



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS DEL PROCESO Y APLICACIÓN DE SOLUCIONES
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN UN HOSPITAL DEL IMSS
A TRAVÉS DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO DE MEJORA
DE LA CALIDAD**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

IVONNE MARCELA SALDAÑA ARIAS

DIRECTOR DE TESIS:

LIC. JUAN VARELA JUÁREZ

REVISOR:

MTRO. RODRIGO PENICHE AMANTE

CIUDAD UNIVERSITARIA, D.F. NOVIEMBRE DEL 2013





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.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer **a Dios** por permitirme ver realizados mis sueños; por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía y poder ver a mi familia y amigos reunidos a través de éste trabajo.

Agradezco **a mi mamá** por ser la primera persona que siempre ha creído en mí, me apoya y me sigue apoyando hasta el día de hoy con la determinación de una mujer que ama a su hija. A ti especialmente, te dedico ésta tesis.

✠ Agradezco **a mi papá**, que aunque ya no está con nosotros, sé que está muy orgulloso de mí. Gracias por tu enseñanza de vida: luchar hasta el último día sin miedo y con seguridad.

A mis hijas, mi mayor motor y constante motivo de felicidad. Gracias Ale por tu infinita confianza y orgullo por cada uno de mis logros, por la forma como me haces ver el mundo y lo feliz que me hacen tus sonrisas y consejos.

Gracias Sandy, por tu apoyo y la confianza tan grande que sientes por mí, por tu forma fresca de ser, por tu paciencia, tus constantes sonrisas y abrazos que me alientan a seguir a delante.

Gracias a Juan José **mi esposo**, padre de mis hijas y compañero de vida, quien siempre me ha apoyado y se preocupó por facilitarme las herramientas necesarias para realizar esta tesis. Gracias por comprender que mis logros son también los tuyos. Te quiero.

Gracias a Cristina Vela que en un momento importante para mí, me dio la orientación necesaria para este trabajo. Que Dios te ilumine y seas muy bendecida con el bebé que llegó a tu vida.

A mis hermanos Pilar, Alejandro, Bruno y Gina por los consejos y enseñanzas que consciente e inconscientemente me dieron, especialmente a Lalo quien supo aconsejarme a tiempo dónde estudiar y conocer la gama de posibilidades que la UNAM ofrece, gracias por tu confianza en mí, por el apoyo que me brindas y la forma como me alientas para lograr mis objetivos.

Gracias Andy por tu confianza, amor, compañía, complicidad y apoyo incondicional, por estar siempre conmigo y creer en mí y animarme hacer lo que me gusta.

✠ Gracias Eli, por permitirme conocerte.

Gracias a **todos mis sobrinos y sobrinas**: Especialmente a Keila, por ser la primera sobrina que tuve y por tu confianza en mí. Gracias Brendix por tu ternura, tu amor y por honrarme estudiando Psicología.

Gracias Pam, Axel, Alexis, Jorge y Raúl por el amor especial que tuve la oportunidad de darles cuando eran niños y que sé que perdura y sigue consciente en sus corazones.

A todos los demás: Carlo, Daniel, Eduardo, Ameyali, Elisa, Arestis, Sidharta, gracias por el amor que brindan a las personas que quiero, sus padres.

A mis amigas y amigos gracias, en especial a ti Pilar por los consejos que siempre me has dado, por tu alegría, tu entusiasmo y porque crees en mí. A Elba, Socorro y Fernanda por su amistad y su entusiasmo constante con el cual me alientan. Gracias a Lulú y Adriana que en algún momento de mi vida estuvieron conmigo. Margarita, gracias por tus palabras que sin saberlo, me devolvieron el ánimo y me recordaron que tengo amigas muy valiosas, gracias por tu alegría.

Gracias Jorge por el apoyo que me brindaste para completar éste trabajo.

Rocío, amiga, gracias por regresar después de 16 años con la frescura y alegría que te caracterizan y me hacen feliz, sé que te sientes orgullosa por mi logro. Ojalá nunca más te vayas.

✚ Angélica, amiga, aunque ya no estás con nosotros sé que estarás muy feliz compartiendo este momento conmigo, gracias por todo lo que me diste.

Deseo agradecer a todos y cada uno de **mis profesores** las bases y herramientas que me dieron para convertirme en una Psicóloga profesional y comprometida con mi trabajo. Un agradecimiento muy especial a la **Profesora Liliana Herrera** quien con su enseñanza, su estilo y profesionalismo despertó en mí la decisión y el gusto por la Psicología del Trabajo.

Gracias a mi **Director de Tesis** por su ánimo, por creer en mí y apoyarme en la realización de mi trabajo.

A mi **Revisor de Tesis**, gracias por su tiempo, su guía, su apoyo y sus acertadas observaciones que fueron sumamente importantes para la culminación de esta tesis.

A mis **Sinodales**: Mtro. Gabriel Jarillo, Mtra. Isaura López y Lic. Erika Sousa, les agradezco su tiempo y dedicación al tomar éste trabajo en sus manos y ser un apoyo en el logro de mis objetivos.

... y para mí está frase: *“El guerrero más poderoso es aquel que logra vencerse a sí mismo”*

Netzahualcóyotl

Índice

Resumen	7
Introducción	8
Capítulo I CONTEXTO ORGANIZACIONAL	10
1.1 Antecedentes del IMSS	11
1.2 Servicio	21
1.2.1 Características de los Servicios	21
1.2.2 Calidad en el Servicio	25
1.2.3 Las Ocho Fallas en el Servicio	27
1.2.4 Gerencia/Ingeniería de Servicio	29
1.3 Cliente	32
1.3.1 Categorías de Clientes	32
1.3.2 Satisfacción del Cliente	34
1.3.3 Funciones del Cliente en el Servicio	35
1.4 El Cliente en los Servicios de Salud	36
1.5 Premio IMSS de Calidad	38
1.5.1 Propósitos del Premio IMSS de Calidad	39
1.5.2 Valores del Premio IMSS de Calidad	40
1.5.3 Principios del Premio IMSS de Calidad	41
1.5.4 Criterios del Premio IMSS de Calidad	42
1.5.5 Modelo del Premio IMSS de Calidad	45
1.6 Equipos de Mejora	46
1.6.1 Posibilidades de los Equipos de Mejora	48
Capítulo II CALIDAD	50
2.1 Calidad	51
2.1.1 Antecedentes	51
2.1.2 ¿Qué es Calidad?	52

2.1.3 Control de Calidad	54
2.1.4 Aspectos que afectan la Calidad	56
2.1.5 Calidad Total	58
2.2 ¿Qué es un Proceso?	61
2.2.1 Características del Proceso	64
2.2.2 Principios para el Mejoramiento de las Salidas de un Proceso	65
2.3 Técnicas y Herramientas de Calidad	65
2.3.1 Para qué Medir	75
2.4 Método de la Mejora Continua e Importancia	75
2.5 La Capacitación como Cambio Organizacional	81
MÉTODO	83
Planteamiento y justificación del Problema	83
Objetivo General	85
Objetivos Específicos	85
Definición Conceptual de Variables	85
Definición Operacional de Variables	86
Diseño de Investigación	87
Muestra	89
Sujetos	89
Instrumentos de Medición	90
Materiales	90
PROCEDIMIENTO	91
RESULTADOS	96
Graficas de Resultados	99
Graficas Comparativas de la Reducción de Quejas	115
Resultados de la Encuesta de Satisfacción para los Derechohabientes	118
Resultados de la Encuesta de Satisfacción para el Prestador del Servicio	120
CONCLUSIONES	123
APORTACIONES	127

LIMITACIONES	130
SUGERENCIAS	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
ANEXOS	142
Cronograma de Actividades	143
1. Misión y Visión del Servicio de Cirugía General	144
2. Procesos Involucrados	146
3. Curso Juntos por la Calidad	147
4. Diagrama de Flujo	172
5. Análisis del Proceso I	173
6. Análisis del Proceso II	176
7. Posibilidades de Medición (Indicadores)	184
8. Encuesta de Satisfacción para el Derechohabiente	190
9. Encuesta de Satisfacción para el Prestador de Servicios	191
10. Determinación de Causas	192
• Identificación de Causas Probables	
• Identificación Causas Potenciales	
• Identificación Causas Raíz	
11. Diagrama Ishikawa (causa-Efecto)	197
12. Diagrama de Pareto	199
13. Selección de la Solución	200
14. Prueba de las Soluciones Propuestas	202
15. Hoja de Registro Diario de Causas de Suspensión de Cirugías	207
16. Distribución de Cirujanos en las Salas de Cirugía	208
17. Instrucciones de Internamiento	210
18. Posibilidades de Medición (Resultados Esperados)	211
19. Porcentaje de Causas de Suspensión de Cirugías	215
20. Causas de Suspensión de Cirugías Antes/Después	216

Resumen

Se realizó una investigación en una Institución de Salud Pública con la finalidad de analizar el Diferimiento Quirúrgico conocido también como Suspensión de Cirugías Programadas, ya que alcanzaba un nivel de 110 cirugías suspendidas de 380 que se programaban al mes, generando reducción en la productividad, insatisfacción del trabajador (prestador del servicio) y del derechohabiente (usuario).

El objetivo fue disminuir en un 54% la suspensión de cirugías programadas, es decir reducirlas de 110 a 60 lo que se logró cumplir en un 37%. Al término de esta investigación se suspendían 69.

Esto se llevó a cabo con el apoyo de un Equipo de Mejora de la Calidad a través del uso de Herramientas de Calidad. El equipo se integró con personal del hospital que conocía el proceso.

Uno de los objetivos que busca la Seguridad Social es la atención de calidad y se pudo observar que pueden desarrollar procesos de calidad, los cuales no están peleados con el servicio. La Calidad es el valor que recibe el cliente y esta no debe costarle.

Introducción

Se hizo una investigación cuyo objetivo fue disminuir en un 54% la suspensión de procedimientos quirúrgicos programados a través de la capacitación y sensibilización de un equipo de mejora de la calidad integrado por personal multidisciplinario de un hospital del IMSS que se encuentra involucrado en el servicio de Cirugía General y conoce o maneja el proceso a evaluar. Anexo 2.

El objetivo fue disminuir la suspensión de los procedimientos quirúrgicos programados y las quejas de los derechohabientes provocadas por este motivo.

Esta investigación se basó en distintas Teorías de Calidad que permitieron un acercamiento entre compañeros de trabajo y los derechohabientes. Los trabajadores adoptaron una actitud de servicio más amable y un mejor desarrollo de sus actividades, comprendieron que la productividad era trabajar y hacer más con menos, cumplir con sus objetivos o indicadores con los insumos con los que contaban, y que la productividad no estaba peleada con la calidad, concepto que les quedó claro en lo que hacían, lo que otorgaban y lo que recibían para beneficio no solo del derechohabiente, sino de ellos mismos. El tratamiento estadístico que se empleó fueron las Herramientas de Calidad tales como: Diagrama de Causa-Efecto, Histograma y Diagrama de Pareto. (Rascon, 1991).

Debido a la constante insatisfacción de los derechohabientes, a las quejas presentadas por éstos, así como a la insatisfacción del prestador del servicio, y al no cumplimiento de los indicadores en diversas áreas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha tenido como uno de sus propósitos asegurar la calidad de sus procesos a través de la mejora continua de los mismos así como incentivar y motivar a su personal, mejorar la satisfacción del derechohabiente y del trabajador para ello se ha basado en una serie de acciones, planes y proyectos, etc. y parámetros que asegurarán la calidad de los procesos y por ende de todos sus servicios, creando así el "Premio IMSS de Calidad" el cual es un Sistema de Evaluación y Reconocimiento que tiene como objetivo establecer un marco de referencia para evaluar y reconocer a las Unidades del IMSS más destacadas que hayan avanzado en el desarrollo e implantación exitosa de sistemas y métodos de Calidad y Mejora Continua.

Los valores y principios del Premio IMSS de Calidad son una serie de conceptos que sirven de guía para la aplicación de la cultura de Calidad y de Mejora Continua y señalan aquellos elementos que debe reforzar e impulsar para transformar al IMSS en una organización de clase mundial. (IMSS, 1998 b).

Para alcanzar una cultura de calidad, el IMSS se enfocó en algunas áreas para mejorar la interrelación de los procesos en sus distintos servicios aprovechando la experiencia y talento de los miembros de la organización desarrollando sus habilidades, permitiendo estimular su creatividad y aplicación de nuevas formas de hacer el trabajo asegurando los estándares de calidad de los servicios que satisfagan las necesidades de los usuarios.

Por todo ello, la gente busca el cambio pasar de un estado tenso a uno de tranquilidad y verdadera satisfacción a sus necesidades para cumplimiento de sus expectativas. Busca porque lo que recibe no es suficiente o no es lo que le satisface, busca el cambio en la manera de pensar, de ver, de hacer, de sentir y de ser de los otros para relacionarse y convivir en armonía olvidando que el cambio debe darse en él mismo. Según Crosby (2002) “No es posible convencer a la gente de que debe mejorar. Tiene que decidirse por sí misma y que uno esté listo para ayudar”. (Pp. 76, 77)

Las personas están sedientas de un cambio de actitud de valores y estados de ánimo, así como obtener la fórmula del actuar por convencimiento. “Sin embargo tienen que ser educadas cuidadosamente para que aprendan algo diferente de lo que ya saben; por sí mismas no se tomarían la molestia de adquirir dicha capacitación”. (Crosby, 2002, pp. 78, 79) Para ello es necesario tener voluntad, conocimiento, facultad (autoridad) y recursos (en algunos casos).

Según Crosby (1993) “Las personas deben dedicarse a mejorar el proceso de la calidad en vez de hacer cosas según su estado de ánimo del día. Cada paso del recorrido debe analizarse sin cesar para determinar si es posible realizarlo de una manera más económica, rápida y confiable. Deben aprender cómo hacer bien las cosas y hacerlas bien todo el tiempo” (p. 6)

Para ello es necesario estar presente, ser parte del cambio mismo como respuesta a nuestras propias necesidades.

CAPITULO I
CONTEXTO ORGANIZACIONAL

1.1 Antecedentes Del IMSS

Para conocer más al IMSS así como los motivos que lo impulsan a mejorar sus servicios, se presenta una breve reseña de sus inicios y avances a través del tiempo.

De acuerdo al informe "El IMSS una Institución Con Historia" (1998 a) algunos de los antecedentes de la legislación contemporánea sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares, se encuentran a principios del siglo XX, en los últimos años de la época porfiriana: en dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional.

La base constitucional del seguro social en México se encuentra en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ahí se declara "de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares como los de invalidez, de vida, de cesación involuntaria en el trabajo, de accidentes y de otros con fines similares".

A finales de 1925 se presentó una iniciativa de Ley sobre Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. En ella se disponía la creación de un Instituto Nacional de Seguros Sociales, de administración tripartita pero cuya integración económica habría de corresponder exclusivamente al sector patronal. También se definía con precisión la responsabilidad de los empresarios en los accidentes de trabajo y se determinaba el monto y la forma de pago de las indemnizaciones correspondientes. La iniciativa de seguro obrero suscitó la inconformidad de los empleadores que no estaban de acuerdo en ser los únicos contribuyentes a su sostenimiento y consideraban que también otros sectores deberían aportar. En 1929 el Congreso de la Unión modificó la fracción XXIX del artículo 123 constitucional para establecer que "se considera de utilidad pública la expedición de la Ley

del Seguro Social y ella comprenderá seguros de Invalidez, de Vida, de Cesación Involuntaria del Trabajo, de Enfermedades y Accidentes y otros con fines análogos. Con todo, habrían de pasar todavía casi quince años para que la Ley se hiciera realidad.

Proyectos de Ley

En 1935 el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, con aportaciones y administración tripartitas, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Sin embargo, se consideró que el proyecto requería aún estudios ulteriores. Por encargo del mismo Presidente Cárdenas, se elaboró un nuevo proyecto que resumía la experiencia de los anteriores. Su principal autor fue el titular de la Secretaría de Gobernación, licenciado Ignacio García Téllez, abogado de cuarenta años de edad, quien para esa fecha ya había sido diputado federal, gobernador interino de Guanajuato, Rector de la Universidad Nacional Autónoma y, durante el régimen cardenista, Secretario de Educación, presidente del PNR, secretario particular del Jefe del Ejecutivo y para esa fecha, Secretario de Gobernación.

Colaboraron varios especialistas en derecho, medicina y economía, basados en la legislación expedida en otros países hispanoamericanos.

El proyecto de García Téllez se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita, que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que "cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria.

Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938. Pero tampoco esta vez pudo llegar más adelante pues a los legisladores les pareció conveniente que se elaborara un documento más completo fundamentado en estudios actuariales. Por otra parte, la situación del momento, de fuerte crisis provocada por la expropiación petrolera, exigía promover antes que nada la unidad nacional.

Nace la Seguridad Social

Hacia 1942 confluían todas las circunstancias favorables para que finalmente pudiera implantarse en México el Seguro Social. El interés del Presidente Ávila Camacho por las cuestiones laborales ya se había manifestado desde el mismo día en que asumió la presidencia, cuando anunció la creación de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y la encomendó a quien fuera Secretario de Gobernación del régimen anterior, el licenciado Ignacio García Téllez. Atendiendo a la tónica del momento: procurar la conciliación obrero-patronal.

En diciembre del mismo año se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo como suprema justificación, que se cumpliría así uno de los más caros ideales de la Revolución Mexicana. Se trataba de proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales. El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social.

Ahí se determina, desde los artículos iniciales, que la finalidad de la seguridad social es garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. Como instrumento básico de la seguridad social se establece el Seguro Social y para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social.

Los primeros años

Al iniciarse las actividades del nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima, se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de

aseguramiento; a estudiar las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en México; a divulgar el sentido y las posibilidades de la seguridad social y a realizar una intensa labor de convencimiento, tanto entre los trabajadores como entre los empresarios, acerca de los alcances de la ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación. Se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del año siguiente; mientras tanto se procedió a la inscripción de los patrones.

En diciembre de 1943 el Lic. García Téllez es nombrado nuevo director del Instituto y unos cuantos días después, el 6 de enero de 1944, se pone en marcha formalmente el otorgamiento de servicios médicos en todas las modalidades prescritas.

Sin embargo, durante algunos meses continuaron las manifestaciones de inconformidad y los ataques contra la introducción del sistema. Estos provenían de varios sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo. Poco a poco se fueron atenuando las posiciones más violentas ante la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara; el Instituto, tras sus primeros tiempos de dificultades políticas y angustias financieras, había alcanzado la seguridad económica necesaria y el reconocimiento general por la importancia de sus beneficios.

Implantado el régimen en su modalidad urbana en los principales centros de población, se decidió iniciar paulatinamente el aseguramiento de los trabajadores del campo.

Tiempos de crecimiento

En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo socio médico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México.

Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país.

En los años siguientes continuó creciendo no sólo el número de asegurados y beneficiarios sino también la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 ya se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, cifra que se incrementaría en 50 millones en el período comprendido entre 1964 y 1970

Ampliar las perspectivas

El Seguro Social se entiende como una de las instituciones más eficaces para construir la justicia social entre los mexicanos y se busca favorecer su expansión y consolidar su funcionamiento. Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

El rasgo más trascendente de esta Ley fue la clara intención de que el Seguro Social no se quedara en una mera instancia de justicia laboral sino que, en la medida de las posibilidades, tendiera a construir una "seguridad social integral". En estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-Coplamar por Cooperación Comunitaria y, al

desaparecer el organismo Coplamar, tomo el nombre que lleva hasta la fecha: Programa IMSS-Solidaridad.

Para 1982 y años siguientes, el Instituto siguió avanzando para lograr que la totalidad de la población con una relación formal de trabajo se incorporara al sistema de seguridad social. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuáles más de 7 millones eran asegurados permanentes.

Durante todo el año 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo. De este proceso surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre de 1996. La Nueva Ley entre otras cosas modificó radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos.

Para el año 2003 la población derechohabiente ascendió a 46 millones 813 mil 307 personas. El total de asegurados permanentes llegó a 12 millones 410 mil 533 y el total de pensionados era de dos millones 22 mil 472.

Con más de 60 años de servicios ininterrumpidos, el IMSS ha ido superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales.

Misión

De acuerdo a la Ley del Seguro Social LSS (1995) la Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte.

El principal instrumento de la Seguridad Social en México es el Seguro Social, de cuya organización y administración se encarga precisamente el IMSS.

La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente.

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

Los artículos 2, 4 y 5 de La Ley del Seguro Social (1995) expresan así todo lo anterior: La razón de ser del Instituto Mexicano del Seguro Social se determina por los siguientes artículos de su Ley:

Artículo 2. La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

Artículo 4. El Seguro Social es el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional en los términos de esta Ley, sin perjuicio de los sistemas instituidos por otros ordenamientos.

Artículo 5. La organización y administración del Seguro Social, en los términos consignados en esta Ley, están a cargo del organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, de integración operativa tripartita, en razón de que a la misma concurren los sectores público, social y privado, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual tiene también el carácter de organismo fiscal autónomo.

En este marco, la misión del IMSS se define en tres vertientes específicas:

i) En la organización social del trabajo y en la previsión social

Administrar los seguros que se expresan en la Constitución y que se especifican en los distintos ramos que regula la Ley del Seguro Social, para lo cual se requiere de la adecuada administración de las contribuciones y de los recursos financieros, a efecto de garantizar las prestaciones en especie y en dinero y lograr mejorar el nivel de bienestar de los asegurados.

ii) En la provisión de servicios

Cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente y de sus familias, así como de la atendida en esquemas de solidaridad social. Lo anterior, a través de la provisión de servicios preventivos y curativos

médicos con niveles de oportunidad y calidad, de la oferta a las madres trabajadoras de servicios de guarderías que permitan un cuidado adecuado de sus hijos pequeños y del otorgamiento de las prestaciones sociales que contribuyan a un círculo virtuoso de mejoras en la calidad de la atención de los servicios y en la productividad de los trabajadores.

iii) En la administración de las contribuciones a la seguridad social

En su carácter de organismo fiscal autónomo, formular, coordinar y evaluar la política fiscal del Instituto y otras disposiciones en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización; así como prever su impacto en las finanzas del Instituto.

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

Simultáneamente, por la misma índole de su encargo, el Instituto actúa como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuye así a la consecución de la justicia social en el país. Entre otras funciones, la labor institucional ayuda a amortiguar presiones sociales y políticas. Los trabajadores mexicanos consideran al IMSS como una de las conquistas definitivas después de muchos años de luchas sociales y como un patrimonio al que no están dispuestos a renunciar.

Los Ramos del Seguro en el IMSS

La ley del Seguro Social tiene también como finalidad el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: **Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y Guarderías y Prestaciones sociales.**

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero.

Se tiene entonces:

El seguro de **Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

El seguro de **Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

El seguro de **Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

El de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una

pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

Finalmente, el seguro de **Guarderías y Prestaciones Sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios. (IMSS, 1998 a).

1.2 Servicio

Es importante comprender lo que es un servicio y la manera como la gente forma parte del mismo, para ello se presentan los conceptos de algunos autores.

De acuerdo a Juran (1990) el servicio es “Es el trabajo realizado para otra persona” (p.68).

Tabla 1

Ejemplo de servicio

Necesidad Específica del cliente	Necesidad psicológica del cliente	El servicio de calidad
Necesidad de Alimentarse	Sentirse apreciado sentirse feliz en el Restaurante Sentirse importante	Además de proporcionar los alimentos solicitados por el cliente, lo hace de una manera atenta Escuchando con atención a su cliente, demostrándole aprecio, efecto e interés de satisfacer todas sus necesidades

Nota: “un servicio es una acción utilitaria que satisface una necesidad específica de un cliente. El servicio genera una experiencia psicológica en el cliente según la manera como el proveedor del servicio proporciona éste”. Müller. (1999). Cultura de Calidad en el Servicio. p. 55

1.2.1 Características de los Servicios:

Un servicio es intangible.- Los servicios no pueden ser almacenados; los servicios no pueden ser demostrados con facilidad y a pesar de que son vendidos, no existe necesariamente una transferencia de propiedad.

Los servicios consisten en actos e interacciones.- Son típicamente eventos sociales.

