>

Representación Gráfica de las fases de la Trayectoria para obtener la Certificación. (Ver Anexo 7)

CONCLUSIONES

Derivado del Análisis Estratégico que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría, se planteó una estrategia concreta “Una nueva Gerencia de Administración” del Instituto, con la necesidad de vincular a la organización en dos conceptos claves: La Sistematización y Modernización Organizacional y la Calidad basada en procesos.

Tomando en cuenta lo anterior, se analizan las oportunidades de cambio y mejora en el área médica para lo cual se consideró necesaria la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.

Para Obtener la Certificación de los procesos bajo los estándares de la Norma ISO 9001-2000, se consideraron varios objetivos de los cuales se cumplieron así como fueron planeados.

Como primer paso se llevó a cabo una Evaluación Inicial mediante un Diagnóstico Operativo, el cual se aplicaron Cuestionarios sobre: Conocimientos de Calidad y Satisfacción del Usuario.

Segundo se programó e impartieron diversos Cursos de los cuales presentamos algunos resultados:

Concientización hacia la Calidad.- Se programaron 55 sesiones con una duración de 4 horas para impartir el curso al personal desde Directivo hasta Operativo. Con la finalidad de involucrar y sensibilizar al 100% del personal, para obtener un cambio de consolidación de la mejora.

En este curso se dio la oportunidad a los participantes de expresar los aspectos positivos (fuerzas) y los negativos (debilidades) que perciben en el INP, todo esto con el propósito de obtener información para realizar un análisis de las áreas de oportunidad con las cuales la Dirección puede tomar acciones inmediatas para su solución y así demostrar que existe el compromiso con el cambio y lograr el interés e involucramiento del personal para el desarrollo del proyecto.

Una de las principales Debilidades que se detecta es una Comunicación deficiente.

Se puede concluir que el objeto de informar al 100% del personal sobre el proceso de cambio hacia una cultura de calidad es el que todos deben participar e involucrarse y se logró transmitir el conocimiento del programa y las necesidades específicas de cooperación y comunicación entre las distintas áreas y niveles siendo fundamental esto para el desarrollo del proceso y así la obtención de la certificación.

Inducción a la Norma ISO 9001-2000.- El objetivo de este curso fue dar a conocer los requerimientos de la Norma ISO 9001-2000, así como entender los requisitos en lo referente a la documentación.

Taller de Elaboración de Documentos del Sistema de Gestión de Calidad.-

La finalidad del taller fue habilitar al participante para documentar su Sistema de acuerdo a los requerimientos, la *Estructura Documental* (Anexo 5 y 6) establecida por la Norma ISO 9001:2000 y visualizar el alcance de los procesos. Asimismo los Elementos básicos que son: Política de Calidad, Objetivos de Calidad y la identificación de los procesos.

Se elaboraron los Manuales que contempla la estructura Documental que se requiere para el Sistema de Gestión de la Calidad. (Ver anexos Pirámide y Lista Maestra de Documentos).

Curso de formación de Auditores Internos.- Se llevó a cabo la capacitación al personal y se formó un equipo de Auditores Internos, quienes serán desde ese momento los que hagan las Auditorias Internas requeridas por la Norma.

Seminario de Habilidades Gerenciales.- Este curso se impartió con personal de la Alta Dirección y mandos medios con la finalidad de concientizar al personal la importancia de desarrollar habilidades básicas de mando y con su aplicación constante se facilite el logro de los resultados, así como una comunicación efectiva.

La finalidad de esta capacitación se logró porque al término del curso, los participantes comentaron que sirvió para proporcionar herramientas útiles para mejorar la comunicación con sus colaboradores y el compromiso de aplicarlas.

Una vez que se cuenta con la capacitación programada y la documentación requerida, continúa la principal actividad para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad. Dar a conocer a través de una comunicación formal, la difusión de las fases que se llevaron a cabo, ya que la importancia de tener en el Instituto Nacional de Pediatría una buena comunicación es porque se considera una actividad de la gerencia que cumplió con dos propósitos principales: Otorgar información y comprensión necesaria para que las personas puedan desempeñar sus tareas y proporcionar las actitudes necesarias que promuevan la motivación, cooperación y satisfacción en los cargos.