La producción y consumo de un servicio.- Ambas acciones ocurren simultáneamente, no pueden mantenerse claramente separadas. La producción debe realizarse en el lugar de la acción. Como consecuencia, no existe una diferenciación clara entre la producción y la venta de un servicio.

El Cliente.- Es mucho más que sólo eso, es un participante en el proceso de producción. Así, una organización de servicios no sólo tiene que estar en contacto con el cliente e interactuar socialmente con él; es necesario “Administrarlos” como parte de la fuerza de producción. (Müller, 1999).

Tabla 2

Diferencias entre Bienes/Productos y Servicios

BIENES/PRODUCTO	SERVICIOS
Son generalmente concretos.	Es inmaterial.
Se transfieren con la venta.	No se puede transferir.
Pueden ser demostrados antes de su venta.	No puede demostrarse antes de su venta.
Pueden ser almacenados.	No puede ser almacenado.
Antes del consumo debe existir una producción.	La producción y el consumo del servicio generalmente coinciden en el tiempo.
La producción, venta y consumo están localmente diferenciados.	La producción, venta y consumo del servicio están asociados a un mismo lugar.
Pueden ser transportados.	No puede transportarse.
El vendedor produce.	El cliente participa como co-productor.

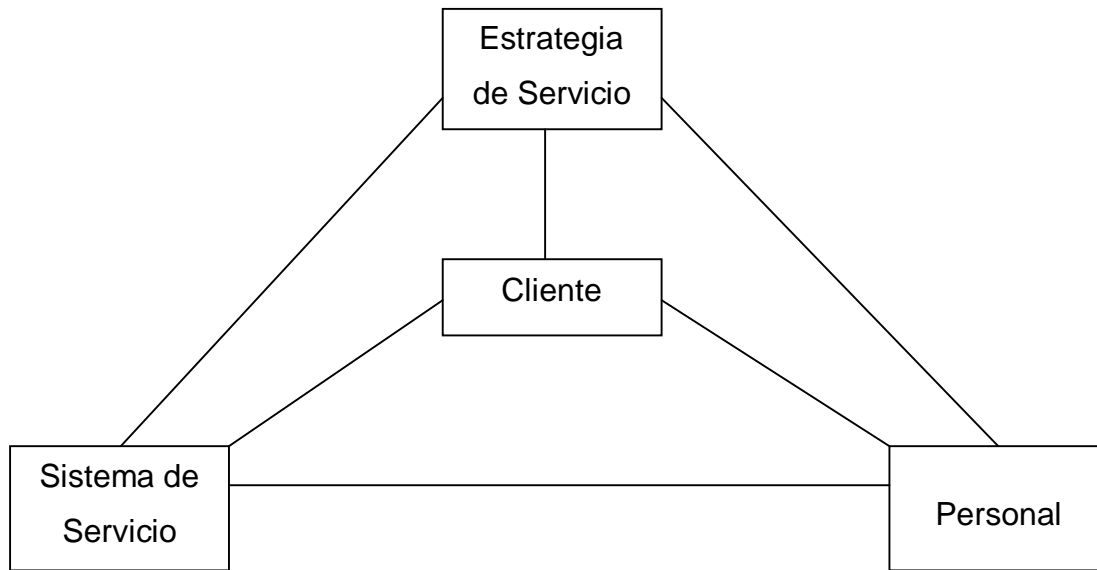
Nota: “Diferencias entre bienes y servicios”. Müller. (1999). Cultura de Calidad en el Servicio. p. 53

El servicio se asocia a veces con el servilismo, el sometimiento, la subordinación con una relación amo-esclavo y esto tiene una connotación denigrante y despectiva. El servicio debe entenderse como un alto valor humano trascendente, se sirve a la familia, a la empresa, a nuestros colaboradores, a la sociedad.

De acuerdo a Albrecht y Zemtre (1998) es útil pensar en un modelo donde la organización y el cliente están enlazados en una relación triangular.

Figura 1

Triángulo del Servicio



Nota: "Este triángulo de servicio presenta tres elementos todos relacionados alrededor del Cliente: Estrategia de Servicio, Personal y Sistema de Servicio" Albrecht y Zemtze. (1998). Gerencia del Servicio p. 80

Estrategia de Servicio:

Es una fórmula de entrega del servicio que permite diferenciar a la organización. Tal estrategia es una premisa básica que es valiosa para el cliente y que facilita establecer una posición competitiva eficiente. El tener visión es un elemento importante en el desarrollo de una estrategia de servicio.

Otra forma de definirla es como un principio organizacional que permite, a los integrantes de la organización canalizar sus esfuerzos en beneficio del servicio de tal forma que se genere una diferencia ante los ojos del cliente. Este principio debe guiar a todos desde el Director General hasta cualquier trabajador.

Otra variante es el concepto de valor que ofrece la compañía. Este punto de vista se centra en la naturaleza de la experiencia del cliente al recibir el servicio. (Lo que es valioso para el cliente es lo esencial para la organización, no lo que piensan los investigadores de mercado o promoción).

La Estrategia de servicio tiene varios objetivos:

Le da a la organización una manera simplificada de presentar el mensaje en una forma que tenga significado y pueda unir a la institución con una necesidad o factor motivacional.

Provee una dirección unida para la organización. Permite que los Directivos de todos los niveles sepan de que se trata el negocio, cuáles son sus prioridades y que deben lograr.

Permite que los miembros de la organización sepan lo que se espera de ellos, para el buen funcionamiento del servicio.

Sistema de Servicio:

El sistema de servicio es todo el aparato físico y de procedimientos que el prestador de servicio tiene para satisfacer las necesidades del cliente. El factor más importante está relacionado con la creación de un sistema amigable diseñado para que el cliente tenga las cosas fáciles.

Se ha mencionado que es muy importante entender la lógica de compra del cliente por lo que es necesario saber qué requiere el cliente, para esto, se usan dos atributos de la psicología del cliente: Necesidades y Expectativas. Lo anterior es importante debido a que el paquete de servicio debe contener no sólo lo que el cliente necesita sino también lo que el cliente espera. Conforme las personas progresan a lo largo de su escala de experiencia, las necesidades y expectativas se incrementan y la evaluación con respecto al servicio se hace más crítica.

Personal:

De acuerdo a Colunga (1997) “La gente hace la diferencia, la gente es nuestro recurso más valioso, la gente es la que nos hace triunfar o fracasar. Lemas como estos son comunes en las organizaciones de servicio, sin embargo, aparte de usarlos hay que vivirlos, ya que de lo contrario existirá una gran diferencia entre lo que los investigadores de mercado dicen y lo que realmente sucede durante la primera impresión”. (p. 43).

La primera impresión que un cliente tiene al brindársele un servicio por primera vez, es lo que se conoce como el Momento de la Verdad. “Es cualquier contacto entre el cliente y la Institución Prestadora del Servicio. Es el momento en que la organización debe responder al cliente. Es el instante de la oportunidad que tiene una Institución para demostrar al cliente que la tecnología que emplea, los sistemas y los proceso que usa y las personas que la

integran pueden prestarle o no prestarle el servicio solicitado, cumpliendo con los requerimientos, cubriendo sus necesidades; expectativas y dejándolo satisfecho. La importancia que tiene este momento es una oportunidad para satisfacer al cliente, y es también una situación de riesgo para generar un cliente descontento. (Carlzon, 1991).

Frecuentemente, el personal que atiende público es el menos importante para las organizaciones, son los que reciben el menor salario, la menor cantidad de entrenamiento y la menor posibilidad de desarrollo.

El entrenamiento básico debe provocar en los empleados una actitud de consistente preocupación por el cliente. Si el prestador de servicio trata al cliente de una forma descortés y despreocupada, causara que el cliente se comporte de la misma manera con la organización. Sin embargo, resulta importante señalar que, a menos que los valores, las normas, las creencias, las ideologías y la cultura de la organización marquen clara y consistentemente que el servicio debe de estar para servir al cliente, no hay la menor oportunidad para que la organización entregue un servicio de calidad consistente.

Si se habla de la gente que no está en contacto directo con el cliente, es muy importante resaltar que su función es apoyar a la organización ya que su razón de ser no tiene sentido si no fuera por el cliente y que por lo tanto, su función principal es apoyar al personal que presta el servicio.

1.2.2 Calidad en el Servicio

Se espera que en las empresas de servicios la entrega de éste sea efectiva, eficiente y consistente. Un servicio debe ser predecible. El cliente debe saber qué esperar con respecto a la forma como se entrega el servicio, el tiempo y costo del mismo.

En este tipo de organizaciones en ocasiones se presenta como un mito constante: “el que la calidad es un tema fuera del alcance de los administradores y que el cumplir con los estándares, es imposible. Algo también constante en este tipo de organizaciones, es lo que se conoce como el fenómeno de “Sí... Pero”: Sí... pero ésta es una organización de servicios; Sí... pero ésta es una situación única; Sí... Pero sus empleados no están entrenados; Sí... pero sus empleados están muy bien pagados; Sí... pero... “(Karl & Zembre, 1998, p. 87).

En cuestiones de mala calidad, el desperdicio es a la industria, lo que un cliente insatisfecho que no regresa a la empresa es al servicio. La mala calidad en el servicio tiene un costo, si se toma en cuenta los ingresos que se dejarán de percibir en el futuro, por cada cliente desertor en el presente. El paso inmediato para medir la mala calidad, es determinar lo que cuesta perder un cliente insatisfecho que deja la empresa para dirigirse al competidor que le proporcione algo superior, o tan sólo un poco mejor. Para ello se parte de que un cliente satisfecho y retenido genera utilidades a través del tiempo, generalmente en forma creciente. (Picazo & Martínez, 1998).

De acuerdo a Picazo y Martínez (1998) el servicio involucra tres aspectos: Calidad en el Servicio, Problemática de la Calidad del Servicio y Niveles de Calidad en el Servicio:

La Calidad en el Servicio se relaciona con:

- *Calidad*. Consiste en cumplir expectativas del cliente.
- *Baja Calidad*. Indica estar debajo de las expectativas del cliente.
- *Alta Calidad*. Señala estar arriba de las expectativas del cliente.
- *Calidad del Servicio*. Consiste en que el servicio recibido es igual al servicio esperado.

Problemática de la Calidad del Servicio, puede ser:

- No se tienen claros los conceptos de cultura y de calidad de servicio.
- La calidad de servicio no se mide estadísticamente, no se controla y no se mejora
- No se tiene cultura de invertir en la calidad
- Hay una alta rotación de personal
- No se tienen estándares de calidad de servicio.
- Sus programas de calidad son eso y no cambios culturales.
- No hay conciencia de que la competencia actual es en la calidad del servicio.

Niveles de Calidad en el Servicio, se sugieren 5:

- *Hacia la quiebra*. Compañías totalmente ajenas a sus clientes, tanto que van a la quiebra sin saberlo.

- *Búsqueda de la mediocridad.* Compañías estables pero que no piensan en servicio de calidad, por ejemplo, algunas aerolíneas y oficinas de gobierno que no buscan utilidades.
- *En el mínimo indispensable.* Compañías que saben que están en el negocio de servicios y tienden a hacer lo mínimo indispensable. Gozan de una participación de mercado natural simplemente por existir, por ejemplo, la mayoría de bancos.
- *Haciendo un gran esfuerzo.* Compañías que hacen del servicio de calidad, su ventaja competitiva. Se requiere mucha creatividad, innovación, toma riesgos, replanteamiento de la figura del cliente y del enfoque de la organización se cumplen las expectativas de los clientes.
- *El servicio como un “Servicio de Excelencia”.* Compañías líderes en su mercado por su compromiso obsesivo a todos los niveles con el máximo impacto hacia el cliente. La misión de la dirección es preservar y refinar la imagen de servicios sobresalientes, lograr una cultura de servicio que perdure. Se exceden las expectativas de los clientes.

1.2.3 Las Ocho Fallas en el Servicio

Muller (1991) refiere que existen errores al proporcionar un servicio, los cuales pueden ser:

1. *La Apatía (ley del sorbete).* Es una actitud que le dice al cliente: Me vale sorbete”.
2. *La Sacudida (ley del pescado).* Sacudirse al cliente a como dé lugar: “Este no es mi departamento”
3. *La Frialdad (ley del hielo).* Hostilidad e impaciencia, frialdad que le dice al cliente: “Apúrese me está molestando”.
4. *La Condescendencia (ley del sí).* Decir sí a todo, tratar al cliente como un ser no pensante y olvidarlo lo antes posible.
5. *La Negación (ley del no).* “Discúlpenos”, “No lo trabajamos”, “No es posible”.
6. *El Robotismo.* “Gracias, el que sigue”, sonrisa automática, cráneo vacío.
7. *La Regla del Tres.* Primero la empresa, luego las políticas de la empresa; después la empresa y sus políticas.

8. *El Rebote (ley de la pelota)*. “Disculpe llame a la extensión...”, o “Vaya al departamento de...”

Los elementos primordiales para lograr una calidad en un servicio de acuerdo a Larrea (1991) son:

Involucramiento.- Lo primero es conseguir el involucramiento y reconocimiento de la Alta Dirección, de que existe un problema de calidad. Dicho involucramiento debe garantizar que la dirección participará tanto “de dicho como hecho”

Medición.- Si se quiere resolver problemas se tiene primero que encontrar la forma de descubrir que existen. Por tanto, resulta evidente que debe haber información que permita detectar qué está bien y qué está mal. Hay que tener cuidado, ya que encontrar un problema no significa que se haya resuelto.

Con respecto a medición se puede decir que el prestador del servicio, igual que lo que se ha mencionado antes, es la mejor fuente de información. Él dirá hay que medir y cómo hay que medirlo.

Información.- Es lo que los administradores quieren para controlar el negocio y lo que los empleados necesitan para saber si están haciendo bien su trabajo. Así, el primer objetivo de la información es que cada cual sepa lo que deba lograr. El segundo objetivo es retroalimentar para que la Dirección pueda corregir la administración en cuanto a la calidad y cantidad del esfuerzo realizado. Finalmente debe existir información para la capacitación en conocimientos y herramientas con las que se realizará la tarea.

Recompensa.- Ya sea en dinero o psicológico, es un elemento clave en cualquier programa de mejora.

Seguimiento.- Es el compromiso que adquiere la administración para que un esfuerzo de calidad pase, de ser un simple programa, a una forma de vida. Esto es, no deben existir éxitos aislados (programas motivacionales de 90 días, acciones de mejora a nivel zonal, etc.). Si no un continuo esfuerzo de la organización para lograr la mejora. (Larrea, 1991).

De acuerdo a lo anterior, “Los errores en la calidad del servicio, se eliminan cuando se cumplen o superar los deseos del cliente” (Larrea, 1991, p. 61).

1.2.4 Gerencia o Ingeniería de Servicio

De acuerdo a Albrecht (1998) la Gerencia del Servicio es un instrumento útil y cómodo para la filosofía de la gerencia que descansa en la excelencia total del servicio.

Gerencia del Servicio es un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio cuando lo recibe el cliente, en la fuerza motriz numero uno para operación del negocio.

La filosofía de la gerencia del servicio sugiere que todo el mundo tiene que desempeñar un papel y asegurarse de que todas las cosas salgan bien para el cliente. Ciertamente, cualquiera que esté en contacto directo con el cliente debe sentirse responsable de ver las cosas desde el punto de vista de éste y hacer todo lo posible por satisfacer su necesidad. Pero todos los demás necesitan también tener al cliente en su mente. Según la filosofía de la gerencia del servicio, toda organización debe operar como un gran departamento de servicio para el cliente.

Este método parece iniciarse con la suposición de que las personas en contacto con el público son el problema: en alguna forma les falta algo y hay que corregirlas. Sin embargo, casi siempre el problema se origina en la falta de cualquier tipo de compromiso de calidad o de enfoque en el servicio por parte de los directivos de la organización. Los empleados se ciñen a las expectativas que se les comunican. Una vez que los empleados han pasado por el baño psicológico y han sido readaptados, los gerentes pueden regresar a sus quehaceres con la confianza de que han hecho algo por el problema del servicio a los clientes. El hecho de aprender a sonreír puede tener un efecto energizante a corto plazo y a veces puede producir mejores reacciones de parte de los clientes. Pero rara vez produce resultados duraderos si no hay una cultura que sostenga y apoye la nueva conducta de los empleados.

El enfoque de la gerencia del servicio busca crear una *cultura de servicio* que haga del servicio excelente al cliente una misión reconocida para todo el mundo en la organización, inclusive los gerentes. Empieza con la responsabilidad de los altos gerentes de definir la misión del negocio y de especificar la estrategia que se necesita para convertir la calidad del servicio en la clave de la operación del negocio. Una vez que los gerentes de todos los niveles están listos para entender, apoyar y contribuir a la misión del servicio, empezarán a hacer las cosas que más convenga para ayudar a la gente en contacto con el público a preocuparse por los clientes. En lugar de cansar a los empleados en el servicio deficiente, los gerentes deber ser líderes y dar el soporte que necesitan para que realicen un trabajo sobresaliente.

Como se mencionó anteriormente, la primera impresión del cliente al brindarle un servicio es muy importante, debido a que es parte fundamental para calificar la calidad de este para crear clientes satisfechos.

Carlzon (1991) le da importancia única a los contactos personales que los integrantes de una empresa tienen con los clientes y el público. A estos contactos de persona a persona, le llama momentos de verdad, porque según él finalmente determinan si una empresa tendrá éxito o fracasará. Él define estos momentos de verdad como: *“Un episodio en el cual un cliente hace contacto con algún aspecto de la compañía, por remoto que sea, y debido a eso, tiene oportunidad de formarse una impresión”*. (p.15).

Un momento de la verdad es un episodio en el cual el cliente entra en contacto con algún aspecto de la organización y experimenta la calidad del servicio.

De acuerdo a Müller (1999) la compañía existe en la mente del cliente únicamente durante esos momentos en donde el cliente entra en contacto directo con algún elemento de la organización, cuando se genera la necesidad de servicio o cuando satisface una necesidad manifiesta o no manifiesta.

- Los momentos de la verdad son acontecimientos, episodios, no características.
- Suceden con o sin la presencia de gente de la compañía.
- Cuando suceden con el personal, éste los produce y les da las características.
- Son la materia prima para producir un servicio de calidad.

- Según el giro de la empresa, habrá momentos más críticos que otros.
- La suma de ellos es igual a la imagen de servicio que tendrá el cliente.

Es un solo proceso para el cliente, aunque para la organización son diferentes contactos, con diferentes personas y departamentos. Lo que le importa al cliente es el ciclo completo, que un simple contacto puede echar a perder. En una empresa de servicio el cliente entra a la fábrica a la banda de servicios.

Uno de los aspectos importantes en la entrega de un servicio es el Valor Agregado, para entender solo es necesario pensar en aquellas ocasiones en las que al recibir un servicio la persona que atendió no sólo cumplió con su trabajo, sino que hizo agradable el momento con sonrisas y atenciones extras al servicio prestado creando una ventaja competitiva a partir de un valor agregado o beneficio constante que recibe el cliente.

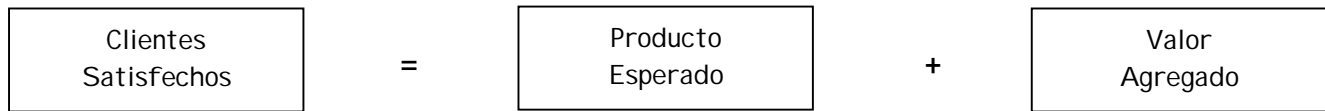
De acuerdo a Carlzon (1991) es un concepto válido en cualquier sector económico y para empresas de todos los tamaños. Se debe considerar que para lograr ventajas competitivas, el concepto de valor agregado tiene que aplicarse en sus justas dimensiones en virtud de que frecuentemente se le utiliza más como ingrediente de un slogan, que como una realidad. Valor agregado significa ampliar el uso funcional del producto y que así lo perciba el cliente.

En realidad proporcionar valor agregado es más vivencia que definición. Así un valor agregado en su forma más simple se crea y se proporciona. Por ejemplo:

- Al ir a un restaurante una familia a su niño le dan un cuaderno y pinturas para iluminar.
- Al cambiar un cheque en el banco, el cajero llama a la siguiente persona y con una sonrisa le suministra al servicio y le obsequia un dulce.
- Un médico a su paciente le pregunta al día siguiente y después sobre su estado de salud.

La creación del valor agregado debe ser un proceso continuo o sostenido, para que se convierta en una ventaja competitiva de importancia.

Figura 3
Valor Agregado



Nota: "El valor agregado se refiere a los extras que se incluyen en el producto o en el proceso y que significan beneficios adicionales para el cliente, sin que ello le implique un precio mayor." Carlzon. (1997). El Momento de la Verdad. p. 47

1.3 Cliente

Ahora bien, para entender mejor lo que es un servicio, es necesario conocer la contra parte que en sentido estricto será el cliente o persona que solicita un servicio. Es importante entender quien es el cliente o que en qué momento una persona se convierte en cliente, porque de ello depende incluso en casos extremos la supervivencia misma de una empresa.

Se ha escuchado mucho la frase de "al cliente lo que pida" la cual no está lejana a la realidad sobre todo si consideramos que un cliente satisfecho siempre volverá o recomendará el producto o servicio adquirido.

De acuerdo a Denton (1991) el cliente es la "Persona que está bajo la protección o tutela de otra". (p.68)

"Persona que utiliza los servicios de otra". (Albrecht, 1990, p.62)

"Cualquier persona, órgano u organización interna o externa, que recibe los resultados de un proceso". (Picazo & Martínez, 1998, p.61).

1.3.1 Categorías de Clientes

Tanto la planeación estratégica, como la mercadotecnia y la ingeniería de servicios se centran en el cliente como primer receptor.

La diferencia es que la ingeniería de servicios categoriza a los clientes con un sentido más amplio, ya que en éstos incluye al propio personal de la empresa. Una empresa tiene por lo menos dos categorías de clientes: el cliente interno y el cliente externo.

Cliente interno.- El personal de la empresa es considerado como cliente interno, ya que es el receptor primario de la visión, misión, estrategias y acciones planteadas por la alta Gerencia para crear valor y ofrecer un buen servicio al cliente externo. En consecuencia, cada trabajador debe estar plenamente convencido de lo que recibe es decir, de las acciones que le corresponde llevar a cabo y están dirigidos a cristalizar la visión y misión del servicio.

Cada empleado dentro de una organización se convierte en un cliente interno conforme recibe un insumo, información, tarea, etc.; de un empleado; a su vez él se convierte en proveedor de otro u otros “clientes internos”, hasta llegar al umbral donde surgen los clientes externos, en quienes se hará realidad la calidad del servicio, como reflejo de la cultura organizacional que viven los clientes internos.

Cliente externo.- Es la categoría de clientes usuarios del producto/servicio, quienes validarán cuanto de éste se diga o se anuncie. Ellos son los que deben estar plenamente convencidos de que el producto contiene un valor agregado o beneficio superior al que proporciona la competencia Además de como se ofrezca o sea el servicio de apoyo. Es de quien depende la lealtad al producto/servicio y a la empresa.

La distinción entre clientes internos y externos solo pretende resaltar la importancia del primero para llegar al segundo.

El personal se convierte así en una parte de todo un proceso; si él falla, estará limitando los resultados finales. Visto así el proceso, es hacer referencia a la organización como una unidad en la cual cada integrante debe tener una clara visión y misión de hacia dónde va y qué debe cumplir. (Müller, 1999).

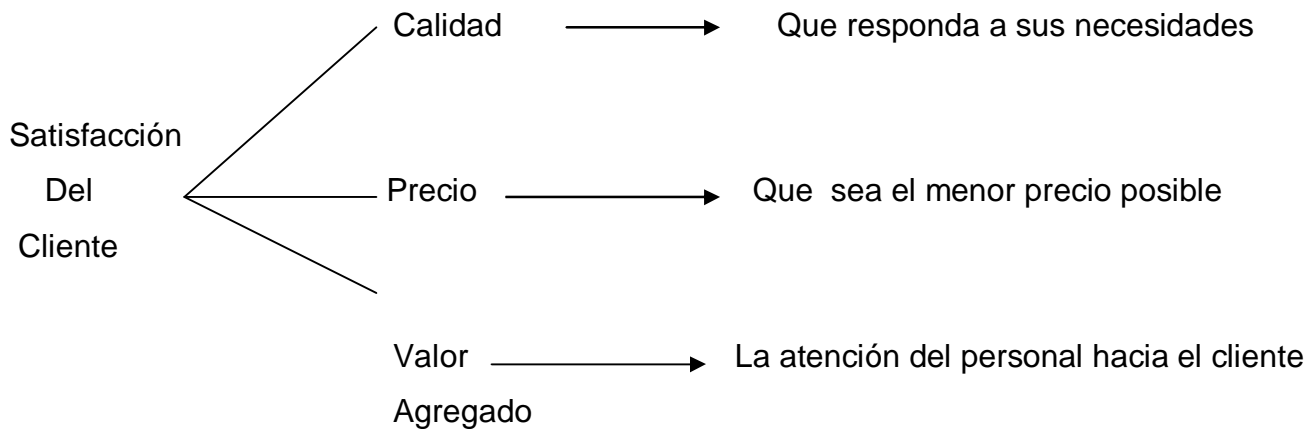
1.3.2 Satisfacción del Cliente

De acuerdo a Denton (1991) “Tradicionalmente el cliente en nuestro país en los servicios de salud es tratado, conforme a los paradigmas de la Cultura Mexicana” (p. 88). Haciéndolo sentir:

- *Incauto*: se le puede engañar
- *Limosnero*: le hacen el favor de realizar su trámite
- *Empleado*: debe hacer los trámites él mismo y no molestar
- *Ignorante*: ya que no conoce las normas, horarios y trámites
- *Delincuente*: no le permiten opinar, lo agreden
- *Intruso*: que impide a los empleados atender sus actividades más placenteras

Figura 2

La satisfacción del cliente



Nota: “La satisfacción del cliente se cumple a través de la calidad, precio y el valor agregado” Picazo y Martínez. (1998). Ingeniería de Servicios p. 66

De acuerdo a Picazo y Martínez (1998) es importante tomar en cuenta las implicaciones de un cliente insatisfecho, por su efecto negativo hacia la empresa y sus productos. Un

quejoso comunica sus experiencias a nueve personas por lo menos, quienes a su vez se convierten en retransmisores de la misma información, la que generalmente refuerzan en el contenido negativo.

- El 90% de los clientes insatisfechos no vuelve a comprar;
- Cada uno de los clientes descontentos relatará sus experiencias negativas a por lo menos nueve personas

1.3.3 Funciones del Cliente en el Servicio

En las operaciones de servicios, el cliente aparece dos veces: Una como usuario del servicio y otra como elemento del sistema de entrega del servicio. Los dos aspectos se interconectan entres sí, ya que el cliente los toma en consideración para su evaluación acerca del servicio. Lo que él juzga es cuánto y de qué forma tiene que participar en la producción del servicio, así como qué problemas y satisfacciones recibió como parte del proceso.

En términos de productor, el cliente tiene varias funciones:

- **Especificar el Servicio.**

El papel del cliente en la especificación está muchas veces limitado al diagnóstico del problema, o a proveer datos para él (como sería el caso de una relación médico-paciente en la que el paciente dice que siente o que le duele). Para una organización de servicio es siempre muy importante decidir qué tan lejos puede ir el cliente en su proceso de participación.

- **Co –Producir.**

Aquí el cliente hace parte del “Trabajo Físico” que le corresponde a los trabajadores de la organización (Ejemplo: En una caja permanente el cliente realiza parte del trabajo que debería efectuar el empleado de un banco o en los servicios de atención médica del instituto –“Con esta ficha preséntese a Rx para que le den cita y le realicen sus estudios”).

- **Participar en el Proceso de Control de Calidad.**

La participación del cliente está en función de la calidad recibida la cual demanda mediante quejas, comentarios a empleados y/o a otros clientes. (Ejemplo: cuando la compañía de limpieza elige el horario de “Fuera de horas de Trabajo”).

- **Participar en el mantenimiento del Ego de los Empleados de la Organización.**

Esto es, la organización puede promover la participación e interacción del cliente con los empleados para que los usuarios del servicio sirvan como elemento de motivación y retroalimentación al personal. Tal es el caso en el que algunos dan presentes o regalos a los empleados (Chocolates, estampillas, etc.).

- **Participar en el Desarrollo del Servicio.**

En las organizaciones de servicio muchas veces hay muy pocas oportunidades de desarrollar un servicio de calidad, si no se cuenta con los clientes que tengan conocimiento de cómo debe otorgarse dicho servicio y además demande en el caso de que no se otorgue como es.

- **Participar en la Venta del Servicio a otros Clientes.**

Esto puede ser por medio de comentarios o recomendaciones formales. Por las Características particulares de los servicios, un cliente positivo siempre será una herramienta promocional valiosa. (Larrea, 1991).

1.4 El Cliente en los Servicios de Salud

Durante muchos años los profesionales de la salud han considerado a las personas a quienes sirven como pacientes o usuarios. Recientemente se ha oído que éstos son ahora llamados Clientes y generalmente este término horroriza ya que se cree que dicha acepción conlleva a una relación comercial y un sentido poco humanista. Sin embargo, está muy lejos de tal aseveración. (Bronfman & Castro, 2001).

Estar enfermo encierra el rompimiento del equilibrio biológico, psicológico y social y denota incapacidad para actuar de manera normal. Lo que a su vez indica grados variables de dependencia.

Paciente es el término con el que se reconoce a la persona bajo cuidados médicos. Como concepto implica una pasividad que encaja bien con la gente que es cuidada o tratada por una estructura profesional. Es un concepto restringido ya que olvida la dimensión psicológica y social.

Un cliente es quien paga o quien tiene la capacidad de pagar. Al hacer uso de su poder de compra, se sitúa en posición de elegir y exigir un mejor servicio. Que se traduce en:

- Trato personalizado,
- Trato respetuoso,
- Ser informado de manera comprensible,
- Recibir una mayor oportunidad de atención.

En el caso particular de los servicios de salud esto es fácilmente comprensible en la atención médica privada, que se realiza en función de la capacidad de pago. Más no así en los servicios públicos en los que los gestores, bajo principios de salud como un bien social, son los que definen las necesidades de salud a cubrir. En México la mayor demanda de atención se genera en los servicios de salud públicos, por titulares de un derecho adquirido al pagar cuotas a un Sistema de Seguridad Social. (Ley del Seguro Social, 1995).

El término cliente supone también un nuevo posicionamiento de los servicios de salud y un alto grado de responsabilidad del usuario con relación al mejor uso de los recursos para la salud por eso, el IMSS, debe tener orientación clientelar que lo haga sensible al mayor nivel de exigencia que muestran ahora los ciudadanos. Lo que significa que se debe poner al usuario como cliente y no como paciente, preguntándose cómo espera ser tratado, suministrándole información suficiente para que participe y pueda corresponsabilizarse de su asistencia.

Al forzar los mecanismos de contacto en el IMSS con sus clientes, estará humanizando la atención y orientando los servicios a satisfacer sus necesidades, preferencias y expectativas. (Bronfman & Castro, 2001)

1.5 Premio IMSS

A lo largo de más de dos décadas el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha venido experimentando, tanto en el plano normativo, como en el operativo, una serie de acciones, planes, proyectos, etc., con el objeto de brindar calidad y calidez en sus servicios. Entre ellos se encuentran: Revisión de Expedientes Clínicos, Círculos de Calidad, Planeación Estratégica, Herramientas de Calidad, Enfoque al Usuario, Administración por Objetivo, Programa de Desarrollo Directivo así como acciones informales como el Programa de Mejora Continua en los años 90's.

Derivado de sus esfuerzos formales e informales en 1998 el Instituto Mexicano del Seguro Social una vez más con el propósito de asegurar la calidad de sus procesos a través de la mejora continua de los mismos así como incentivar y motivar a su personal, creó un área específica para impulsar la implantación de la Cultura de Calidad: la Dirección de Organización y Calidad, la cual llevó a cabo la implantación a nivel nacional, del **Plan Integral de Calidad PIC**, basado en el “**Premio Nacional de Calidad**” (1998 b) y así tener parámetros que aseguraran la calidad de sus procesos y por ende de todos sus servicios, creando así el “**Premio IMSS de Calidad**” .

1.5.1 Propósitos del Premio IMSS de Calidad

Definición El Sistema de Evaluación y Reconocimiento "Premio IMSS de Calidad", tiene como propósito establecer un marco de referencia para evaluar y reconocer a las Unidades del IMSS más destacadas que hayan desarrollado y avanzado en la implantación exitosa de sistemas y métodos de Calidad y Mejora Continúa.

Propósitos El Premio IMSS de Calidad permitirá a las Unidades del Instituto:

- Enfocar todas las actividades, procesos y sistemas hacia la satisfacción de sus clientes y usuarios.
- Promover el liderazgo participativo y comprometido.
- Elevar los niveles de eficiencia, satisfacción y Calidad de vida del personal en el trabajo y por su trabajo.
- Integrar los esfuerzos de prevención y Mejora Continua a las rutinas diarias de la Unidad.
- Desarrollar la planeación estratégica fundamentada en la Calidad.
- Identificar las mejores prácticas para promover la optimización institucional.
- Generar conciencia de responsabilidad social y ecológica y de desarrollo del bienestar de la comunidad en el ámbito de la Unidad y de todo su personal.
- Medir y evaluar los logros del desempeño organizacional.

1.5.2 Valores del Premio IMSS de Calidad

Definición Los valores del Premio IMSS de Calidad son una serie de conceptos que sirven de guía para la aplicación de la Cultura de Calidad y de Mejora Continua en el IMSS.

Tabla 3
Valores del Premio IMSS

Valor	Descripción
Servicio con Calidad y Humanismo	Servir con Calidad y Humanismo a los derechohabientes con orientación a satisfacer y exceder sus expectativas.
Desarrollo del Capital Intelectual del Personal	Desarrollar el Capital Intelectual de todo el personal que garantice su compromiso en los logros de Calidad del Instituto, con su participación inteligente e informada.
Cultura de Calidad	Promover una forma de ser, de trabajar y de relacionarse, que genere nuevas conductas; despertar el potencial humano. Desarrollar el alto desempeño; Promover el aprendizaje personal y organizacional y reconocer los esfuerzos de los trabajadores; orientada a la Mejora Continua de los sistemas, procesos y a la entrega de los servicios en el IMSS.
Trabajo en Equipo con Pensamiento de Calidad	Fomentar una nueva forma de interacción e interrelación en la Institución donde la metodología del Premio se establezca como un Sistema de Gestión y de Trabajo en Equipo para generar flexibilidad, participación de todo el personal y sinergia en las Unidades Operativas.
Sentido de Pertenencia	Orgullo de pertenecer y servir al Instituto, a su Unidad y a la Humanidad.
Responsabilidad Individual	Honrar los compromisos y asumir la responsabilidad de las decisiones y acciones.
Responsabilidad Social	Impactar los usos y costumbres de la comunidad reafirmando la presencia social del instituto.

Nota: “Los valores señalan aquellos elementos que el IMSS debe reforzar e impulsar para transformar a la Institución en una organización de clase mundial”. Premio Nacional de Calidad. (1998 b)

1.5.3 Principios del Premio IMSS de Calidad

Al igual que los valores, sirven de guía para la aplicación de la Cultura de Calidad y Mejora continua en el IMSS.

Tabla 4
Principios del Premio IMSS de Calidad

Principios	Descripción
Liderazgo	Los líderes señalan la dirección y la visión de largo plazo, promueven los valores y objetivos de Calidad y participan e impulsan el cambio planeado.
Mejora Continua	Es el camino para lograr altos niveles de desempeño y de competitividad. Su metodología debe ser científica y encontrarse en todos los sistemas, procesos y prácticas organizacionales. Administrar la organización con base en el método científico de Mejora Continua.
Prevención y Calidad desde el Diseño	Diseñar servicios y sistemas con un enfoque de prevención sistemática, basados en hechos y datos.
Enfoque a Procesos	La forma natural como desarrollamos los servicios es por múltiples procesos interrelacionados. La Mejora Continua de los procesos es la esencia de la Calidad de los servicios, del desempeño organizacional y de sus resultados. Existe una relación causal entre los procesos, los servicios y sus resultados.
Autocontrol y Autoevaluación	Se estimula la capacidad de toma responsable de decisiones y la rapidez de respuesta en la operación, para el logro de metas y objetivos y proporciona capacidad de crecimiento.
Alianzas Estratégicas	Consiste en el desarrollo de alianzas entre líderes, personal, Usuarios, clientes y proveedores.
Respuesta Oportuna	Es la respuesta congruente capaz de satisfacer las necesidades de los Clientes y Usuarios mejorando los ciclos de operación.

Nota: “Los principios al igual que los valores, señalan aquellos elementos que el IMSS debe reforzar e impulsar para transformar a la Institución en una organización de clase mundial”. Premio Nacional de Calidad. (1998 b)

En términos generales, los valores están enfocados específicamente en el actuar del prestador del servicio con respecto al derechohabiente y a él mismo. Así como en la importancia de su forma de pensar y en la modificación de sus actitudes.

Los principios hacen referencia a la forma de trabajar, a la toma de decisiones y satisfacción de las necesidades del cliente, entre otras cosas.

1.5.4 Criterios del Premio IMSS de Calidad

Definición Los Criterios del Premio IMSS de Calidad son los elementos que permiten revisar y evaluar los sistemas de las Unidades participantes en el Premio. Asimismo, proporcionan las bases para otorgar los reconocimientos a las ganadoras.

Los Criterios del Premio IMSS de Calidad no son prescriptivos, ya que no se pretende imponer metodología, sino asegurar el énfasis en los aspectos estratégicos de Calidad en la organización. Esta característica hace posible emplear cualquier práctica o herramienta de Calidad que se considere adecuada para el servicio o población a la que se sirve.

Estos Criterios fueron desarrollados por un grupo interdisciplinario del IMSS y por asesores externos, en el que se retomaron experiencias de premios internacionales, premios internos de organizaciones empresariales exitosas y de El Premio Nacional de Calidad.

Los criterios permiten examinar sus Procesos internos y decidir qué sistemas se deben tener y cómo mejorarlos.

Es posible, que muchos de los Procesos y Sistemas en operación tengan un enfoque diferente o incompleto al solicitado. Lo importante es identificar lo que se tiene y cómo opera, para decidir qué mejorar, cómo y cuándo.

Son 8 criterios que evalúan la madurez de los Sistemas de Calidad en las Unidades de Medicina Familiar que integran los valores y principios de Mejora Continua a todas las operaciones y actividades realizadas.

Tabla 5

Los 8 Criterios del Premio IMSS de Calidad son:

No.	Criterio	Descripción
1.0	<p>Calidad Centrada en Dar Valor Superior para los Clientes y Usuarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento Profundo de sus Clientes y Usuarios • Administración de la Relación con Clientes y Usuarios: Entrega de Servicios, Atención, Manejo y Solución de Quejas. • Medición de Satisfacción de los Clientes y Usuarios 	<p>Analiza los sistemas para conocer de manera profunda al usuario, otorgar el servicio y medir su satisfacción.</p>
2.0	<p>Liderazgo Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo Mediante el Ejemplo • Cultura y Valores de Calidad 	<p>Evalúa el sistema del Liderazgo que se utiliza en la Unidad para cumplir con las estrategias y directrices marcadas por la Institución; además de la manera en la que el Cuerpo de Gobierno de la Unidad y la Alta Dirección del Instituto participan como líderes y dirigentes del proceso de Mejora Continua.</p>
3.0	<p>Enfoque de Calidad Hacia el Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de Trabajo de Alto Desempeño • Educación y Desarrollo • Satisfacción del Personal en el Trabajo 	<p>Examina la forma en que se desarrollan los sistemas de trabajo y las capacidades del personal y la forma como se reconoce a quienes contribuyen en los logros de Calidad y de Mejora Continua.</p>
4.0	<p>Información y Análisis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediciones del Desempeño Organizacional • Análisis de las Mediciones del Desempeño Organizacional 	<p>Evalúa el sistema de medición del desempeño organizacional, la forma en que la Unidad utiliza los datos y el análisis que realiza del sistema, para facilitar la toma de decisiones.</p>
5.0	<p>Planeación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeación Estratégica • Planeación Operativa 	<p>Evalúa el proceso de desarrollo de estrategias y la manera como éstas se traducen en objetivos y planes operativos.</p>

6.0	Diseño y Mejora de Procesos <ul style="list-style-type: none"> • Procesos Clave (Estratégicos) • Procesos de Apoyo • Proveedores 	Revisa el diseño, aseguramiento de la Calidad administración y Mejora Continua de los procesos, así como el desarrollo de proveedores.
7.0	Impacto en la Sociedad <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad Pública • Contribución al Bienestar de la Comunidad 	Examina cómo la Unidad maneja sus responsabilidades hacia el público (cumplimiento de regulaciones y leyes), cómo practica su sentido social, y cómo contribuye al bienestar de su comunidad.
8.0	Resultados del Desempeño Organizacional <ul style="list-style-type: none"> • De los Procesos, de las Operaciones y de los Servicios • De los Proveedores • Del Personal y de los Sistemas de Trabajo • Para la Institución • Del Enfoque a Clientes y Usuarios 	Evalúa los logros de desempeño de la Unidad y sus niveles y tendencias como resultado de la aplicación de mejoras en todos los sistemas, procesos y servicios.

Nota: “Los Criterios de Calidad, permiten la medición de los avances en la Implantación de los Sistemas y la Mejora Continua” Premio Nacional de Calidad. (1998 b)

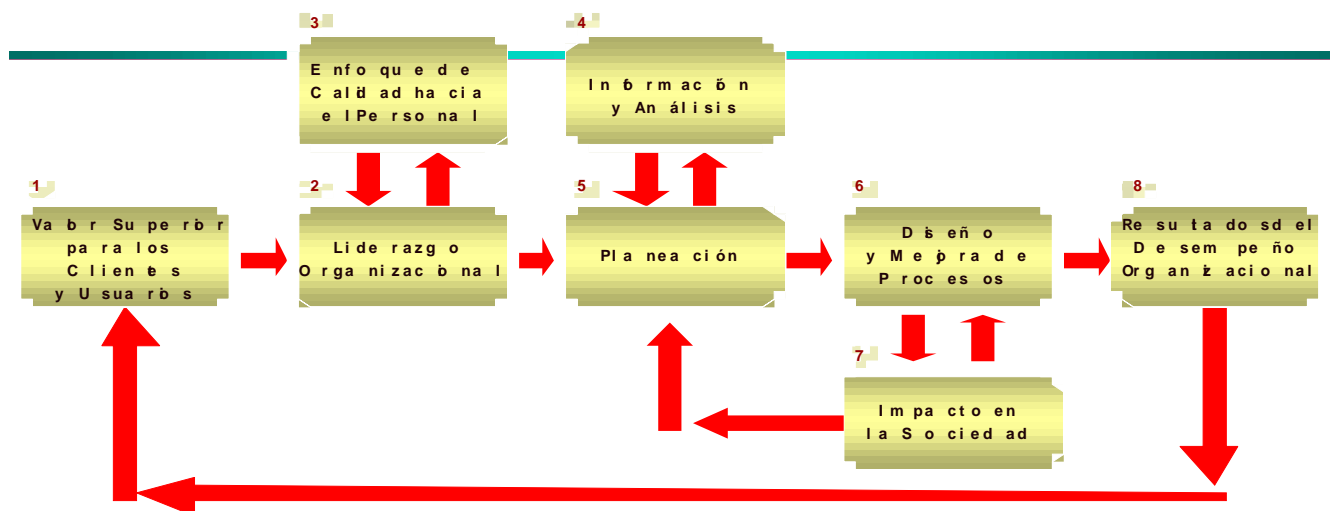
Los valores, principios y criterios permiten comprender que:

- No se trata de hacer sólo nuevas actividades,
- No significa agregar trabajo al que ya se tiene,
- No es necesario crear funciones o áreas internas adicionales,
- Lo que se busca es dar un enfoque de Calidad a la operación diaria.

1.5.5 Modelo del Premio IMSS de Calidad

Descripción El Modelo conceptual de los Criterios del Premio IMSS de Calidad se representa de la siguiente manera, mostrando los criterios y las interrelaciones entre ellos. (IMSS, 1998 b).

Figura 4
Diagrama del Premio IMSS de Calidad



Nota: “Los líderes dirigen el cambio y el personal con su compromiso y responsabilidad impulsan el diseño, la implantación y mejora de los procesos y servicios”. Premio Nacional de Calidad. (1998 b).

1.6 Equipos de Mejora

Para comprender mejor el trabajo desarrollado en esta tesis es importante conocer lo que es un equipo de mejora, como se conforma, como trabajan sus integrantes y la importancia que tienen estos dentro de una empresa para prestar un servicio de calidad entre otros aspectos.

De acuerdo a Deming (1991) los equipos de proyecto o de mejora de los procesos son un conjunto de personas de varios niveles jerárquicos de la misma o de diferente área, expertos en un proceso de servicio, cuya integración temporal tiene como propósito analizar, determinar causas, diseñar soluciones estudiar y proponer mejoras en el trabajo.

Su objetivo es establecer un marco de referencia en el que la participación, análisis prevención y solución de problemas en las diferentes áreas de trabajo estén determinadas por personal experto de las mismas, con miras a elevar la calidad de los servicios.

La idea de los equipos de mejora reposa en la premisa de quien ejecuta diariamente un trabajo, conoce más de él que cualquier otra persona.

Generalmente se compone de miembros del mismo servicio o proceso a mejorar; el tamaño ideal es de 10 o menos integrantes.

Los equipos de mejora se establecen fundamentalmente en el hecho de que cada trabajador se define como una persona que no rechaza el trabajo y tiene potencialidades para innovar y solucionar problemas, dentro de un grupo en el que los participantes tengan igualdad de oportunidades de participación y motivación para alcanzar ciertos logros.

Características deseables del equipo de mejora:

Libre adhesión: Forma de lograr que el grupo perdure, la espontaneidad reemplaza a la obligatoriedad.

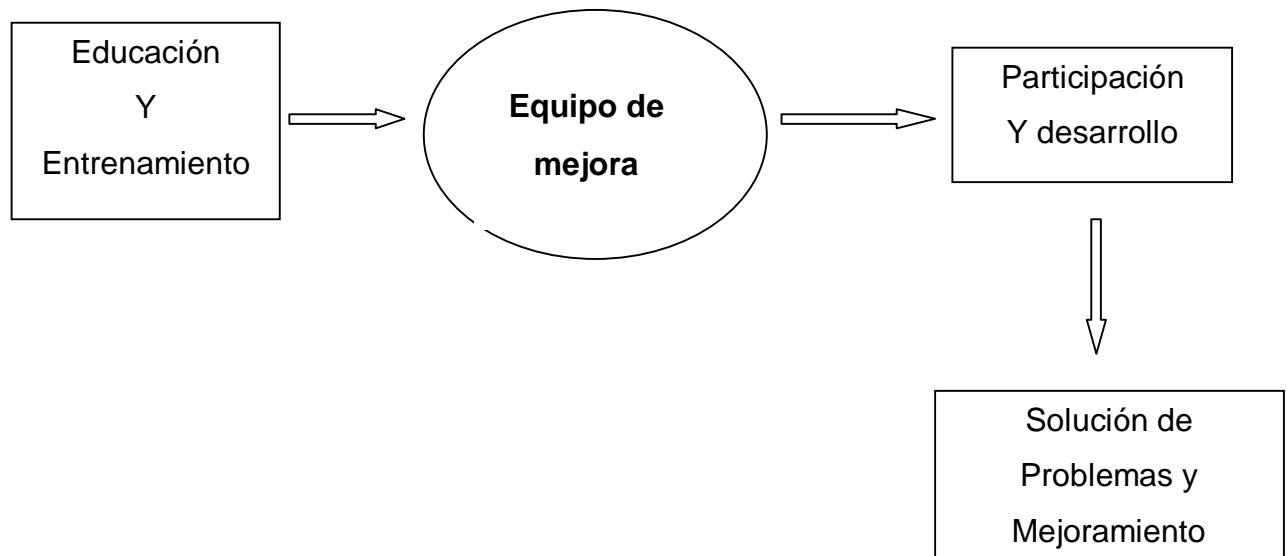
Autodesarrollo: Lo predominante es aprender.