Con el desarrollo de este diagnóstico en comunicación organizacional, podemos concluir en términos generales, en primer instancia es necesario usar las habilidades y capacidades en la comunicación, así como conocer los factores que influyen en la comunicación organizacional, toda comunicación debe ser fluida, por parte de la Organización y se procesa en dos formas la horizontal y la vertical, anteriormente en el Instituto Nacional de Pediatría la Estructura Orgánica se reflejaba de manera vertical con la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad se trabaja de manera horizontal, esto significa que la comunicación organizacional que se dio sirvió para tener una organización por Procesos integrales, el saber donde inicia y termina la satisfacción del usuario y el producto concreto de un área, todo esto se logró mediante asesorías a las áreas de atención a la salud en temas de organización, etapas de sensibilización y capacitación y los medios de comunicación utilizados para mantener informado a todo el personal involucrado, fue mediante una difusión apoyada en: trípticos, póster, tarjetas postales en las que se da a conocer el rubro del SGC dentro de la página de Internet.

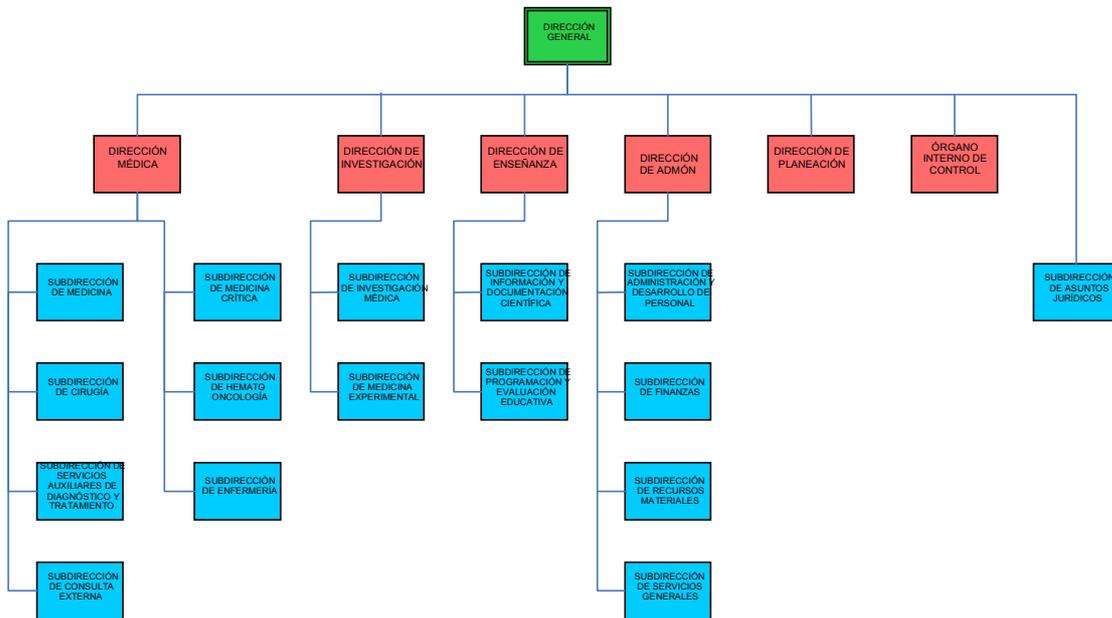
El evento de Oficialización el día 26 de Octubre del 2006, momento en que se da el banderazo para dar arranque a la implantación del Sistema, Auditorias Internas, Auditoria Externa y en Mayo del 2007 se cumple con el propósito final, el Instituto Nacional de Pediatría en la parte de Asistencia a la Salud obtiene la Certificación bajo la Norma ISO 9001-2000.