Desarrollo mutuo: Cooperación de los integrantes entre sí y con otros equipos.

Participación total: Como meta general para el logro de la tarea.

Figura 5

Actividades de un Equipo de Mejora



Nota: “Partiendo de los conceptos del Control Total de Calidad, se podría definir a un Equipo de mejora como una red de formas diferentes de pensar en común, unión para producir una mejora constante”. Deming. (1991). Calidad Productiva y Competitividad. p. 89

1.6.1 Posibilidades de los Equipos de Mejora

De acuerdo a Deming (1991) el trabajo en los equipos de mejora, desarrolla en cada uno de sus miembros un dinamismo especial y una actitud diferente hacia el trabajo.

La mayoría de los trabajadores (operativos o de oficina) rara vez tienen ocasión de participar creativamente en la solución de los problemas en los cuales están involucrados. Su necesidad de participar está insatisfecha; su labor transcurre día a día en una jornada monótona y sin variación en la que nunca pueden imaginar y crear.

El mismo autor refiere que los equipos de mejora dan la oportunidad para desarrollar:

- Habilidades para planear, analizar y solucionar problemas (retos de mejoramiento).
- Habilidades para interrelacionarse y comunicarse mejor.
- Mejores ambientes de trabajo que satisfagan expectativas propias en cada miembro y satisfagan las necesidades de los usuarios de los servicios.
- Una alta autoestima en cada integrante al saberse productivo.

Deming (1991) considera que las funciones de los equipos de Mejora son:

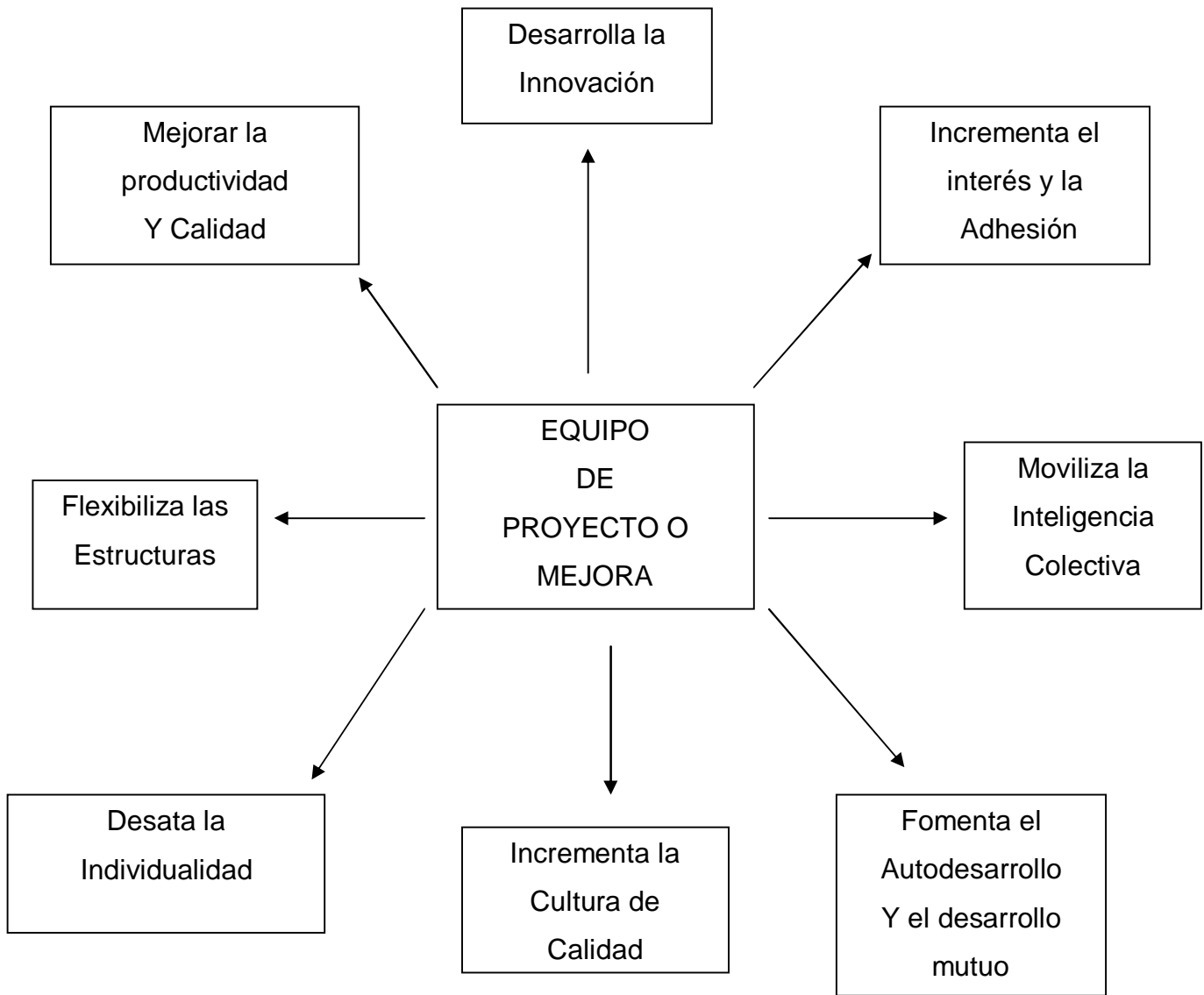
Diagnosticar causa.

- Analizar síntomas
- Confirmar o modificar la misión y visión del servicio
- Formular teorías
- Identificar causas de raíz

Proporcionar soluciones.

- Evalúa alternativas
- Diseña soluciones
- Diseña controles
- Tratamiento de la resistencia
- Prueba eficacia
- Implementa
- Propone cambios a los procesos
-

Figura 6
Posibilidades de los Equipos de Mejora



Nota: “Los equipos de mejora tiene potencialidades para innovar y solucionar problemas”. Deming. (1991). Calidad Productiva y Competitividad. p. 90

CAPITULO II

CALIDAD

2.1 Calidad

2.1.1 Antecedentes

El Premio IMSS sin lugar a dudas se basa en la Calidad Total la cual tiene sus inicios a principios del siglo pasado.

Según Valdés (1997) fue Fredeick Taylor, padre de la administración científica, quien suprimió la planificación del trabajo como parte de las responsabilidades de los trabajadores y capataces y la puso en manos de los Ingenieros Industriales, que se les conoce como Ingenieros de Métodos y Tiempos.

En el siglo XX se desarrolló una era tecnológica que 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.

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 que se ocupara de los problemas creados por los defectos en sus productos y la falta de coordinación entre su departamentos. George Edwards y Walter A. 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. Edwards acuñó la frase «seguridad en la calidad» y la defendía como parte de la responsabilidad de la administración.

En 1924 el matemático Walter A. Shewhart introdujo el Control de la Calidad Estadístico, lo cual proporcionó un método para controlar económicamente la calidad en medios de producción en masa.

De acuerdo a Stoner Jame, Freemau R. Edward y Gilbert Daniel R. (1996) 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. En 1950 Japón buscaba reactivar su economía ya que esta quedó muy dañada luego de esta guerra, por lo tanto estaban abiertos a varias opiniones para lograrlo. Es en esa época cuando Edward Deming llega a Japón y les instruye sobre la importancia de la calidad y desarrolla el concepto de calidad total.

En los años 1950 y 1960, Armand V. Feigenbaum fijó los principios básicos del control de la calidad total (*Total Quality Control*, TQC): el control de la calidad existe en todas las áreas de los negocios, desde el diseño hasta las ventas. Hasta ese momento todos los esfuerzos en la calidad habían estado dirigidos a corregir actividades, no a prevenirlas. Es así que en 1958, un equipo japonés de estudio de control de la calidad, dirigido por Kaoru Ishikawa.

En 1954, Joseph Juran fue invitado al Japón para explicar a administradores de nivel superior y medio el papel que les tocaba desempeñar en la obtención de las actividades del control de la calidad. Su visita fue el inicio de una nueva era de la actividad del control de la calidad, dirigiendo la senda de las actividades hacia esta y basadas tecnológicamente en fábricas hacia un interés global sobre la misma en todos los aspectos de la administración en una organización

2.1.2 ¿Qué es Calidad? (Conceptos)

Es importante entender la calidad, porque no se puede exigir a ninguna persona que haga algo con “calidad” cuando el concepto mismo no es comprendido o es entendido de diversas formas o simplemente nunca alguien lo había escuchado y menos aún relacionado con un servicio.

He aquí algunos conceptos de calidad:

“La calidad se puede definir como la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos y técnicos, de tal forma que se logre un desarrollo integral y armónico del hombre de la empresa y de la comunidad”. (Gómez, 1992, p. 93)

“La calidad es cumplir con todos los requisitos o especificaciones que previamente se han determinado, mismos que deben cumplirse y cuidarse desde el inicio de su fase productiva”. “Calidad es hacer las cosas bien”. (Picazo & Martínez, 1998, p.61)

“La calidad está determinada por el cliente, no por el ingeniero, ni la mercadotecnia, ni por la gerencia gerencial. Está basada en la experiencia real del cliente con el producto o servicio, medida contra sus *requisitos* -definidos o tácitos, conscientes o sólo sentidos, operacionales técnicamente o por completo subjetivos- y siempre representa un objetivo que se mueve en el mercado competitivo”. (Feigenbaun, 1991, p. 37)

Según Ishikawa (1993) existen dos maneras de definir calidad. *La primera* tiene un enfoque estrecho y se refiere en esencia al producto cuyas características deben estar de acuerdo con ciertas normas.

Por el contrario, *la segunda* tiene una concepción mucho más amplia, pues considera la calidad como el resultado de la calidad del trabajo, de los procesos productivos, del personal obrero y ejecutivo, de la planeación, etc., lo cual implica que control de costos, productividad y calidad forman parte de un mismo todo, calidad significa calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad del proceso, calidad de la división, calidad de las personas incluyendo a los trabajadores, ingenieros, gerentes y ejecutivos, calidad del sistema, calidad de la empresa, calidad de los objetivos, etc. Nuestro enfoque básico es controlar la calidad en todas sus manifestaciones.

Conforme a Deming (1991) la calidad debe construirse en cada fase del proceso desde la recepción de los insumos y refacciones hasta el comportamiento del producto en manos del cliente. La inspección al final de la línea no podrá hacer nada para incrementar la calidad, puesto que ya estará incorporada al producto.

2.1.3 Control de Calidad

El propósito de la mayoría de las medidas de calidad es determinar y evaluar el grado o nivel al que el producto o servicio enfoca su resultante total. Algunos otros términos, como *confiable*, *servicial* y *durable*, en algunas ocasiones se han tomado como definiciones de la calidad del producto. Estos términos son, en realidad *características* individuales, que en conjunto constituyen la calidad del producto y servicio.

Según Feigenbaun (1991) el producto debe desempeñar sus funciones tantas veces como se le pida, a todo lo largo de su ciclo de vida estipulado, en las condiciones de ambiente y de servicio; en otras palabras, debe mostrar *confiabilidad*. De primordial importancia, el producto, debe ser *seguro*. Debe establecerse un grado razonable de servicio y duración del producto, de forma que el producto sea apropiadamente *servicial* y *durable*, en su ciclo de vida. El servicio y la duración diseñados deben cumplirse para que el producto pueda considerarse como *servicial*. El producto debe tener un aspecto que agrade al consumidor, debe ser *atractivo*. Cuando todas las otras características del producto se encuentren balanceadas, la “verdadera” calidad resulta de ese conjunto que proporciona la función deseada, con la mayor economía, teniendo en consideración entre otras cosas la obsolescencia y servicio del producto y esto es el concepto orientado hacia la calidad, para la completa satisfacción del cliente.

En la frase “control de calidad”, la palabra *calidad* no tiene el significado popular, de lo “mejor” en sentido absoluto. Industrialmente quiere decir “mejor dentro de ciertas condiciones del consumidor”; ya sea que el producto sea tangible (un automóvil, un refrigerador, un horno de microondas) o intangible (programas de rutas de autobús, servicio de restaurante, hospital).

Dentro de esas condiciones son importantes, 1) el uso a que el producto se destina y 2) su precio de venta. A su vez, estas dos condiciones se reflejan en otras diez condiciones adicionales del producto y servicio.

1. La especificación de dimensiones y características operativas
2. Los objetivos de confiabilidad y vida
3. Los requisitos de seguridad

4. Los estándares relevantes
5. Los costos de ingeniería, fabricación y calidad
6. Las condiciones de producción bajo las que se fabricó el artículo
7. Las instalaciones de planta y los objetivos de mantenimiento y servicio
8. Los factores de uso de energía y conservación del material
9. Consideraciones ambientales y otras consideraciones “colaterales”
10. Los costos de operación del cliente y uso y servicio de producto

El propósito de estas condiciones es aquella calidad que establezca el balance apropiado entre el costo del producto y servicio y el valor rendido al cliente, incluyendo requisitos esenciales como la seguridad.

Para Crosby (2002) lo importante era que las cosas se hicieran bien desde la primera vez, esta es la descripción del concepto **Cero Defectos** (Zero Defects ZD) que diseñó. “Los errores se originan por dos factores; la falta de conocimiento y falta de atención. El conocimiento es mensurable y las deficiencias son corregibles a través de medios probados y verdaderos. La falta de atención es un problema de actitud. La persona que se compromete a observar los detalles y a poner cuidado para evitar errores da un paso gigantesco hacia la fijación de la meta del concepto cero defectos en todo”. (pp. 76-78)

Cuando el trabajo se transfiere de persona a persona y de unidad a unidad, las demoras y errores surgen inevitablemente y el control se dificulta. De acuerdo con la **Reingeniería**, los gerentes se apartan de los anticuados e ineficientes procesos y los principios de diseño en que se basan, para desarrollar otros nuevos que satisfagan mejor los requerimientos de los clientes. (Parro, 1996).

El control de calidad ha sido y puede ser usado en industrias orientadas hacia el producto que va desde la electrónica para el consumidor, computadores y generadores eléctricos para productos pasteleros, farmacéuticos y de destilación hasta las industrias al servicio, desde tiendas departamentales, transporte público y agencias de correos hasta cuidado médico y administración hotelera. El control de la calidad comprende el amplio campo administrativo y técnico de desarrollo, conservación o mejoramiento de la calidad de un producto. (Feigenbaun, 1991).

“Un sistema de métodos de producción que económicamente genera bienes o servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores. El control de calidad moderno utiliza los métodos estadísticos y suele llamarse control de calidad estadístico. Practicar el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil siempre satisfactorio para el consumidor”. (Ishikawa, 1993, p.40)

2.1.4 Aspectos que Afectan la Calidad

Feigenbaun (1991) explica que: La calidad de los productos y servicios está influida directamente en nueve áreas básicas, o lo que podría considerarse como las “nueve m” (9m): Mercados, Dinero (Money), Administración (Management), Hombres (Man), Motivación, Materiales, Máquinas y Mecanización y Métodos Modernos de Información y Requisitos Crecientes del Producto.

1. **Mercados.** El número de productos nuevos o modificados ofrecidos al mercado crece de una manera explosiva. Los negocios de hoy están identificando cuidadosamente los deseos y necesidades de los consumidores como una base para el desarrollo de productos nuevos. Se ha hecho creer al consumidor que se cuenta con productos que satisfacen a casi todas las necesidades. Los compradores están exigiendo más y mejores productos para cubrir sus necesidades actuales. Los mercados se ensanchan en capacidades y se especializan, funcionalmente, en efectos y servicios ofrecidos.
2. **Dinero (Money).** La automatización y la mecanización han obligado a desembolsos de consideración para nuevos equipos y procesos. El resultado del aumento en las inversiones, que se deben amortizar aumentando la productividad, ha ocasionado pérdidas importantes en la producción, debidas a desperdicios y a reprocesos extremadamente serio. Los costos de la calidad conjuntamente con los de mantenimiento y de mejoramiento se han remontado a alturas sin precedente
3. **Administración (Management).** La responsabilidad de la calidad se ha distribuido entre varios grupos especializados. En otros tiempos, el jefe del taller y el ingeniero del producto eran únicos responsables de la calidad del producto. Ahora, la mercadotecnia, a través de su función de planeación del producto, debe establecer los

requisitos de éste. El control de la calidad, reglamentará las mediciones de calidad durante el flujo del proceso que aseguren que al final el producto se encuentre en conformidad con los requisitos de calidad pedidos. Aún la calidad de servicio, después de que el producto ha llegado a manos del comprador, se ha constituido en una parte importante del “el paquete del producto”.

4. **Hombres (Man).** El crecimiento rápido de conocimientos técnicos y la creación de campos totalmente nuevos, tales como la industria electrónica, han creado gran demanda de hombres con conocimientos especializados. La especialización se ha hecho necesaria porque los campos en el conocimiento se han incrementado no solo en número y en anchura. Al mismo tiempo, la situación ha creado una demanda de ingenieros capacitados en la elaboración de planes que comprenden todos estos campos de especialización y organización de sistemas, que aseguren el resultado que desean.
5. **Motivación.** La creciente complejidad de llevar a un producto de calidad al mercado ha aumentado la importancia de la contribución de la calidad por parte de cada empleado. La investigación de la motivación humana ha demostrado que además de la recompensa en dinero, los trabajadores de hoy requieren de esfuerzos con un sentido de logro en sus tareas y el reconocimiento positivo de que están contribuyendo personalmente al logro de las metas de la compañía. Esto ha llevado a una necesidad sin precedente de educación sobre la calidad y para una comunicación mejorada de conciencia de calidad.
6. **Materiales.** Debido a los costos de la producción y a las exigencias en cuanto a calidad, los ingenieros están usando los materiales dentro de los límites más estrechos que antes y utilizando metales exóticos y aleaciones metálicas para aplicaciones especiales. El resultado ha sido, especificaciones más estrictas en los materiales y una diversidad mayor de estos. Se exigen mediciones físicas, químicas, rápidas y precisas, tales como espectro fotómetro láser y, aparatos ultrasónicos equipo maquinado de prueba.
7. **Maquinas y mecanización.** La demanda dentro de las compañías, una reducción en los costos y mayor volumen de productos para satisfacer al consumidor en mercados altamente competitivos ha conducido al uso de equipo más y más complicado, que depende mucho de los materiales empleados. Una calidad buena ha llegado a ser un

factor crítico para el mantenimiento por una máquina, trabajando sin interrupción con la mejor utilización de las instalaciones.

8. **Métodos modernos de información.** La rápida evolución de tecnología computacional ha hecho posible la recolección, almacenamiento, retiro y manipulación, de la información en una escala nunca antes imaginada. Esta nueva y poderosa tecnología de la información ha proporcionado los medios para un nivel de control sin precedente de máquinas y procesos durante la fabricación de los productos y servicios aún después que han llegado al consumidor.
9. **Requisitos crecientes del producto.** Los avances de los procesos ingenieriles que exigen un control más estrecho en los procesos de producción han transformado a las “cosas insignificantes”, ignoradas en otros tiempos, en cosas de gran importancia potencial.

2.1.5 Calidad Total

Es importante tener presente que hacer las cosas bien no basta “Es necesario cumplir con todos los requisitos o especificaciones que previamente se han determinado, mismos que deben cuidarse desde el inicio de su fase productiva. Este concepto lleva hacer las cosas bien desde la primera vez y siempre para asegurar cero errores, esto es lo que se determina como Calidad Total (CT)”. (Crosby, 1993, p. 6).

De acuerdo a Picazo y Martínez (1998) el proceso de Calidad Total, llevado a su máxima expresión, se convierte en una forma de vida organizacional, porque hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completa y cabalmente en la forma que se le ha responsabilizado, en el momento preciso, y en lugar que le corresponde. La Calidad Total permite prevenir antes que lamentar a diferencia del concepto tradicional de Control de Calidad que supone desde el principio que habrá fallas que corregir.

Tabla 6

Diferencias entre Calidad Total y Control de Calidad

ALGUNAS DIFERENCIAS DE ENFOQUE:

La Calidad Total no es una técnica, sino una actitud mental y una forma de vida.

La Calidad Total no es una responsabilidad del trabajador, sino de la Alta Gerencia.

La Calidad Total no cuesta, lo que cuesta es la baja calidad.

La Calidad Total no es corregir lo hecho, sino prevenir lo que se va a hacer.

El Control de Calidad empieza en una oficina de producción, la Calidad Total en la mente de los miembros de la Alta Gerencia.

Nota: "Diferencia entre dos enfoques de calidad" Picazo y Martínez. (1998). Ingeniería de Servicios. p. 62

El concepto de Calidad Total ha dado como resultado obtener productos de alta calidad y en ella se ha cifrado una nueva competencia en dos dimensiones:

- La calidad debe proporcionarse no en cuanto a lo que define la empresa, sino en función de la definición dada por el cliente.
- La calidad debe proporcionarse no sólo en el producto, sino también en el servicio, y ambas deben comunicarse apropiadamente con el cliente, además de formar atributos de identidad corporativa.

Lo que ha sido llamado industrias de servicio, representa uno de los aspectos con crecimiento más rápido de la economía nacional. De la misma forma, la satisfacción de los compradores de servicio representa uno de los determinantes más importantes de la calidad en los mercados nacionales e internacionales de hoy, y el grado de satisfacción tiene progresivamente efectos cruzados más importantes con la satisfacción de la calidad y las actitudes hacia la calidad de los compradores de Bienes manufacturados. Las actividades de servicio representan un área principal creciente de la atención de los programas de Control de la Calidad Total. Los principios, enfoque y tecnología de control total de la calidad han sido aplicados con éxito a un amplio espectro de servicios. Por tradición, una característica

principal de las actividades de servicio ha sido que son probablemente muy dependientes de las habilidades, actitudes y entrenamiento humanos, y el énfasis con las aplicaciones relevantes del control de la calidad lo ha reflejado. Como los servicios se han organizado en una escala más amplia, llegando a ser más profesionales y más mecanizados, las aplicaciones del control total de la calidad para los servicios están siendo cada vez más y más similares en muchos aspectos a los de los productos manufacturados. (Feigenbaun, 1991).

Un producto de calidad es lo que el cliente recibe, mientras que un servicio de calidad se refiere a como lo recibe. En consecuencia, la calidad como factor competitivo apoyándose en la Ingeniería de Servicios debe dirigirse a crear clientes satisfechos ya que ello significa una fuente constante de ingresos rentables, así como promotores del propio negocio. No se debe olvidar que el mejor promotor de menor costo para una empresa, es un cliente satisfecho, porque en una u otra forma él recomendará producto y empresa. Recordemos que esta recomendación tiene un efecto multiplicador. (Picazo & Martínez, 1998).

Finalmente, la calidad no se circunscribe únicamente a la calidad del producto, como antes se entendía o como mucha gente la veía, sino que hoy en día se puede hablar de calidad de vida, calidad humana, calidad de la administración, calidad del ecosistema, calidad del sistema, calidad del trabajo, calidad de la información, calidad de los objetivos, calidad de la compañía, calidad del proceso, calidad del servicio, calidad del uso, calidad de la comercialización y calidad del consumidor; en definitiva, calidad del hombre en su entorno y su realización. (Gómez, 1992).

2.2 ¿Qué es un Proceso?

Una vez comprendidos los conceptos de Cliente, Servicio y Calidad, resulta necesario comprender el concepto de Proceso y la forma de analizarlo y mejorarlo para hacerlo más eficiente.

De acuerdo a Macías (1995) los procesos son un conjunto de sucesos interrelacionados que se desarrollan secuencial y lógicamente y que conducen a un producto o servicio.

“Es una secuencia de pasos repetibles que llevan a algún fin o resultado deseado” (p. 39)

“Es la combinación y transformación de una serie de entradas específicas en una serie más valiosa de salidas. Es una serie de pasos que se siguen para producir un producto o brindar un servicio” “Una serie de operaciones realizadas en la fabricación o tratamiento de un producto o servicio” (P. 45).

Juran (1990) define como proceso “una combinación de métodos, materiales, máquinas, gente, medio ambiente y mediciones usadas en conjunto para lograr determinadas cualidades en un producto o servicio. El proceso tiene entradas y salidas que son medibles, es decir, tiene un inicio y un fin”. “Serie de actividades relacionadas entre sí que transforman las entradas en un producto o servicio” (p. 68)

De acuerdo a Acle (1998) los elementos para identificar un proceso son:

- Proveedores
- Entradas
- Proceso
- Salidas
- Usuario o cliente
-

Proveedores: Son entidades o personas que proporcionan, las entradas, pueden ser uno o varios, internos o externos.

Entradas: Son los materiales, información, insumos o personal necesarios para operar los procesos, en donde invariablemente deben ser medibles, con la finalidad de establecer si satisfacen los requerimientos del proceso.

Proceso: Esta es la etapa en la cual se hace uso de las entradas y para llevar a cabo una serie de tareas o actividades planeadas y medidas con anticipación para obtener un resultado ya sea un producto o servicio, que satisfaga o cubra las necesidades de un usuario cumpliendo con los estándares de calidad que el propio cliente establece (costo, durabilidad, uso, etc.)

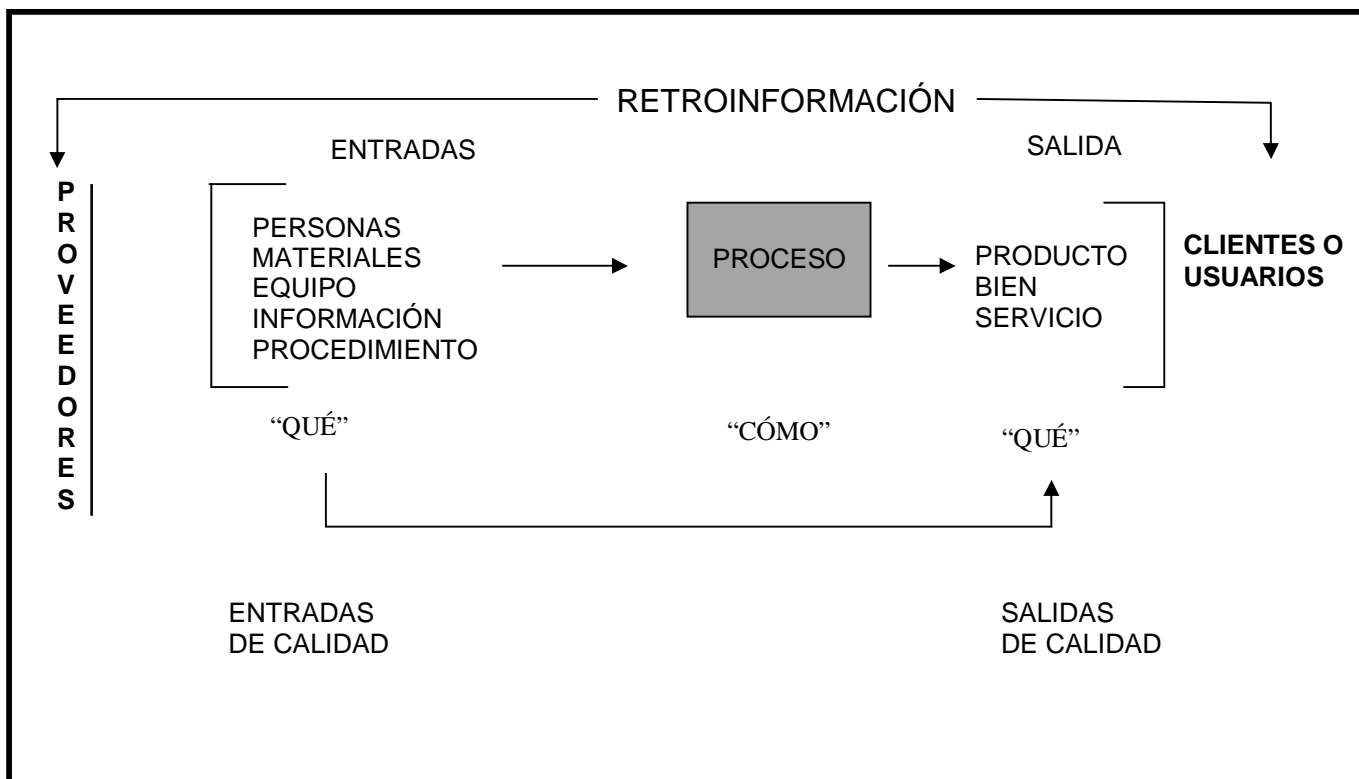
Salidas: Son los bienes, productos o servicios resultantes de un proceso, por tanto deben ser medible, a fin de identificar si satisfacen las necesidades de los usuarios. Hay procesos que tienen una salida para cada usuario y otros que tienen una sola salida que está orientada a varios usuarios. Las salidas del proceso siempre tienen algún efecto en los clientes o usuarios:

- Es justo lo que necesitaba
- Antes me daban mejor servicio
- No es lo que quería
- Puedo comprar esto mismo más barato en otro lugar
-

Usuario: Personas o entidades que se benefician con las salidas, internos (compañeros de trabajo) o externos.

Figura 7

Elementos para Identificar un Proceso.



Nota: “En donde los usuarios se convierten en proveedores y los proveedores en usuarios” Acle Tomasini. (1995). Planeación Estratégica y Control total de Calidad. p.45

En el análisis del desarrollo del proceso es necesario considerar una serie de variables ambientales, metodológicas, personales e interacción. En cada una de ellas hay una serie de elementos a considerar.

Ambientales.- Áreas físicas, mobiliario, insumos, servicios de apoyo, temperatura, iluminación, ventilación.

Metodológicas.- Normatividad, indicadores de personal, programas de capacitación, sistemas de información.

Personales.- Se refiere al desempeño del personal, a su actitud y a su identificación con los objetivos y su misión.

Interacción.- En ellas se consideran la interrelación entre diversos procesos, las relaciones entre el personal del proceso y las relaciones con los usuarios.

Durante un proceso no controlado (medido) se pueden dar uno o varias de las siguientes situaciones: el retraso, inspección o control, el almacenamiento, el retrabajo y el transporte, que entorpecen el mismo, que provoca que se repitan una o varias actividades, se duplique información, aumenten los costos, el tiempo de realización o de espera o provoque quejas.

Lo anterior tiene como resultado productos, bienes o servicios de mala calidad, costos elevados que termina pagando el usuario. Por su parte Harrington (1990) opina que **el Costo de la Mala Calidad**, hace referencia a la pérdida de tiempo, dinero e incluso clientes, por no brindar un servicio o producto de calidad. La Calidad es el valor que recibe el cliente. Los consumidores buscando la calidad y el valor, establecen, las normas de aceptabilidad para los productos y servicios recompensando a los productores eficientes de productos y servicios de mejor calidad y comportamiento. La Calidad no le debe costar al cliente, no tiene por qué pagar el costo de la mala calidad.

Para Picazo y Martínez (1998) cuando se analiza un proceso se deben fijar los límites del proceso: dónde inicia y dónde termina. Se debe tener conocimiento de la misión: qué se hace, cómo se hace, para quién se hace y que lo que aspira a ser y hacer.

El proceso debe estar dirigido por y para el cliente y sus actividades deben agregar valor al proceso. El trabajo de diagnóstico debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Misión del negocio.
- Necesidades presentes y futuras de las personas que laboran en la empresa y las de sus usuarios.
- Conocimiento de la competencia.
- Visión de su negocio.

2.2.1 Características del Proceso

- Deberá ser medible.
- Contener tareas con alto valor agregado.
- Contar con puntos de decisión.
- El personal de la empresa debe estar interrelacionado aunque pertenezca a otro proceso.

- Debe tener un dueño natural con capacidad de actuación y de trabajo en equipos.
- Ser identificado y documentado.
- Favorecer la participación de grupos de trabajo (empleados trabajadores que tienen que ver con las diversas tareas y actividades).
- Poder ser administrado, mejorado, rediseñado, comparado.
- Ser eliminado en caso de no dar resultados favorables para el usuario ya sea interno o externo.

2.2.2 Principios para el Mejoramiento de las Salidas de un Proceso

1. Minimizar o eliminar el desperdicio.
2. Simplificar las tareas o actividades del proceso.
3. Eliminar en caso necesario alguna o varias tareas o actividades del proceso.
4. Combinar pasos del proceso.
5. Diseñar procesos paralelos.
6. Recolectar datos una sola vez en su origen.
7. Tecnología sólo para mejorar el proceso.
8. Intervención de la alta dirección y del personal que conoce el proceso (dueño del proceso) de una o varias áreas.
9. Permitir que los clientes ayuden en los procesos.

2.3 Técnicas y Herramientas de Calidad

La lentitud del crecimiento del control de calidad tuvo poco que ver con problemas del desarrollo de las ideas técnicas y estadísticas. El crecimiento de conceptos como la grafica de control y los planes fundamentales de muestreo pronto quedo establecido.

El trabajo que se estaba realizando era aún básicamente la inspección del trabajo en el taller, lo cual nunca pudo abarcar problemas de calidad como la gerencia del negocio los veía. Esta necesidad llevó al *control total de la calidad*.

Sólo cuando las empresas empezaron a desarrollar una estructura operativa y de toma de decisiones para la calidad del producto que fuera lo suficientemente efectiva como para

tomar acciones adecuadas en los descubrimientos del control de calidad, pudieron obtener resultados genuinos en mejor calidad y costos menores. Este marco de calidad total hizo posible el revisar las decisiones regularmente, en lugar de ocasionalmente, el analizar resultados en el proceso y tomar la acción de control en la fuente de manufactura o de revisión y, finalmente, el detener la producción cuando fuere necesario. Además, proporcionó la estructura en la que las primeras herramientas del control estadístico de calidad pudieron ser reunidas con las otras muchas técnicas adicionales.

Cuando las empresas manufactureras empezaron a descifrar los costos e implicaciones de los montones de desperdicio, el reprocesamiento, y cuellos de botella, éstas se dieron cuenta que la calidad no era solamente un fuerte slogan sino también la forma más rentable de manejar el negocio. De esta manera pusieron en marcha un fuerte movimiento de calidad total y cero defectos. Aquí conviene recordar las experiencias que la industria manufacturera tuvo al darse cuenta de lo que significaba la *calidad* del producto. En efecto, mientras no se medía el efecto de la mala calidad, no hubo avances sensibles en el mejoramiento y control de la misma. Finalmente se llegó a la conocida expresión de que *“la calidad no cuesta, lo que cuesta es la mala calidad”*. (Acle, 1998).

Según Ishikawa (1993) entre las teorías que se cuentan está el **Control Total de Calidad (CTC)** donde el ser humano es el elemento más importante de la empresa, lo considera bueno por naturaleza, para él el CTC es una verdadera garantía de calidad. No sólo encuentra los defectos y fallas en el proceso para corregirlos, sino que busca las causas y a través del **Control Estadístico de Procesos (CEP)**, detecta y corrige dichas causas, él comprende la importancia de los métodos estadísticos. El CTC estimula a la gente a ser más observador, creativo y capaz de cuantificar más hábilmente datos, situaciones, etc. considera que, utilizando estas herramientas, es factible resolver el 95 por ciento de los problemas de calidad y productividad.

De acuerdo a Grant (1995) existen **Siete Herramientas Estadísticas** que son la base de la Calidad Total y Mejora Continua. Su uso por una parte, permite desarrollar un proceso deductivo que va de lo general a lo particular; por la otra constituye una serie de observaciones de un solo problema como si fueran distintos ángulos fotográficos, lo cual crea una visión más completa del mismo. Este hecho es muy importante, porque la simple existencia de algunos datos no garantiza que representen con veracidad una situación

específica. Es preciso procesarlos, para confirmar su utilidad o la necesidad de mayor información. Las siete herramientas son:

1. Diagrama de Pareto.
2. Histograma.
3. Diagrama Causa y Efecto.
4. Diagrama de Dispersión.
5. Estratificación.
6. Gráficas en General y Gráficas de Control.
7. Hojas de Verificación-Diagramas de Flujo

A continuación se explican:

1. Diagrama de Pareto

El Diagrama de Pareto es una gráfica de barras que clasifica, en forma descendente, el tipo de fallas o factores que se analizan en función de su frecuencia (número de veces que ocurren) o de su importancia absoluta y relativa, es aplicable a una gran cantidad de datos. Adicionalmente, permite observar en forma acumulada la incidencia total de las fallas o factores de estudio. Este diagrama facilita clasificar los problemas en orden de importancia, separando aquellos que podrían definirse como vitales de aquellos otros que son triviales, lo cual permite concentrar posteriormente los esfuerzos en los primeros. El principio de Pareto 80-20 (pocos vitales y muchos triviales), establece que el 80% de todos los problemas proviene del 20% de las causas.

Tabla 7

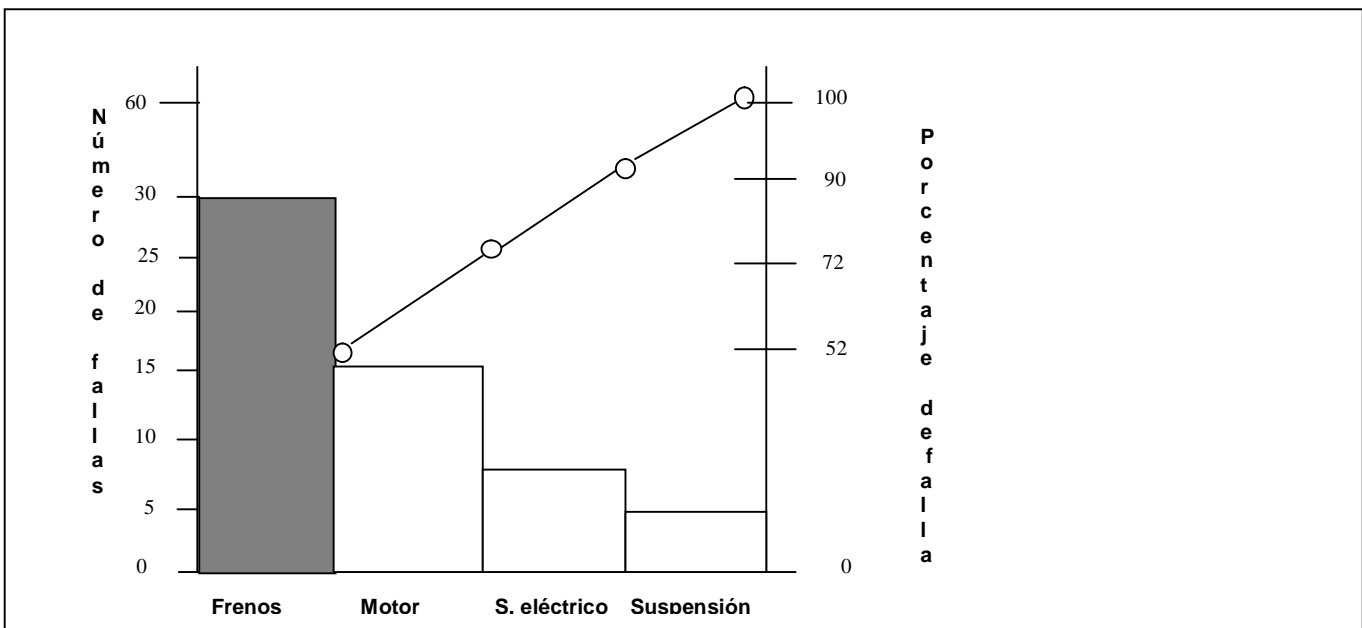
Datos para realizar un Diagrama de Pareto

Origen de la falla	No. De veces	Porcentaje	
		Parcial	Acumulado
Sistema de frenos	30	50%	50%
Motor	15	25%	75%
Sistema eléctrico	10	17%	92%
Suspensión	05	08%	100%
Total	60	100%	100%

Nota: “Es una gráfica de barras que clasifica, en forma descendente, el tipo de fallas o factores que se analizan en función de su frecuencia” Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad. p.80

Figura 8

Diagrama de Pareto



Nota: “Este diagrama facilita clasificar los problemas en orden de importancia, separando aquellos que podrían definirse como vitales de aquellos otros que son triviales” Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad. p.80

2. Histograma

Resume datos de un proceso que han sido recolectados durante un tiempo y presenta gráficamente su distribución de frecuencia en forma de barras.

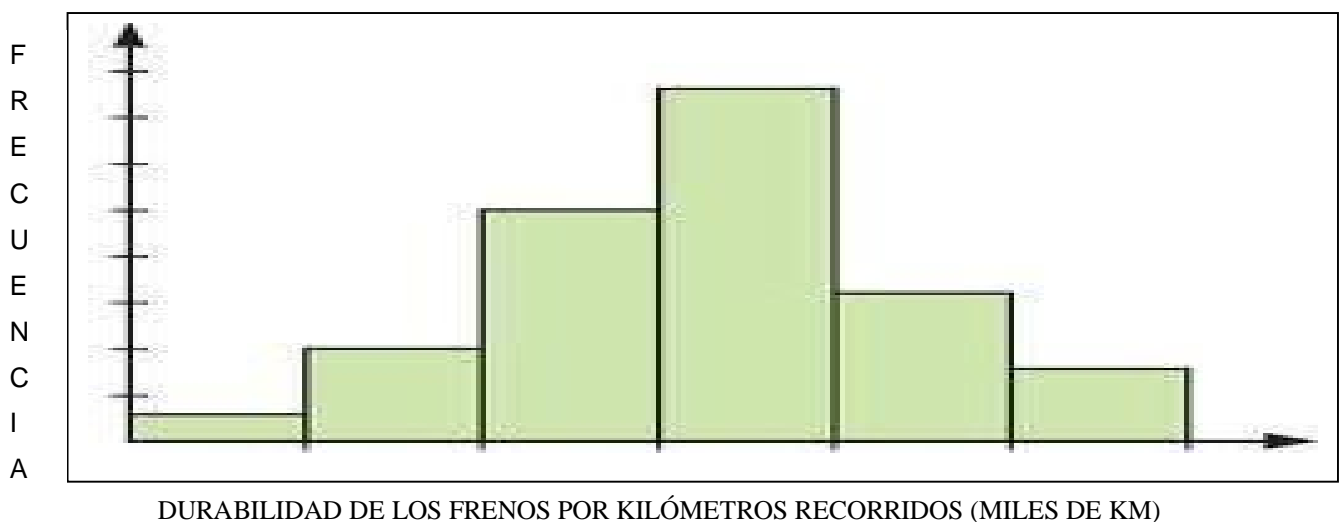
Muestra grandes cantidades de datos que son difíciles de interpretar en forma tabular.

Muestra la frecuencia acumulada de ocurrencia relativa de los diferentes valores de datos.

Ilustra rápidamente la distribución subyacente de los datos.

Figura 9

Histograma



Nota: “Ayuda a indicar si ha habido un cambio en el proceso.” Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad. p.85

3. Diagrama Causa y Efecto

Se conoce además por otros nombres, como **Diagrama Ishikawa** por Kaoru Ishikawa, por ser quien lo diseñó en 1953, o **Diagrama de Espina de Pescado** (que en ocasiones puede ser llegara a ser de espina de ballena o esqueleto de dinosaurio).Representa en forma ordenada todos los factores causales que pueden originar un efecto específico. Uno de sus aspectos más valiosos es evitar las excusas que ocasionalmente se utilizan para justificar el incumplimiento de algún objetivo, pretextando que existen demasiados factores que no es posible controlar al mismo tiempo. El principio del diagrama consiste en establecer que el origen o causa de un efecto puede centrarse en:

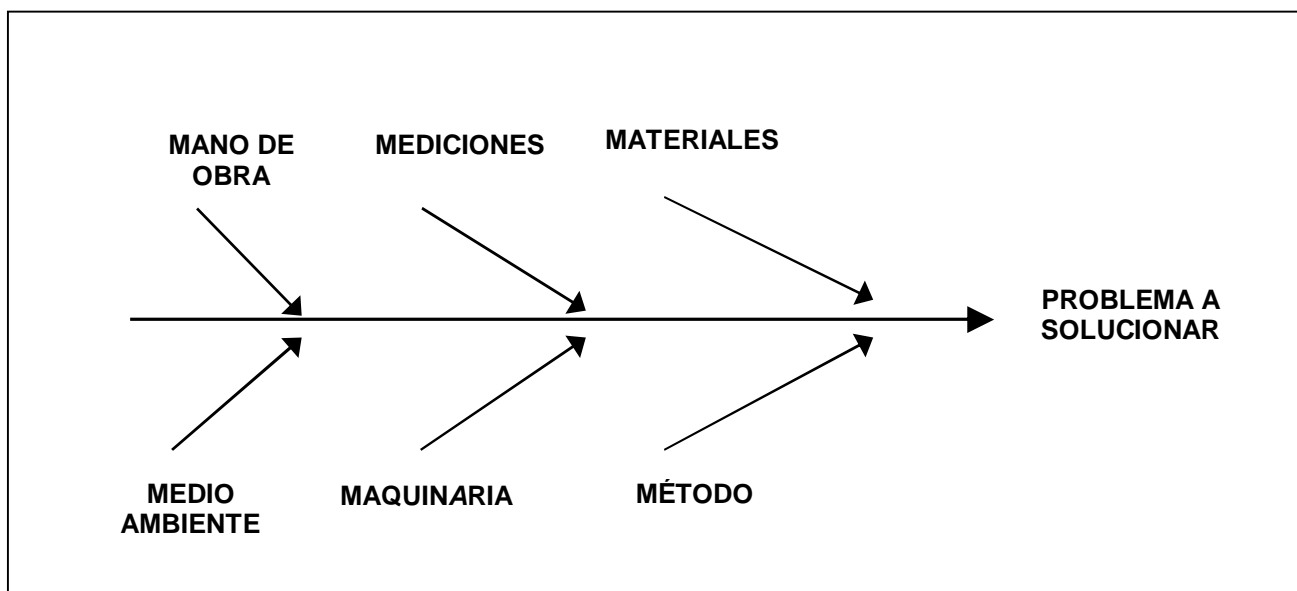
- 1) Los materiales utilizados

- 2) El método empleado
- 3) El equipo (Maquinaria)
- 4) La mano de obra
- 5) Mediciones
- 6) Medio Ambiente

El diagrama puede llegar a ser muy complejo, lo que significará una mayor comprensión del problema por parte de aquellas personas que participen en su elaboración. El diagrama es un punto de partida que permitirá pasar más adelante a un análisis detallado que, evaluando causa por causa, procure encontrar y resolver aquella que sea la responsable del efecto que deseamos controlar. El Diagrama Causa y Efecto es una herramienta básica de la Calidad Total y Mejora Continua y constituye una de sus partes más creativas y activas, dado que estimula a los participantes dándoles un sentido de relación cuando sus puntos de vista son expuestos y tomados en cuenta.

Figura 10

Diagrama Ishikawa o Espina de Pescado



Nota: "Representa en forma ordenada todos los factores causales que pueden originar un efecto específico."

Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad. p.86

4. Diagrama de Dispersión

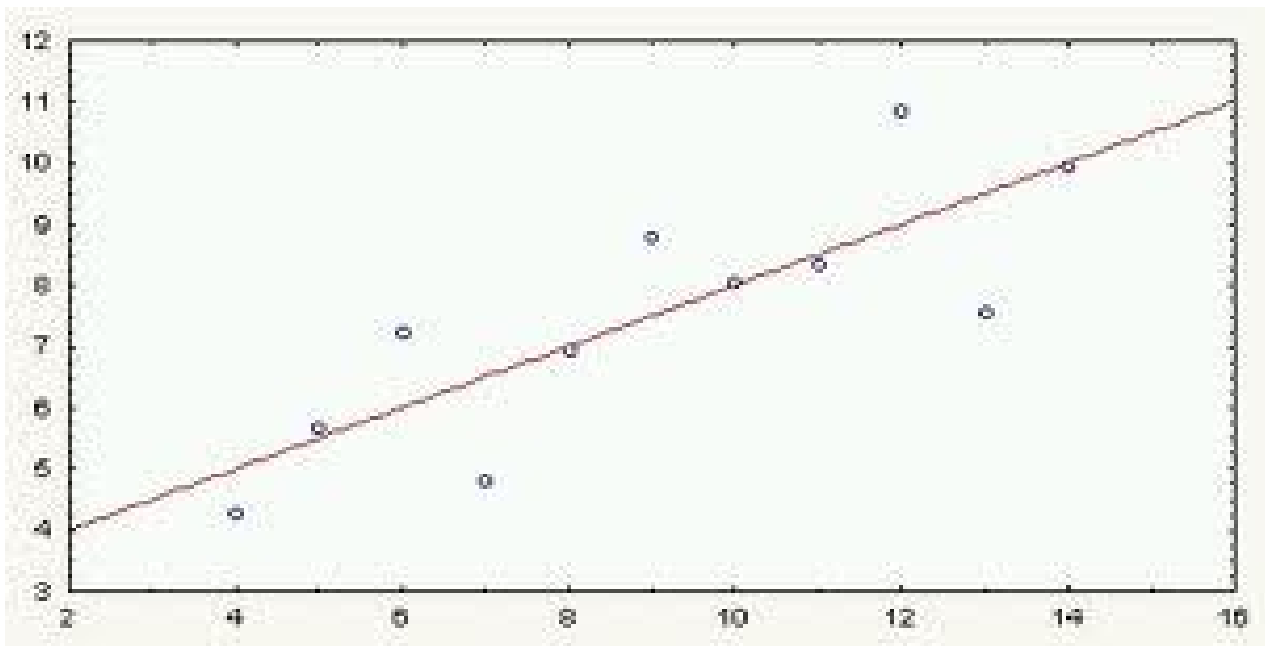
Permite observar la relación que existe entre una supuesta causa y efecto. Su uso permite comprobar o verificar hipótesis que pudieron haberse desprendido del análisis del Diagrama de Ishikawa. Permite estudiar e identificar las posibles relaciones entre los cambios observados en dos conjuntos diferentes de variables.