ANEXOS

ANEXO 1

Organigrama

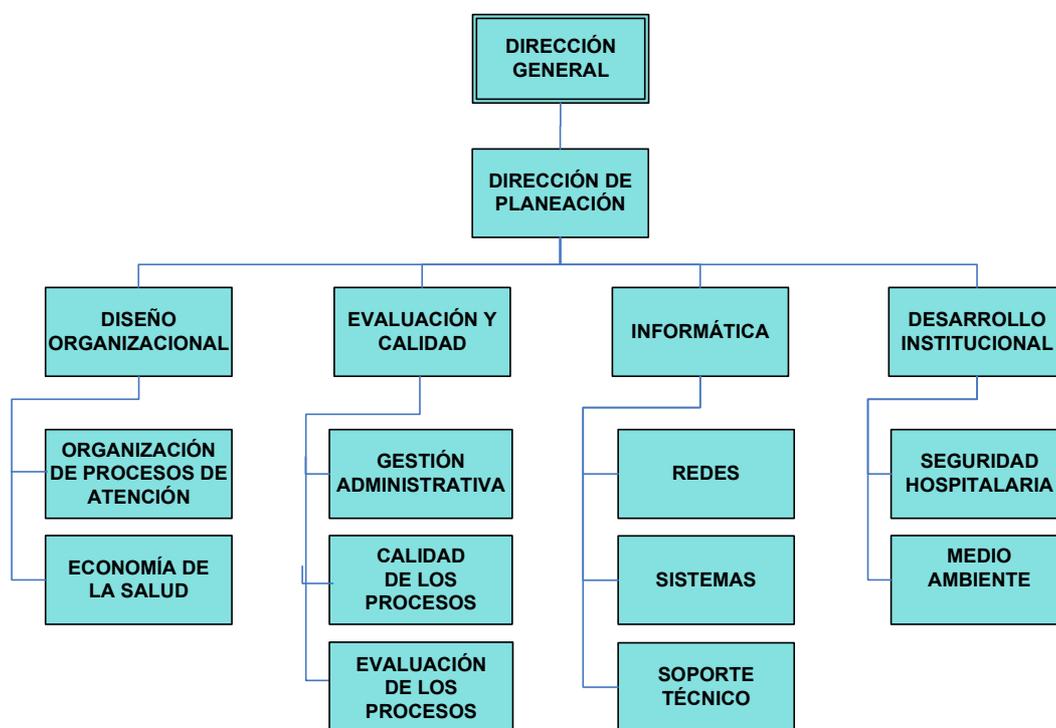
Instituto Nacional de Pediatría



ANEXO 2

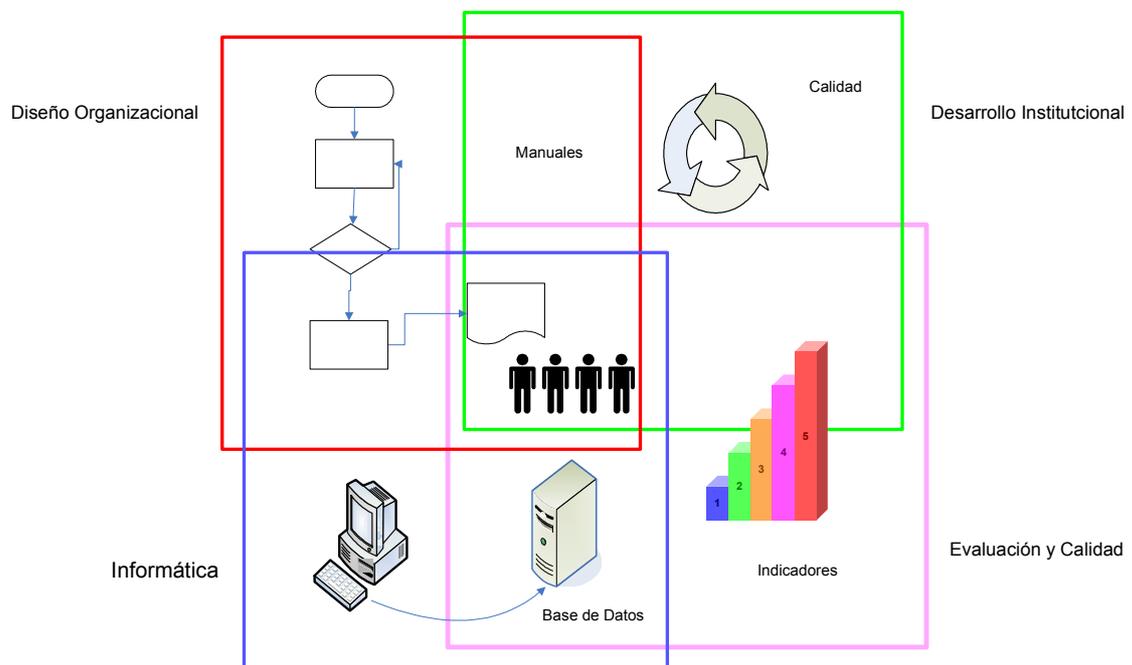
Organigrama

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN



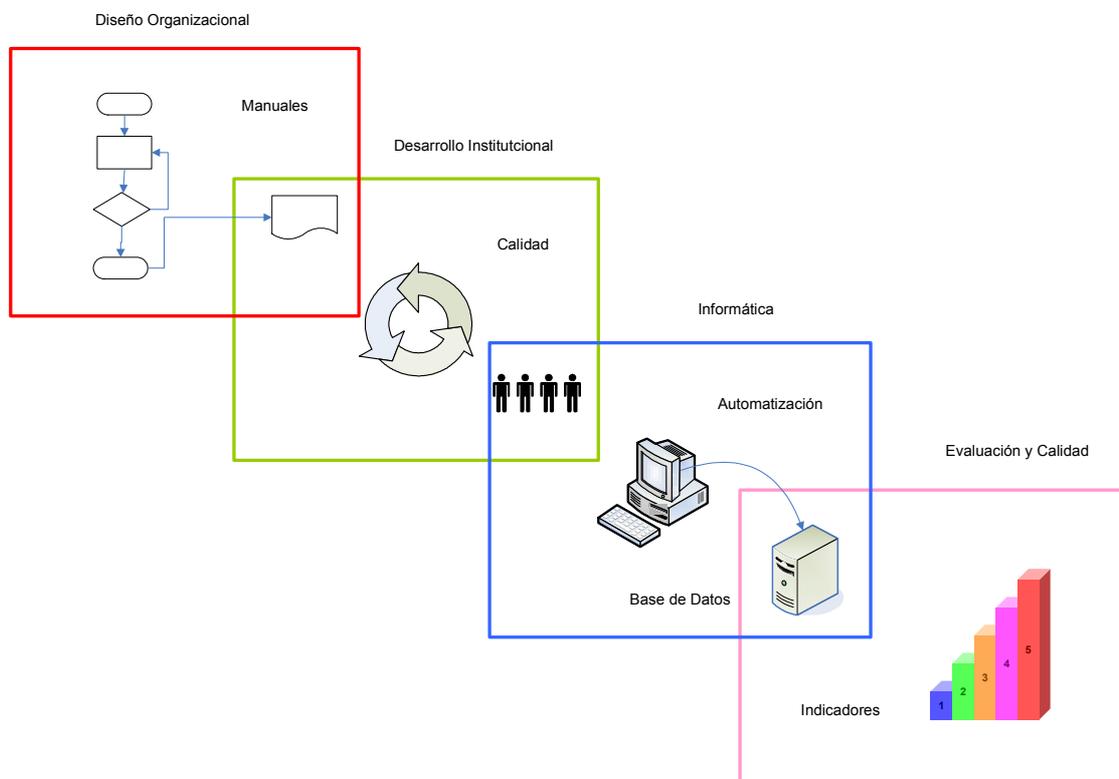
ANEXO 3

INTERRELACIÓN ENTRE LOS DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN



ANEXO 4

INTERRELACIÓN ENTRE LOS DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN



ANEXO 5

PIRAMIDE DOCUMENTAL
(Gráfico)



ANEXO 6

**Estructura Documental
(Gráfico)**



ANEXO 7

Fases del proceso de Certificación del área médica bajo la Norma ISO 9001-2000



BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, 1ª. Edición, México D.F. 2000.

SÓLOMON SANTIBÁÑEZ, Guillermo, Proyecto de una Nueva Dirección del INP.2005

VILLA BARRAGÁN, Juan Pablo, Guía para Planeación Estratégica de Programas de Salud.

VILLA BARRAGÁN Juan Pablo, Gerencia y Planeación Estratégica en Salud.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA, Manual de Organización Específico. 2005

DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, Manual de Organización. 2007

FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos, La comunicación en las organizaciones, México, Editorial Trillas, 1995, pp.367.

GOLDHAER, Gerald, Comunicación Organizacional, México, Editorial Diana, 1984.

RAMOS PADILLA, Carlos, La Comunicación un punto de vista organizacional, México, Editorial Trillas, 1991, pp.76.

SHUMAL DENSE, La Identidad de la Comunicación Organizacional.

HAMMER Michael y JAMES Champy, Reingeniería. Norma, México 1999.

LOWENTHAL, Jeffrey N. Reingeniería de la Organización. Panorama Editorial, México 1996.

MANGANELLI, Raymond L.Y Mark M. Klein. Como hacer Reingeniería. Norma, Colombia 1995. pp. 209.

KAORU Ishikawa, ¿Qué es Control Total de Calidad?.Norma

HOWARDS, Gitlow. Cómo mejorar la Calidad y Productividad con el Método Deming. Norma.1990. pp. 277.

GOLDRAT, Eliyahu M. y COX Jeff, La Meta. Ediciones Castillo, 1996. pp. 408.