Suministra los datos para confirmar una hipótesis de que dos variables están relacionadas.

Los datos se muestran como un conjunto de puntos, cada uno con el valor de una variable que determina la posición en el eje horizontal y el valor de la otra variable determinado por la posición en el eje vertical.

Figura 11

Diagrama de Dispersión



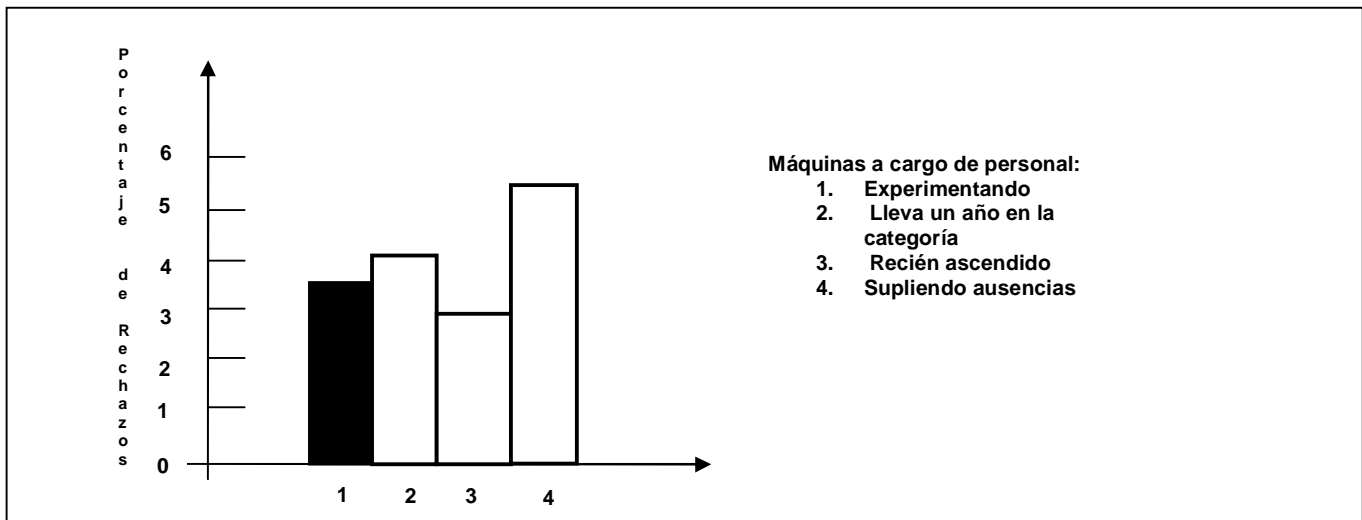
Nota: “Uno de los aspectos de este gráfico, es su capacidad para mostrar las relaciones no lineales entre las variables” Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad.p.88

5. Estratificación

El propósito que se persigue con este análisis es similar al Histograma, pero ahora clasificando los datos en función de una característica común.

Figura 12

Gráfica de Estratificación



Nota: "Es la base para otras herramientas como el Análisis de Pareto y se utiliza conjuntamente con otras herramientas como los Diagramas de Dispersión" Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad.p.90

6. Gráficas en General y Gráficas de Control

Para observar la calidad, se puede emplear una amplia variedad de gráficas: de puntos, líneas, barras, de pastel, etcétera. Lo importante es que sean claras, por lo que se debe seleccionar aquella que se juzgue representa con más objetividad lo que se desea exponer y que permita una comprensión rápida y exacta. Las Gráficas de Control son Diagramas Lineales que se usan paralelamente al proceso de producción, es decir, que se hacen sobre la marcha, lo que permite observar el comportamiento de una variable en función de ciertos límites establecidos. Por ello constituyen uno de los principales instrumentos de autocontrol y resultan muy útiles como apoyo al diseño de los diagramas causa y efecto, cuando éstos se subdividen fases del proceso.

Figura 13
Graficas de Control



Nota: "Permite observar el comportamiento de una variable en función de ciertos límites establecidos"
Grant, Eugene. (1995). Control Estadístico de Calidad. p.90

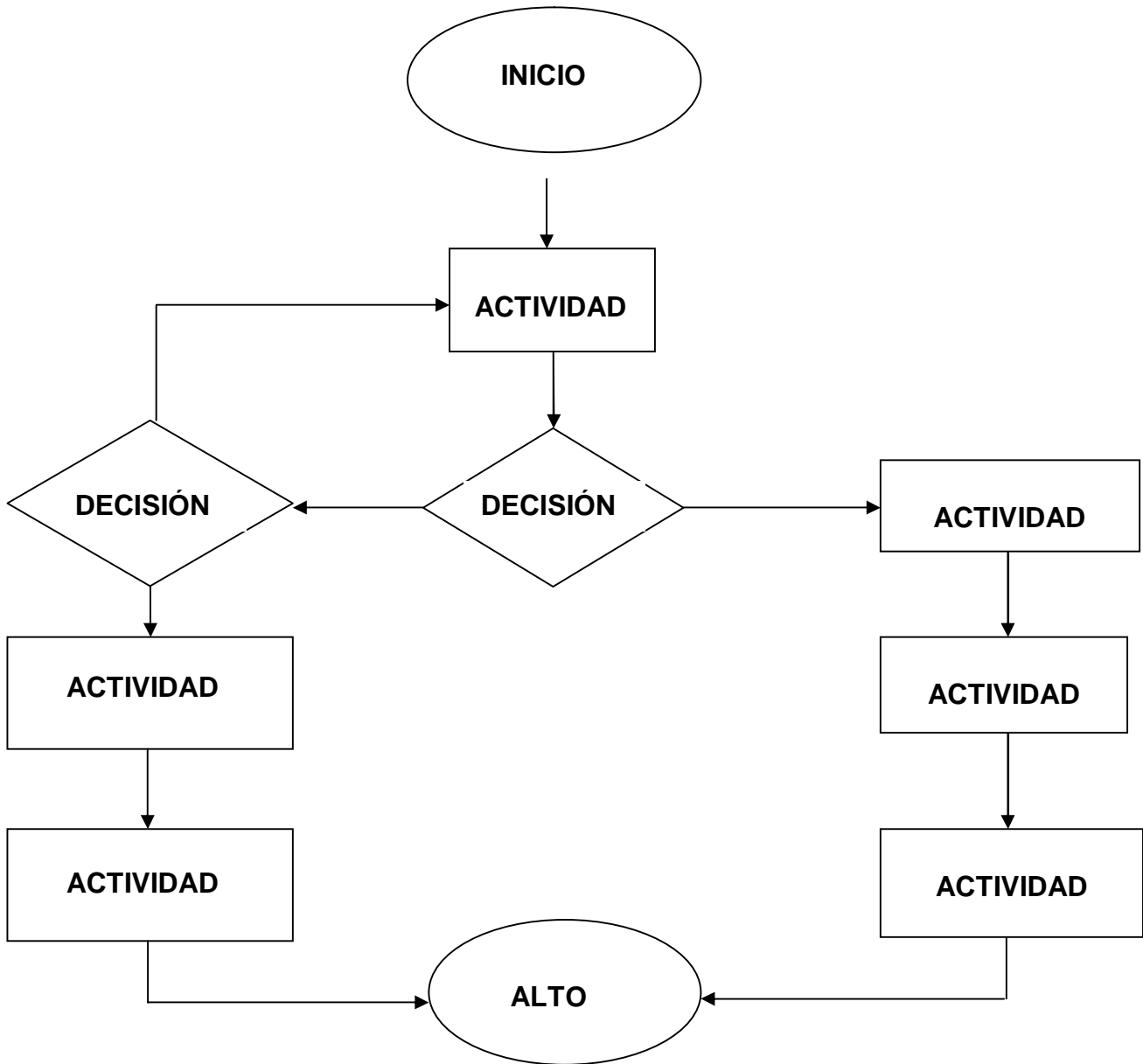
7a. Hojas de Verificación

Un aspecto fundamental en el análisis de cualquier problema, es partir de información veraz que haya sido recolectada en forma correcta. Para tal fin se utilizan las Hojas de Verificación, cuyo formato permite la recopilación de datos de manera ordenada y simultánea al desarrollo del proceso. De ahí que se le considere también como un instrumento para el autocontrol orientado a la inspección, a partir de la cual se pueden trazar Gráficas Lineales y Diagrama de Pareto, con el fin de profundizar sobre las posibles causas de defectos en el producto.

7b. Diagrama de Flujo

Permite que el equipo identifique el flujo o secuencia real de los eventos en el proceso que cualquier producto o servicio sigue. Muestra complejidad inesperada, áreas problemáticas, redundancia, y los puntos donde puede que sea posible la simplificación y la estandarización. Compara y establece un contraste entre el flujo real y el flujo ideal de un proceso para identificar las oportunidades de mejora. Permite que el equipo llegue a un acuerdo con respecto a los pasos del proceso y examine qué actividades podrían tener impacto sobre el rendimiento o comportamiento del proceso. (Acle, 1998).

Figura 14
Diagrama de Flujo



Nota: "Permite establecer un contraste entre el flujo real y el flujo ideal de un proceso" Acle, Tomasini. (1998).
Planeación Estratégica y Control Total de Calidad. p.156

2.3.1 Para Qué Medir

- Para determinar qué tan bien está una empresa y si sus proveedores cumplen con los requerimientos
- Para determinar que tan cerca se está de un objetivo
- Para rastrear el logro de metas
- Para conocer cuándo se ha utilizado una mejora o cuándo se requiere una mejora
- Para rastrear el uso de recursos y que tan eficientemente han sido utilizados
- Para proporcionar información que soporte decisiones para la mejora del proceso

2.4 Método de la Mejora Continúa e Importancia (Mejoramiento Continuo de la Calidad)

La mejora continua tiene su razón de ser en la satisfacción del cliente o usuario, por lo tanto está íntimamente ligada al proceso. La mejora continua como su nombre lo indica es mejorar cada uno de los productos, bienes o servicios que recibe el usuario o cliente y esta mejora deberá hacerse cada tiempo determinado porque el cliente se inconforma constantemente por lo tanto buscará otras alternativas y será entonces el mejor postor el que le ofrezca un producto o servicio de calidad en tiempo, costo, funcionalidad, servicio, duración y en muchos casos innovación. Pero no se queda hasta ahí la mejora continua, debe abarcar cada una de las actividades o tareas de un proceso, así como las entradas del mismo los cuales deberán ser de calidad para poder atraer, tener y retener clientes. De esta manera una empresa de calidad no es la que satisface necesidades sino la que las crea en el usuario. (Macías, 1995).

La mejora continua es un enfoque sistemático a todos los niveles de la organización para mejorar de modo continuo todos los procesos y lograr productos y servicios de calidad que permitan enfrentarse a los retos de hoy y prepararse para el futuro. El proceso de mejora que enfoca también la administración y a la fuerza laboral en metas objetivas claramente

definidas en común, nos da un método sistemático para realizar cambios y estimular la cooperación en el trabajo, lo que aumenta la satisfacción y el compromiso laboral. (Acle, 1998).

Según Acle (1998) existen Cuatro Principios Básicos de la Mejora Continua:

1. **Desarrollar un enfoque fuerte hacia la satisfacción del cliente.-** Incluye las necesidades tanto de los clientes externos como de los clientes internos.
2. **Mejorar continuamente todos los procesos.-** Por lo menos el 85% de los problemas de las empresas se resuelven mejorando los procesos. Una capacitación adecuada para mejorar las aptitudes para el trabajo resolverá otro 10% solo alrededor de 5% de los problemas de la empresa son problemas de personal. Para ello se deberá identificar el proceso a mejorar, evitar el desperdicio, el retrabajo, la inspección y en caso necesario simplificar o eliminar tareas no necesarias.
3. **Hacer que los empleados participen.-** Propiciar el trabajo en equipo, capacitar a los empleados, apoyarlos, celebrar sus logros, tener empleados satisfechos, adquirir la cultura de prevención. El personal conoce mejor sus propios procesos de trabajo y propondrá formas excelentes para mejorarlo cuando se le brinde la oportunidad. Este enfoque es enseñar a todo el personal de la empresa a ir perfeccionando los procesos para que la mejora en efecto sea continua.
4. **Movilizar tanto los datos como el conocimiento del equipo para mejorar la toma de decisiones.-** Hacer uso de las herramientas de calidad para obtener el máximo de sus datos y del conocimiento de los miembros del equipo:
 - Mostrar gráficamente los datos numéricos y de textos para que los miembros del equipo puedan descubrir los patrones de los datos con facilidad, e inmediatamente concentrarse en los objetivos más importantes que necesitan mejora.
 - Desarrollar un consenso de equipo respecto al plan a seguir para la mejora.
 - Proporcionar una salida segura y eficiente para las ideas a todos los niveles.

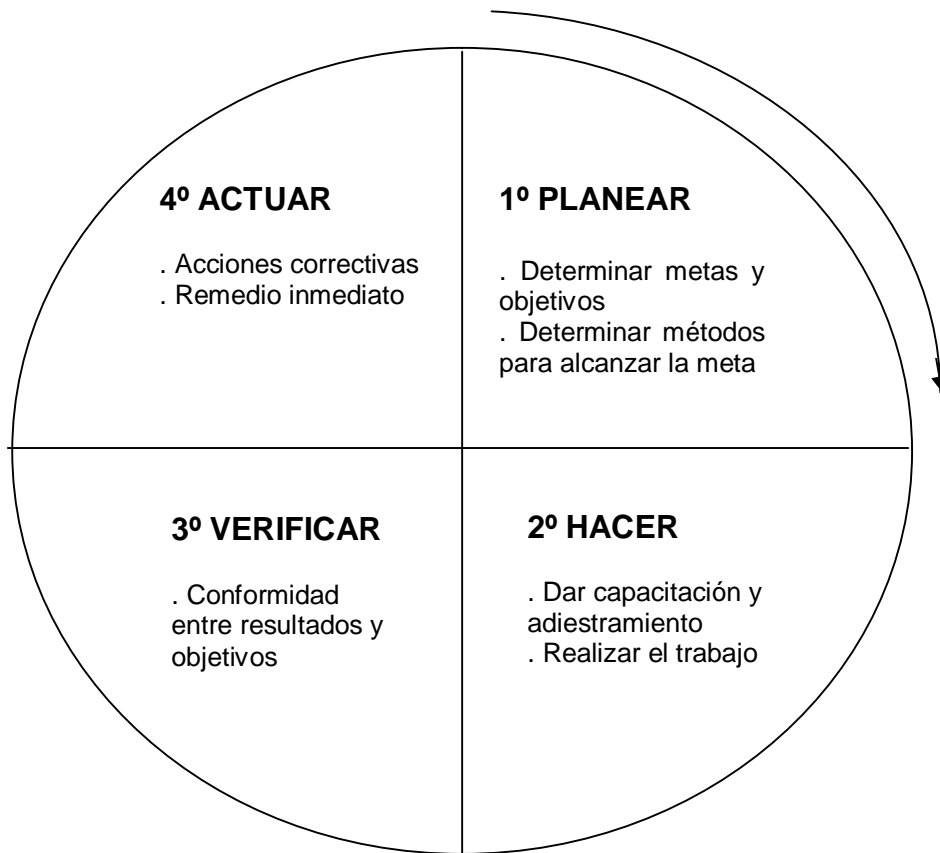
La Mejora Continua es un enfoque administrativo que vincula aspectos técnicos con humanos. Por ello, una parte fundamental para asegurar su adecuada implantación es el establecimiento de un programa de desarrollo, es decir, un cambio planeado en la formación y desarrollo de sus recursos humanos y orientados al logro de sus objetivos estratégicos. La Mejora Continua no es una acción parcial para ser desarrollada sólo por algunas áreas que operan en ciertos niveles de una empresa, sino que debe ser un esfuerzo permanente de toda la organización en su conjunto. Es un movimiento que, una vez iniciado, no tiene final; siempre existirá algo más que se pueda mejorar.

La Mejora Continua busca de manera sistemática y con la participación organizada de todos los miembros de una empresa, elevar consistente e integralmente su calidad, previendo el error y haciendo de ésta mejora constante un hábito. Esto quiere decir mejores productos, mejores procesos y costos, garantizar su supervivencia, contribuir a desarrollar el país del que forma parte y mejorar la calidad de vida de sus trabajadores y empleados

La calidad requiere control y, a su vez, éste hace necesario un método universalmente aceptado que permita diagnosticar en forma ordenada aquello que se desea resolver o mejorar. En la práctica y, se actúa sin método, lo que tiende generalmente a centrar los esfuerzos en resolver los efectos más evidentes y no en resolver las causas fundamentales. Deming (1991) plantea un **Círculo o Ciclo de Control** con sus cuatro acciones (planear, hacer, verificar y actuar) proporciona una metodología que permite formular proyectos a partir de las necesidades del cliente, realizando análisis, proponiendo y ejecutando acciones para evitar la recurrencia de problemas, hasta llegar a la verificación de resultados y proponer mecanismos para mantener la mejora continua. Estas cuatro acciones constituyen los aspectos fundamentales de un concepto de control definido como un proceso organizado, para verificar si el trabajo (proceso) ha sido hecho en conformidad con los planes e instrucciones señalados y corregir desviaciones mediante acciones correctivas.

Figura 15

Círculo de Control



Nota: “Si éste ciclo no se concluye, significará que no existe control.” Deming, Edward. (1991). *Calidad Productiva y Competitividad*. p.35

1º PLANEAR

Planear implica la definición y el establecimiento de los planes y procedimientos para alcanzarlos; es decir, qué hacer y cómo hacerlo. En primer término se realiza una etapa de diagnóstico y análisis, utilizando métodos estadísticos (las siete herramientas), con el fin de conocer con un razonable grado de certeza cuales son los principales factores causales de la desviación.

2º HACER

A partir de este diagnóstico se realizan una serie de acciones que, se juzga, resolverán el problema, lo cual hace indispensable dar adiestramiento y capacitación a quienes tengan que realizarlas no sólo en su tarea específica, sino en toda la metodología de análisis y seguimiento que deben emplear para que eventualmente sean capaces de auto controlarse.

3º y 4º VERIFICAR Y ACTUAR

Consiste en comparar el objetivo y metas planteadas con datos reales, con el propósito de conocer si estamos avanzando por el camino correcto, o bien, hay que aplicar medidas correctivas e iniciar el ciclo de nueva cuenta, lo que con seguridad llevará a nuevos diagnósticos de la situación original.

Para la Mejora Continua lo ideal, menciona Macías (1995) es empezar en la 3º etapa a la que él llama **Diagnóstico**, ya que no se puede mejorar nada que no se conoce. Para mejorar un proceso se necesita re andar el proceso desde el inicio hasta el final y viceversa, eliminando las variaciones y los defectos obvios, para controlarlo y hacerlo más previsible, regresar una vez para determinar los errores y continuar luego con ciclos de mejora continua. Después de haber identificado, mediante el diagnóstico, las áreas sólidas de los procesos (evidencias que impactan favorablemente al usuario), se procede a corregir las áreas de oportunidad encontradas donde la priorización dependerá de las necesidades del usuario y de la fuerza financiera de la organización. Normalmente esta etapa deberá realizarse en tiempos cortos de 3 a 9 meses y provoca una sensación de mejora acelerada dado que reduce los costos de los procesos.

Figura 16
Círculo de Mejora



Nota: “La reducción de fallas es sólo una parte de la mejora del proceso.” Macías, Raúl. (2000). Herramientas para Mejorar Nuestra Organización p.38

La idea de una mejora continua puede ser nueva para una organización, que está acostumbrada a pensar en función de niveles aceptables de fallas. Las empresas que permiten niveles aceptables de fallas tal vez no sean conscientes de los costos elevados de una sola falla.

Una hipótesis que respalda a la mejora continua es que siempre es factible reducir las fallas.

El mejoramiento constante de los procesos conduce a costos más bajos, puesto que reduce los recursos necesarios para generar resultados al tiempo que éstos se vuelven más predecible, de ahí la importancia de la mejora continúa.

2.5 La Capacitación como Cambio Organizacional

Cambiar actitudes, modificar hábitos, introducir nuevos valores y desechar vicios son tareas que exigen esfuerzo tenaz y constancia, lo cual es válido tanto para un individuo como para una colectividad. Desde luego que en éste último caso como sería el de una empresa las cosas se pueden complicar, puesto que no sólo se habla de una persona aislada, sino de la inevitable interacción que ocurre entre ellas.

Una empresa es un universo de individualidades que no sólo tienen distintos niveles jerárquicos, también diferentes antecedentes culturales, geográficos, académicos, administrativos y laborales. El reto al implantar y desarrollar una nueva cultura organizacional, está en aprovechar en ella el fomento de nuevos valores como el hábito de la mejora continua. Esto puede llevarse a cabo a través de la capacitación, la cual de acuerdo a Acle (1995) junto con el desarrollo de personal, es toda actividad realizada en una organización, respondiendo a las necesidades que busca mejorar:

- La actitud
- Conocimiento/ habilidades o
- Conductas de su personal.

Concretamente, la capacitación:

- *Busca perfeccionar al colaborador en su puesto de trabajo,*
- *En función de las necesidades de la empresa,*
- *En un proceso estructurado con metas bien definidas.*

La necesidad de capacitación surge cuando hay diferencia entre lo que una persona debería saber para desempeñar una tarea, y lo que sabe realmente.

Los programas de capacitación y desarrollo ayudan a la gente a prepararse para el cambio, y luego a moverse a través del proceso de cambio.

Cuando la compañía comienza a modificar tecnologías y estructura, también debe modificar la manera en que piensa la gente acerca de los procesos de producción y los sistemas de administración, ha de ayudar también a sus empleados a desarrollar nuevas habilidades.

La capacitación permite desarrollar una conciencia colectiva por la calidad a partir de la enseñanza.

El aspecto fundamental de un cambio de cultura organizacional es el programa educativo; éste representa una actividad permanente que comprende todos los aspectos de capacitación para la calidad, y tiene dos propósitos: concienciar (sensibilizar) a todo el personal respecto a la naturaleza, alcances y objetivos de la Mejora Continua e iniciar la capacitación sobre su metodología de análisis y aspectos técnicos de la misma y por ende hacia la calidad, la administración participativa y el trabajo en equipo.

De acuerdo a Acle (1995) un punto fundamental es desarrollar una conciencia de grupo lo cual resulta indispensable para la Mejora continua. Desarrollar dicha conciencia o actitud de grupo es central para convertir la filosofía de la Mejora Continua en hechos concretos y romper las barreras que impiden la integración personal.

Para apoyar lo anterior, el Psicólogo juega un papel fundamental. Puede apoyar actividades necesarias que permiten el logro de los objetivos de calidad y el análisis y desarrollo óptimo de los procesos, asesorando, orientando y dirigiendo equipos de mejora del proceso a través de las Herramientas de Calidad para que el personal de los diferentes servicios lleven a cabo el análisis de su proceso y planteen mejoras o alternativas de solución en beneficio de ellos mismos, de su servicio y de los derechohabientes. Lleva a cabo la capacitación en las diferentes áreas o dependencias dentro de su jurisdicción con el propósito de establecer la programación de cursos que permitan el cambio de actitudes, el desarrollo de habilidades y/o la adquisición de nuevos conocimientos a los trabajadores de una empresa, fomenta la cultura de calidad, evalúa, procesa y da seguimiento a los resultados por la aplicación de los programas de capacitación.

MÉTODO

Planteamiento y Justificación del Problema

Uno de tantos objetivos que busca la Seguridad Social es la atención de calidad, existen un gran número de quejas e insatisfacciones por parte del que otorga el servicio como del que lo recibe.

Esta problemática está presente en todos los niveles sin importar el sexo, la edad o la condición social. El IMSS preocupado por otorgar un buen servicio, cubrir las necesidades de sus derechohabientes, mejorar la satisfacción del trabajador y elevar sus indicadores de productividad, ha implementado a través del tiempo una serie de acciones que aseguren la calidad de sus procesos, sin embargo ha seguido teniendo deficiencias, por eso, decidió continuar con la implementación de estrategias eficaces que atacaran la problemática de raíz, incidiendo en las razones reales de las referidas deficiencias y consolidando una dinámica de organización y trabajo que permitiera la constitución de una Cultura de Calidad, orientada permanentemente a la satisfacción real y total de las necesidades de los derechohabientes y la satisfacción laboral y personal de los trabajadores que la conforman.

Se eligió el servicio de Cirugía General por ser uno de los procesos más afectados, debido al número de urgencias y subespecialidades quirúrgicas que se atienden en solo 4 quirófanos, estas subespecialidades Quirúrgicas son once: Cirugía General, Torácica, Urología, Oftalmología, Pediatría, Otorrinolaringología Reconstructiva, Proctología, Maxilofacial, Oncología y Angiología, las cuales operan en los turnos matutino y vespertino. (IMSS, 2003 g).

Al inicio de esta investigación, el servicio de Cirugía General contaba con 380 pacientes programados para cirugía y una suspensión de hasta 110 de ellos, así como con 346 quejas al mes. (IMSS, 2003 f). Anexo 1

Para fines de este trabajo, se conformó un Equipo de Mejora de la Calidad con personal operativo involucrado en el proceso de Cirugía General y el Jefe de esta área con el objetivo de atacar algunas de las causas que originaban el diferimiento quirúrgico y las quejas de los derechohabientes en este servicio. Anexo 2.

Ya que generaban:

Al paciente:

- 1º. Que se agudizará su padecimiento, poniendo en riesgo su vida (IMSS, 2003 b; IMSS, 2003 c)
- 2º. La posibilidad de adquirir cáncer o de que alguno de sus órganos vitales se deteriore (IMSS, 2003 b; IMSS, 2003 c)

A nivel Administrativo:

- 1º .Diferimiento quirúrgico (Entendiéndose éste como la suspensión de una cirugía y una nueva programación en otra fecha posterior a la inicial) provocándose la acumulación de pacientes con rezago quirúrgico y por ende sobresaturación de la consulta al tener que regresar con su médico para que le dieran una nueva cita operatoria. (IMSS, 2003 e).
- 2º. Reprogramación de la cita en admisión y anestesia. (IMSS, 2003 e).

Al IMSS:

- 1º. Baja productividad. (IMSS, 2003 d)
- 2º. Repetición de estudios preoperatorios de laboratorio y rayos X, estudios de valoración preoperatoria y cardiopulmonar (estos últimos realizados por medicina interna). (IMSS, 2003 d).

Objetivo General

Disminuir el número de cirugías programadas que se suspenden en un mes de 110 a 60

Objetivos Específicos

1. Disminuir cirugías suspendidas por causas inherentes a los derechohabientes
2. Disminuir cirugías suspendidas debido a la falta de tiempo quirúrgico.
3. Lograr que el almacén delegacional surta a tiempo equipo y material de curación, para evitar diferimiento quirúrgico.
4. Disminuir diferimiento quirúrgico, ocasionado por la falta de valoración pre anestésico.
5. Disminuir cirugías suspendidas si los médicos y anestesiólogos inician la cirugía en el horario en la cual es programada.
6. Disminuir cirugías suspendidas si se equipa y se utiliza el quirófano 4.
7. Disminuir diferimiento quirúrgico si la plantilla de enfermeras se completa.

Variables Conceptuales

De acuerdo a García (2003):

Número de Cirugías Programadas.- Citas operatorias registradas en un libro de actividades quirúrgicas, que tienen por objeto la curación de las enfermedades por medio de operaciones hechas con instrumentos generalmente cortantes.

Horario de Inicio para Realizar una Cirugías.- Horario programado en el cual el médico da comienzo a una actividad o cirugía programada.

Suspensión de Cirugías.- Cancelar y/o retrasar una cirugía a una fecha posterior a la otorgada previamente.

Instalaciones Insuficientes.- Áreas provistas de los medios necesarios para llevar a cabo una actividad profesional pero que resultan escasas

Escaso Tiempo Quirúrgico.- Limitado horario para realizar una operación quirúrgica.

Valoración Pre quirúrgica de Anestesia.- Evaluación de un paciente antes de realizarle una cirugía.

Demora en el Paso de Visita a Pacientes Hospitalizados.- Tardanza en la valoración de una persona que es, o va a ser reconocida médicamente.

Plantilla Insuficiente de Enfermeras.- Escasa relación de personal de la categoría de enfermería de un servicio público o privado.

Exámenes de Laboratorio no Vigentes.- Estudios de laboratorio no validos.

Inasistencia del Cirujano o Anestesiólogo.- Falta de asistencia del personal de una institución pública o privada.

Satisfacción del Derechohabiente.- Persona que ve cubierta su necesidad al recibir un servicio. Cumplimiento del deseo o del gusto.

Satisfacción del Prestador del Servicio.- Persona que otorga un servicio en beneficio de otra y se siente complacido por esto y con las actividades que realiza.

Quejas de los Derechohabientes.- Las inconformidades presentadas por los usuarios de un servicio.

Variables Operacionales

Número de Cirugías Programadas.- Son aquellas citas operatorias registradas en el libro de actividades quirúrgicas (IMSS, 2003 f), en el transcurso de un mes en el horario matutino y vespertino.

Horario de Inicio para Realizar una Cirugía.- Hora programada en la cual el médico da comienzo a una cirugía de acuerdo al libro de registro diario de actividades quirúrgicas. (IMSS, 2003 f).

Suspensión de Cirugías.- Suspender y/o retrasar una cirugía a una fecha posterior a la otorgada previamente, de acuerdo al libro de registro diario de actividades quirúrgicas. (IMSS, 2003 f) y al informe mensual de causas de suspensión de cirugías en servicio de enfermería. (IMSS, 2003 b).

Instalaciones Insuficientes.- Quirófanos provistos de los medios necesarios para llevar a cabo una cirugía pero que resultan escasos de acuerdo al registro de distribución de cirujanos de las salas de planta alta. Anexo 16.

Escaso Tiempo Quirúrgico.- Insuficientes horario para realizar un evento quirúrgica, de acuerdo al registro de distribución de cirujanos de las salas de planta alta. Anexo 16.

Valoración Pre quirúrgica de Anestesia.- Evaluación de un paciente antes de realizarle una cirugía de acuerdo a la hoja de de registro pre anestésico de cada procedimiento. (IMSS, 2003 h).

Demora en el Paso de Visita a Pacientes.- Tardanza en la valoración de los pacientes que se encuentran hospitalizados, de acuerdo al informe mensual de productividad quirúrgica de quirófanos planta alta. (IMSS, 2003 e).

Plantilla Insuficiente de Enfermeras.- Escasa relación del personal de enfermería, de acuerdo al catalogo nacional de descripción de puestos. (IMSS, 2003 a).

Exámenes de Laboratorio no Vigentes.- Estudios de laboratorio sin validez, por tener más de treinta días realizados, de acuerdo al informe mensual de causas de suspensión de cirugías en servicio de enfermería. (IMSS, 2003 b).

Inasistencia del Cirujano o Anestesiólogo.- Los cirujanos y/o anestesiólogos, no se presentan a laborar. De acuerdo al informe mensual de causas de suspensión de cirugías en servicio de enfermería. (IMSS, 2003 b).

Satisfacción del Derechohabiente.- Persona que ve cubierta su necesidad al recibir un servicio de acuerdo a la encuesta aplicada. Anexo 8.

Satisfacción del Prestador del Servicio.- Persona que otorga un servicio en beneficio de otra y se siente complacido por esto y con las actividades que realiza, de acuerdo a la encuesta aplicada. Anexo 9.

Quejas de los Derechohabientes.- Inconformidades de los usuarios presentadas a través de un formato de quejas, medidas por su frecuencia, recibidas en buzón o directamente en la jefatura de Cirugía, en un lapso de un mes.

Diseño de Investigación

Tomando en cuenta lo que afirman Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) “En un estudio pueden incluirse uno o varios diseños de investigación” (p.157).

Este estudio cuenta con dos tipos de diseño: El **Diseño No Experimental Transversal o Transeccional de tipo Correlacionales-Causales** y el **Diseño de Muestras Independientes Sucesivas**.

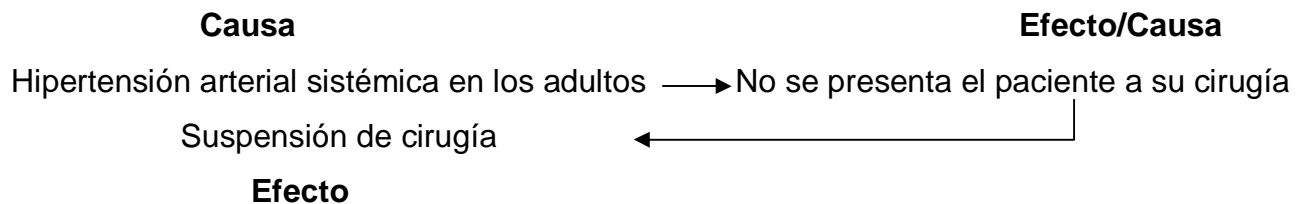
Es No Experimental porque no se manipularon deliberadamente las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables, ya que estas ya se habían presentado y sólo se observó el problema o fenómeno en su ambiente natural para posteriormente analizarlo. (Hernández Sampieri et al. 2006).

Ejemplo de ello son algunas de las variables que a continuación se presentan y que ya existían al momento de estudiar el problema:

- No se presenta el paciente a su cirugía.
- Número insuficiente de quirófanos para la demanda excesiva de pacientes para cirugía.
- Infecciones de vías respiratorias altas en los niños y adultos.
- Hipertensión arterial sistémica en los adultos.
- No se especifica por parte del médico tratante las horas de ayuno indispensables para llevar a cabo la operación.

De acuerdo a Hernández Sampieri et al. (2006) es transeccional porque los datos fueron recolectados en un solo momento y su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Ejemplo: analizar las variables que causan la suspensión de cirugías programadas en un mes.

Transeccional correlacionales-causales porque como se mencionó antes, se describieron las variables en un momento determinado en función de la relación causa - efecto (causales). Ejemplo:



Lo importante fue conocer la relación que existía entre las variables.

Se llevo a cabo el análisis de las variables que provocaron el problema y cuáles fueron sus efectos para finalmente llegar a la causa raíz.

En este tipo de diseño transeccionales correlaciones –causales, las causas y efectos ya ocurrieron en la realidad, ya estaban dados y manifestadas, no fueron provocadas por el investigador.

De acuerdo a Shaughnessy John, Zechmeister Eugene y Zechmeister Jeanne (2007) es un Diseño de Muestras Independientes Sucesivas, porque no se trabajó con la misma muestra. Los primeros 380 derechohabientes programados para cirugía y que contestaron la encuesta de satisfacción, no fueron los mismos 380 derechohabientes programados para cirugía y encuestados después del tratamiento aplicado.

El mismo conjunto de preguntas se aplicó a cada muestra de encuestados, las muestras se obtuvieron de la misma población (derechohabientes programados para cirugía).

Este tipo de diseño permitió comparar los cambios de actitud y comportamiento de los derechohabientes programados para cirugía.

Muestra

Es una muestra No Probabilística, porque la elección de los elementos no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. (Hernández Sampieri et al. 2006).

La investigación fue sobre la suspensión de cirugías exclusivamente del servicio de Cirugía General, por tanto la muestra elegida fue de 380 derechohabientes programados para cirugía, en Cirugía General exclusivamente.

Sujetos (Prestadores del Servicio que conformaron el Equipo de Mejora de la Calidad)

Tabla 8 Integrantes del Equipo de Mejora del Proceso.

Sujetos	Institución	Categoría	Área	Nivel de estudios
1	Hospital General de Zona del IMSS	Jefe de Cirugía	Cirugía General	Médico especialista en Cirugía General
1	Hospital General de Zona del IMSS	Médico no familiar	Cirugía General	Médico especialista en Otorrinolaringología
1	Hospital General de Zona del IMSS	Médico no familiar	Cirugía General	Médico especialista en Urología
1	Hospital General de Zona del IMSS	Enfermería	Cirugía General	Especialista en Instrumentos Quirúrgicos
1	Hospital General de Zona del IMSS	Médico no Familiar	Anestesia	Médico Especialista en Anestesia
1	Hospital General de Zona del IMSS	Médico no Familiar	Anestesia	Médico Especialista en Anestesia
1	Hospital General de Zona del IMSS	Almacenista	Almacén	preparatoria
2	Hospital General de Zona del IMSS	Asistentes médicas	Admisión de Cirugías	Secundaria
1	Hospital General de Zona del IMSS	Jefe de servicios básicos	Servicios Básicos	Secundaria

Nota: “El personal que integra un equipo de mejora es quien conoce el proceso a analizar”

Instrumentos de Medición:

- **Mapa de los Procesos Involucrados en el Servicio de Cirugía.** (Macías, 1995) Anexo 2.
- **Diagrama de Flujo del Proceso de Cirugía.** (Grant, 1995) Anexo 4
- **Matriz de Contribución del Proceso Detallado del Servicio de Cirugía (Análisis del Proceso I y II).** (Macías, 1995) Anexo 5y 6
- **Matriz de Contribución Posibilidades de Medición Indicadores del Proceso de Cirugía.** (IMSS, 2003 e) Anexo 7.
- **Encuesta de Satisfacción del Derechohabiente.** (Grant, 1995). Anexo 8
- **Encuesta de Satisfacción del Prestador del Servicio.** (Grant, 1995). Anexo 9
- **Histograma.** (Grant, 1995).
- **Matriz de Contribución Determinación de Causas (Lluvia de Ideas).** (Rascón, 1991). Anexo 10
- **Diagrama Causa-Efecto.** (Rascón, 1991) Anexo 11
- **Diagrama de Pareto.** (Grant,1995) Anexo 12
- **Matriz de Contribución Selección de la Soluciones (Ahorros y Beneficios).** (Rascón, 1991). Anexo 13
- **Matriz de Contribución Prueba de las Soluciones Propuestas.** (Rascón, 1991) Anexo 14

Material (es):

- **Curso Juntos por la Calidad.** (IMSS, 2000). Anexo 3
- **Hoja de Registro Diario de Causas de Suspensión de Cirugías.** (IMSS, 2003 b). Anexo15
- **Matriz de Distribución de Cirujanos de los Turnos Matutino y Vespertino.** Anexo 16
- **Instrucciones de Internamiento.** Anexo 17

Procedimiento

Para llevar a cabo el análisis del proceso de Cirugía General, se realizaron una serie de actividades en varias fases, como a continuación se describen:

Fase 1.- El equipo de mejora se estructuró con personal del área de cirugía general y personal de otras áreas que conociera y/o manejara algún proceso involucrado con el servicio de cirugía general, anexo 2. Se les invitó a participar, comunicándoles el objetivo del trabajo y haciendo hincapié en que su participación era voluntaria.

Fase 2.- Se elaboró un **programa de trabajo** con los integrantes del equipo de mejora de la calidad en el que se asignaron los días, horario y lugar donde se llevarían a cabo las sesiones de trabajo. Se establecieron las normas de trabajo y compromiso a los que se apegarían durante las sesiones.

Fase 3.- Se **impartió el Curso Juntos por la Calidad** a los integrantes del equipo, con la finalidad de darles a conocer de forma detallada el objetivo del trabajo, la importancia de la Calidad y la Mejora Continua de sus procesos y unificar los conceptos que se manejarían durante toda la investigación, el curso tuvo una duración de ocho horas. Anexo 3

Fase 4.- Identificación de la misión y visión, se le pidió al grupo que en una libreta anotaran la razón de su existencia en el servicio de Cirugía General así como la razón de la existencia del servicio, por medio de las preguntas ¿Qué? ¿Cómo? ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Cuánto?, para que identificaran su misión dentro del servicio. “La misión es entendida como el rol que un agente productivo quiere jugar, es un compromiso entre lo que se puede y se sabe hacer, por un lado, y lo que se desea hacer, por otro” (Larrea, 1991, p. 133).

El grupo identificó la visión del servicio de cirugía la cual fue ver más allá en tiempo y espacio, para saber que es lo que quería alcanzar a largo plazo sobre el servicio de Cirugía General y de esta forma, de acuerdo a Picazo y Martínez (1998) conocer que metas pretendían conseguir sus propuestas de mejora de trabajo. Anexo 2.

Fase 5.- Identificación del proceso, el equipo identificó el proceso del Servicio de Cirugía por medio de un Diagrama de Flujo con el cual identificaron las áreas de éste proceso con posibles problemas. Anexo 4.

Fase 6.- Análisis e identificación de las áreas o actividades problema, en una matriz de contribución se describieron paso a paso las actividades del proceso, tomando en cuenta todas las áreas y actividades involucradas, con el fin de que el grupo completo obtuviera un conocimiento real de lo que realizaban sus compañeros. Anexo 5.

Una vez identificado el proceso, el grupo identificó aquellas actividades que les causaban mayor problema, ya sea que existiera **demora** para realizarla, **retrabajo** (que las realicen más de una vez) o que hubiera una **inspección o control** de documentos o actividades tan estricto que provocara las dos anteriores. (Macías, 1995). Anexo 6.

Fase 7.- Indicadores de las actividades problema, una vez identificadas las actividades problemas, el grupo verificó si existían mediciones que permitieran medir cualitativa y cuantitativamente la magnitud del problema así como fuentes de información existentes. En los casos en los que no existieron mediciones, el grupo le asignó valor a las actividades dependiendo de la frecuencia con la que éstas se presentaban o de la mayor o menor importancia que tenían respecto a la suspensión de cirugía. Anexo 7.

El grupo presentó el libro de actividades quirúrgicas de los últimos tres meses. (IMSS, 2003 f) así como los estándares de calidad del Seguro Social del área médica, específicamente del servicio de Cirugía General (IMSS, 2003 e) para conocer **las condiciones ideales** en que debía encontrarse este servicio, así como **las condiciones reales** en que se encontraba y de esta manera obtener sus indicadores por medio de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Real}}{\text{Ideal}} \times 100$$

$$\frac{\text{Número de cirugías suspendidas en un mes}}{\text{Total de cirugías programadas en un mes}} \times 100 = \frac{110}{380} \times 100 = 28.9\% \text{ de Cirugías suspendidas}$$

270 Cirugías realizadas

Fase 8.- Se realizó una **encuesta de satisfacción**, la cual se aplicó a los trabajadores involucrados en el servicio de Cirugía General y a 380 derechohabientes que se sometieron o se someterían a una cirugía, con el fin de conocer su opinión acerca de la atención recibida. Anexos 8 y 9.

Fase 9.- Análisis de las actividades problema, a través de la técnica de lluvia de ideas, se dio respuesta a la pregunta ¿qué ha causado el problema? Obteniéndose así un listado, el cual se analizó y se categorizaron las respuestas en orden de importancia de acuerdo a la frecuencia con la que se presentaron, obteniendo así las **causas probables** del problema.

A estas causas probables se le volvió a hacer la pregunta ¿qué ha causado el problema? Para nuevamente realizar los pasos anteriores y obtener las **causas posibles**, por último, se repitió la pregunta para obtener al final las **causas raíz** del problema las cuales fueron a las que se les dio solución y se estratificaron. Anexo 10.

El grupo presentó las causas de los problemas en un **Diagrama de Causa-Efecto** (Espina de Pescado o Gráfico de Ishikawa). (Rascón, 1991). Anexo 11.

Fase 10.- Identificación y selección de las causas raíz a resolver, utilizando el diagrama de Pareto, el equipo obtuvo el 20% de las causas raíz, las cuales son un pequeño grupo de actividades que tienen gran efecto en el problema a resolver y el 80% de las causas raíz que tienen solo efectos menores en el problema. De esta manera se enfocaron las causas relevantes utilizando el proceso 80-20. (Grant, 1995). Anexo 12.

Se comentó a los integrantes del equipo que propusieran las soluciones para atacar las causas raíz elegida para resolver los problemas. Para ello se tomaron en cuenta los siguientes factores para decidir la mejor solución:

Tabla 9

Matriz de Evaluación de los Efectos de las Soluciones

Efectividad	¿Se ha intentado esto antes? ¿Resolverá todo o parte del problema? ¿Alcanzará el nivel de mejora fijado?
Factibilidad	¿Alcanzará el nivel de mejora fijado? ¿Se puede implantar esta solución? ¿Es práctica esta solución?
Factor tiempo	¿Qué tan rápido dará resultados? ¿Es una solución de corto o largo plazo?
Orientación al cliente	¿Satisface los requisitos del cliente? ¿Mejorará el servicio?
Eficacia	¿Es una solución costo-efectiva?

Nota: "La respuesta a estas preguntas permite, elegir las mejores soluciones" IMSS (1998 b).

Fase 11.- Una vez determinadas las soluciones el equipo realizó una **Matriz** llamada **Selección de la Solución** en la cual aparece la causa Raíz, la solución propuesta por el equipo, los ahorros y beneficios que podría dar al servicio de Cirugía General cada solución y las probabilidades de éxito de las soluciones propuestas. Anexo 13

Después de realizar la Matriz de la Prueba de las Soluciones, el equipo realizó un cronograma de actividades llamado **Matriz de la Prueba de las Soluciones Propuestas** que incluyó las causas Raíz, la solución propuesta para cada una de ellas, las tareas a realizar o acciones del proyecto, responsables, inicio y término de las tareas. Anexo 14

Fase 12.- Aplicación de las soluciones.- Una vez lista la Matriz de la Prueba de las Soluciones Propuestas, el equipo comunicó al personal involucrado en el proceso de Cirugía General, las acciones que se llevarían a cabo para aplicar las soluciones elegidas. Así mismo se les invitó para que voluntariamente apoyaran y/o participaran junto con los integrantes del equipo en la aplicación de éstas, para ello se les capacitó, asesoró e instruyó en la forma de llevar a cabo la aplicación de las soluciones y el uso de formatos creados para el registro de los cambios.

Fase 13.- Una vez capacitado el personal involucrado en el proceso de Cirugía General, con ayuda del equipo de mejora se llevó a cabo la **recolección de datos** para evaluar los resultados obtenidos.

Fase 14.- Se aplicó nuevamente la **encuesta de satisfacción** a los trabajadores involucrados en el servicio de Cirugía General y a 380 derechohabientes que se sometieron o se someterían a una cirugía, con el fin de conocer su opinión acerca de la atención recibida, después de la aplicación de las soluciones propuestas.

Fase 15.- Análisis de resultados, la aplicación de las soluciones se llevó a cabo durante trece semanas. Para controlar y conocer los motivos de suspensión de las cirugías se utilizó el formato “Hoja de Registro Diario de Causas de Suspensión en Quirófanos Planta” Alta” anexo 15.

Después de estas trece semanas, se analizaron las Hojas de registro diario de causas de suspensión. Se obtuvo el número de cirugías suspendidas y las causas que las provocaron y la frecuencia con las que éstas se presentaron. Finalmente se presentó de forma gráfica los resultados esperados contra los resultados obtenidos

Así mismo se analizaron las encuestas aplicadas tanto a los derechohabientes como a los prestadores del servicio de Cirugía General, se obtuvo la frecuencia y se presentó gráficamente los resultados.

RESULTADOS

El presente trabajo se apoya metodológicamente en la estadística descriptiva, en virtud de que representa numérica y gráficamente una serie de datos recolectados y analizados de un proceso particular.

Es importante mencionar que durante la fase 5 en la cual se llevó a cabo el análisis del proceso de cirugía general no se tomaron en cuenta los días sábados y domingos ni la sala 4 por no llevarse a cabo programación quirúrgica en esos días y en dicha sala, ya que no se contaba con el equipo apropiado.

Durante la fase 7 se presentó información que estaba relacionada con el porcentaje de cirugías suspendidas y sus causas, los datos se obtuvieron de varias fuentes, entre ellas los libros del registro diario de actividades quirúrgicas. (IMSS, 2003 f). De los registros diarios de causas de suspensión de cirugías de enfermería. (IMSS, 2003 b). Del informe mensual de la productividad quirúrgica. (IMSS, 2003 e). Y de la hoja de registro anestésico de cada procedimiento quirúrgico. (IMSS, 2003 h). Así como de la lluvia de ideas que se realizó con el equipo y que se categorizaron por orden de importancia.

Durante esta fase y antes del tratamiento o aplicación de la soluciones, se observó que se utilizaba una hoja por procedimiento quirúrgico programado lo que significaba que si se programaban 380 cirugías al mes debería haber 380 hojas de registro de cirugía, sin embargo del mes que se tomó de muestra sólo se contaban con 363 hojas de registro diario de causas de suspensión de cirugías de las 380 programadas, lo que significa que 17 de ellas se perdieron o se traspapelaron (el personal de enfermería del área de cirugía es la responsable del registro de cirugías y de la entrega de una copia del mismo a la jefatura de cirugía).

De las 363 hojas de registro que se obtuvieron se encontraron muchas deficiencias entre las que se cuentan:

- ✓ El 10% de ellas presentaron ausencia de firma y nombre de la persona que realiza el registro
- ✓ En el 20% no se especifica el motivo de suspensión de cirugía

- ✓ El 40% se marca como motivo imputable al paciente sin hacer hincapié a la verdadera causa
- ✓ El 40% se marca como motivo imputable al médico sin hacer hincapié a la verdadera causa o a la especialidad del médico (cirujano o anestesiólogo)
- ✓ Al 5% le faltó la fecha del registro la cual puede ser el día o el mes en el que se realizó la cirugía
- ✓ En el 5% no se menciona la sala en la cual se llevó a cabo la cirugía
- ✓ El 10% de las hojas se encuentran duplicadas con distinto motivo de suspensión
- ✓ El 60% de las hojas de registro presentaron varios motivos de suspensión de un solo evento

Estos errores los presentan las hojas de registro ya sea uno o varios de ellos a la vez. Debido a lo anterior, durante la fase 11, se diseñó la **Hoja de Registro Diario de Causas de Suspensión de Cirugías** para controlar y conocer los motivos de la suspensión de las cirugías y su frecuencia, el cual fue creado expresamente para tener un control de las cirugías realizadas, de las cirugías suspendidas y las causas de esto en los cuatro quirófanos de cirugía planta alta, en donde se especifica la sala, el número de evento, la causa, la fecha (mes, día y año) así como la firma de la Jefe de Enfermeras responsable del llenado de la hoja de registro, esta hoja es una por día en la cual se incluyen las 4 salas y los 3 ó 4 eventos diarios, lo que significa 5 hojas de registro a la semana y 20 al mes, en vez 380 mensuales. Anexo 15. Esta hoja de registro diario de causas de suspensión fue aplicada durante la fase 12.

La aplicación de las soluciones se llevó a cabo durante la fase 12 y tuvo una duración de trece semanas, durante las cuales las personas involucradas en el proceso de cirugía realizaron las actividades acordadas por el equipo de mejora de acuerdo a la Matriz de Prueba de las Soluciones Propuestas. Anexo 14. Dicha matriz especificó las actividades a realizar, el responsable que las llevaría a cabo y el tiempo en que debió realizarse.

Después de las trece semanas, durante la fase 13, se recolectaron las hojas de registro diario de causas de suspensión, y se analizaron los datos obtenidos durante la fase 15. Se obtuvo el número de cirugías suspendidas, las causas que las provocaron y la frecuencia de estas y se presentaron de forma gráfica los resultados esperados contra los resultados obtenidos.

Durante la fase 8 antes de llevar a cabo el tratamiento se aplicó una encuesta de satisfacción tanto al derechohabiente como al prestador del servicio, después de trece semanas, durante la fase 14, se aplicaron por segunda ocasión después del tratamiento, las encuestas de satisfacción tanto a los derechohabientes como a los prestadores del servicio de Cirugía General y se obtuvo la frecuencia de sus respuestas y se presentaron gráficamente los resultados.

Para identificar los logros obtenidos en el servicio de cirugía general a través de la intervención del equipo de mejora, el Director de Cirugía General, presentó durante la fase 15, datos de dos años anteriores para que el servicio se comparara consigo mismo de acuerdo a la tendencia de 2 años previos de programación y suspensión de cirugías.

Tabla 10
Comparativo a tres años del Servicio de Cirugía General

AÑO	Año 1	Año 2	Año 3 Año de Estudio (antes de la intervención del equipo de mejora)	Resultados obtenidos después de la intervención del equipo de mejora
Cirugías Programadas	369 (100%)	375 (100%)	380 (100%)	380 (100%)
Cirugías Realizadas (Cumplimiento)	351 (95%)	326 (86%)	270 (71%)	311 (81.84)
Cirugías Suspendidas	18 (5%)	49 (13%)	110 (28.9%)	69 (18.15%)

Nota: Informe Mensual de Productividad Quirúrgica de Quirófanos Planta Alta. (IMSS, 2003 e).



En cuanto al impacto que las soluciones propuestas tuvieron sobre las Causas Raíz para reducción de la suspensión de cirugías, durante la fase 13 se presentaron las causas raíz obtenidas, la frecuencia con la que se presentaron y el porcentaje de cirugías que se suspendían debido a ellas. Anexo 18.

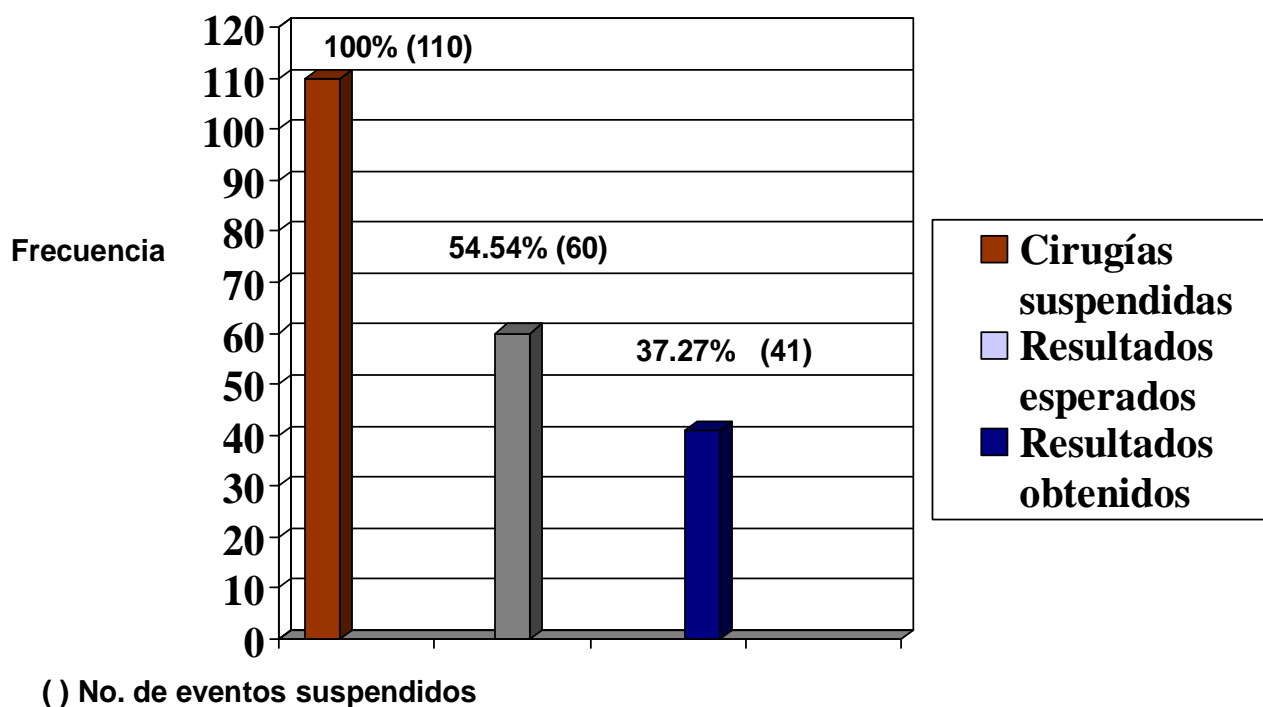
Es importante mencionar cuáles fueron los objetivos que se cumplieron como resultado de la intervención del equipo de mejora y la aplicación de las herramientas de calidad.

Con respecto al **Objetivo General**:

Disminuir el número de cirugías programadas que se suspenden en un mes de 110 a 60.

Sí hubo cambios en la suspensión de cirugías por la aplicación de las herramientas de Calidad y aunque no se obtuvo el porcentaje que se esperaba del 54.54% que equivaldría a 60 cirugías menos suspendidas, el resultado obtenido fue del 37.28% que equivale a 41 cirugías sin suspender de las 110.

 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SUSPENSIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
EN UN MES 



Objetivos Específicos:



1. Disminuir cirugías suspendidas por causas inherentes a los pacientes. Este objetivo sí se cumplió logrando que de 14 disminuyeran a 6 las cirugías suspendidas por esta causa, equivalente al 5.44%
2. Disminuir cirugías suspendidas debido a la falta de tiempo quirúrgico. Este objetivo sí se cumplió logrando que de 14 disminuyeran a 6 las cirugías suspendidas por esta causa, equivalente al 5.54%.
3. Lograr que el almacén delegacional surta a tiempo equipo y material de curación. Esta objetivo sí se cumplió logrando el 4.54% en la reducción de las cirugías suspendidas por esta causa, de 14 se redujeron a 5.
4. Disminuir el diferimiento quirúrgico, ocasionado por la falta de valoración pre anestésico. El objetivo se logró de 10 se redujeron a 0 la suspensiones por esta causa, equivalente al 9.09%.
5. Disminuir cirugías suspendidas si los médicos y anesthesiólogos inician la cirugía en el horario en el cual es programada. En este objetivo se logró que de 12 se redujeran a 5 por esta causa equivalente 4.53%.
6. Disminuir cirugías suspendidas, si se equipa y se utiliza el quirófano 4. El objetivo se logró, quedando de 4 a 0 cirugías suspendidas por falta equipo en este quirófano (3.63%).
7. Disminuir el diferimiento quirúrgico si la plantilla de enfermeras se completa. Este objetivo no se logró, por falta de enfermeras.

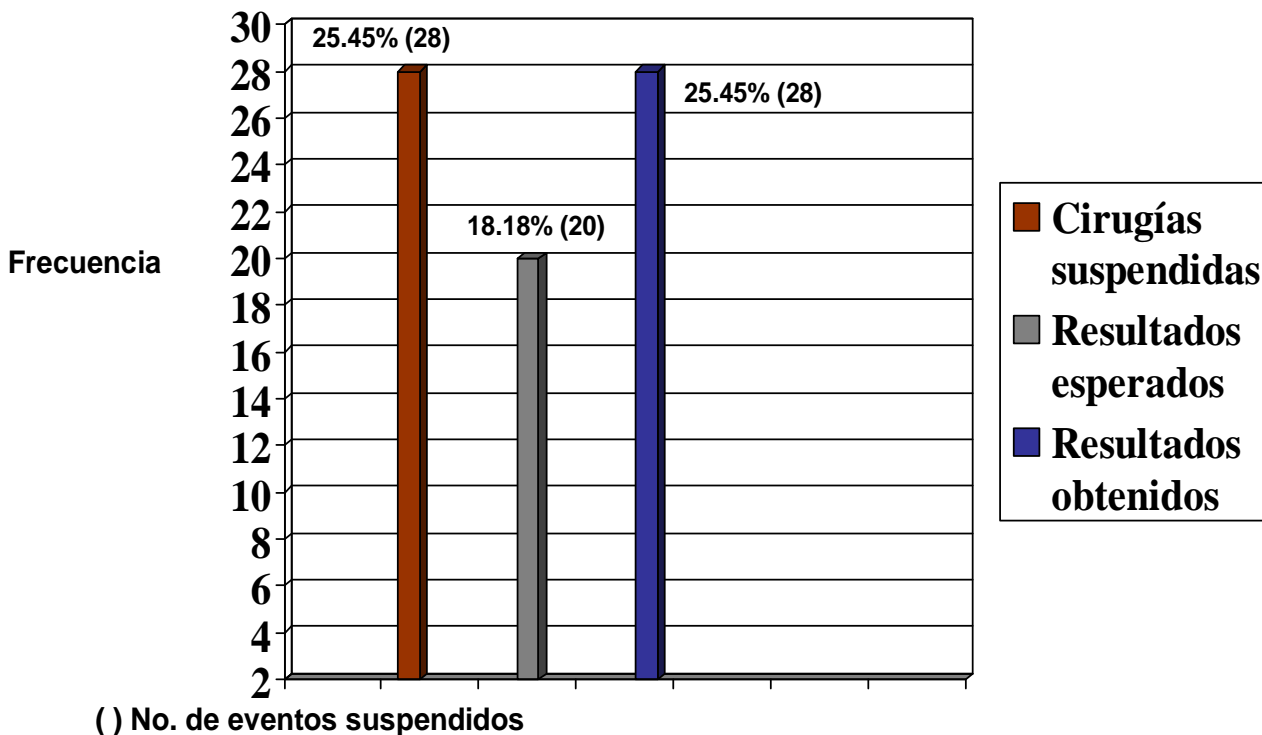
Los resultados se muestran gráficamente en orden de importancia de las causas raíz de acuerdo a la fase 10. Si bien la gráfica de Pareto muestra el 20% de las causas raíz vitales a

las que se les debe dar solución para atacar el problema, por decisión del equipo de mejora, se le dio solución a todas las causas raíz resultantes.

1. INSTALACIONES INSUFICIENTES

Es importante recordar que la atención de las urgencias no traumáticas y los traumatismos toracoabdominales (eventos no programados), se operan en quirófanos planta alta (Cirugía General), produciendo una suspensión al mes de 28 cirugías programadas. Para solucionar esto, se consideró la construcción de un quirófano exclusivo para las urgencias, lo cual no fue posible por falta de espacio. Debido a ello no hubo ninguna reducción en las 28 cirugías suspendidas.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR PRIORIDAD DE LAS URGENCIAS	
---	---	---



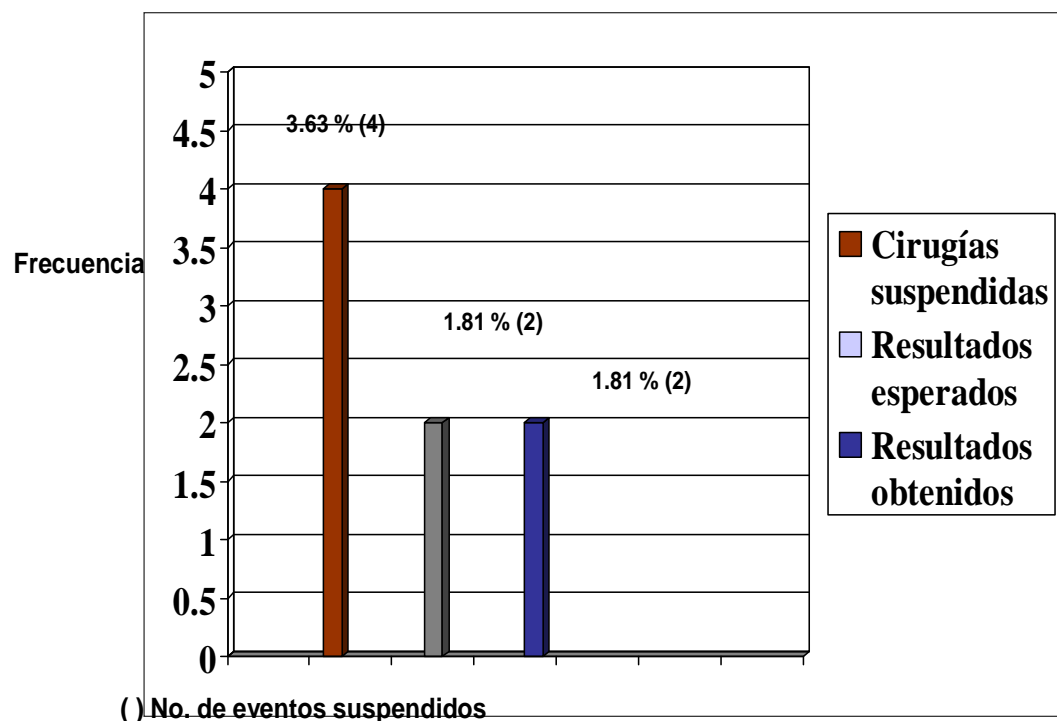
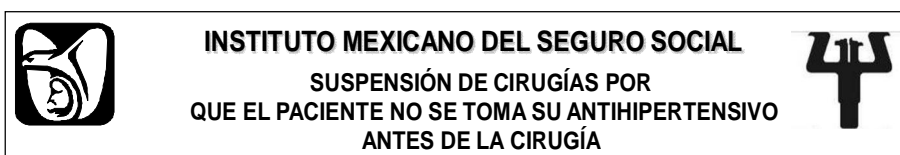
2. ESCASA INFORMACIÓN AL PACIENTE

Las causas raíz elegida para dar solución a la suspensión de cirugías imputables a los pacientes fueron dos:

- Porque el paciente no se toma su antihipertensivo antes de su cirugía
- Porque el paciente no se presenta con las horas de ayuno adecuada

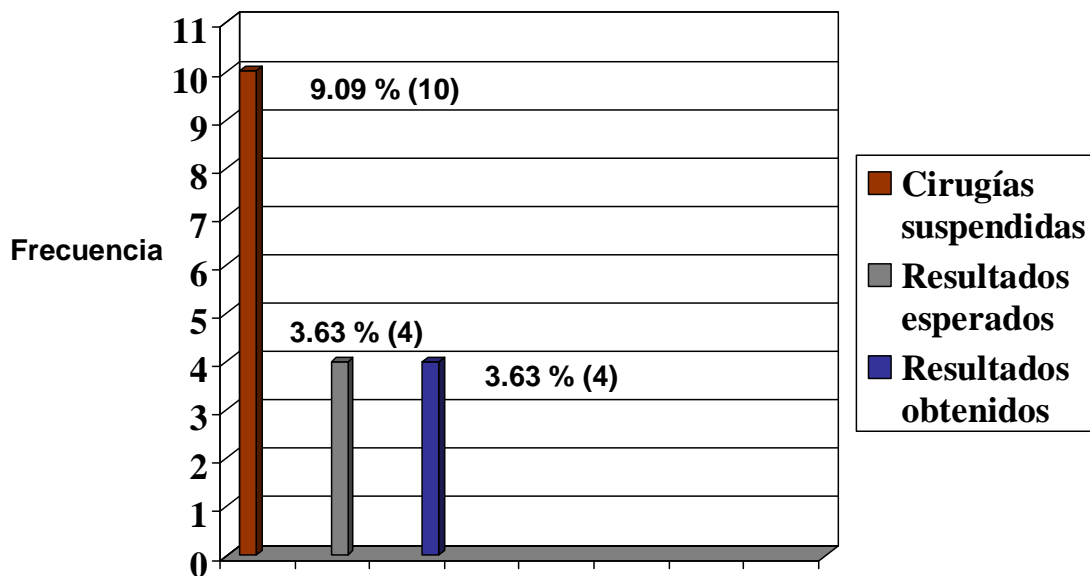
La suma de cirugías suspendidas entre estas dos causas eran 14 dando un porcentaje del 12.72%.

La **Hoja de Instrucciones de Internamiento** creada por el equipo permitió que se redujera la suspensión de cirugías por causas imputables al paciente, las cuales eran resultado de la poca o nula información del médico al paciente. Anexo 17. Esta reducción fue de 6 cirugías el equivalente al 5.44%.





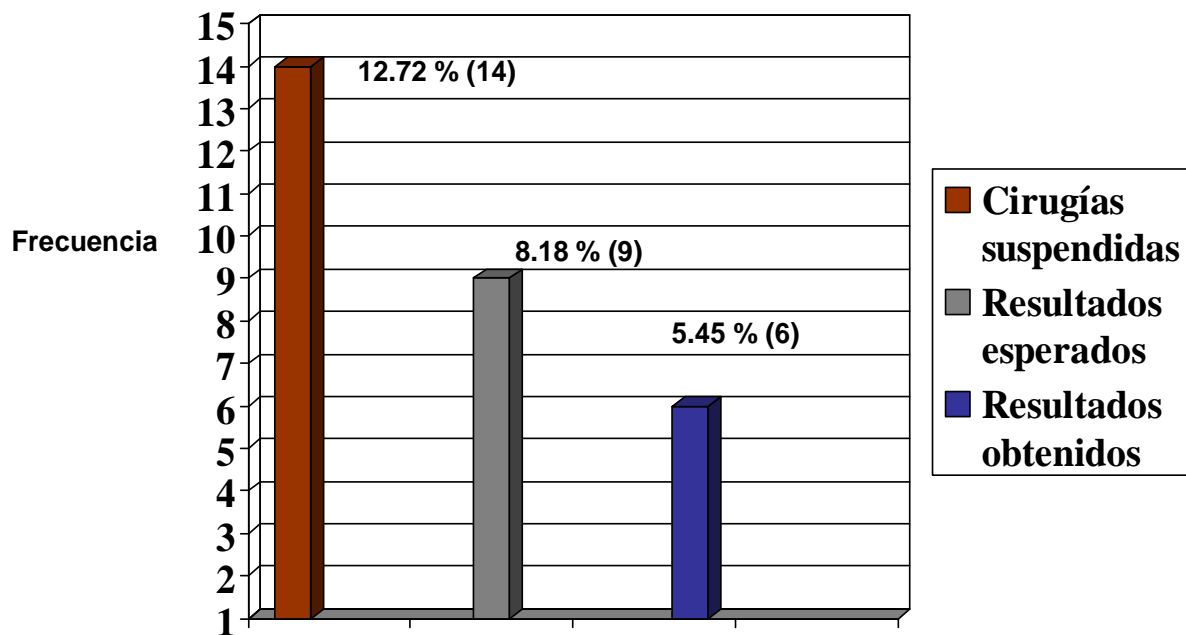
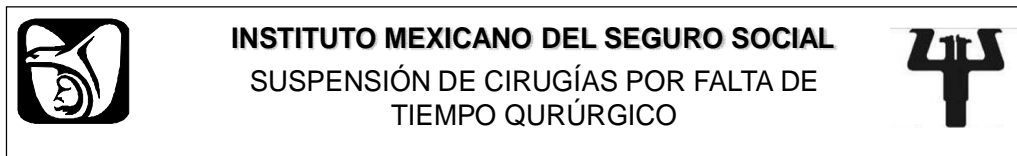
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR FALTA
DE AYUNO DEL PACIENTE



() No. de eventos suspendidos

3. ESCASO TIEMPO QUIRÚRGICO

La mejor distribución de cirujanos en las salas de cirugía de planta alta en los turnos matutino y vespertino. Anexo 16. Permitió un mejor aprovechamiento del tiempo, reduciendo de 14 a 6 las cirugías suspendidas.




() No. de eventos suspendidos

Cabe señalar que no fue posible dejar de prestar los quirófanos al servicio de Ginecología, por lo tanto, en la distribución del tiempo quirúrgico, se tomó en cuenta el tiempo otorgado a Ginecología.


4. ALMACEN DELEGACIONAL NO SURTE DE MANERA OPORTUNA

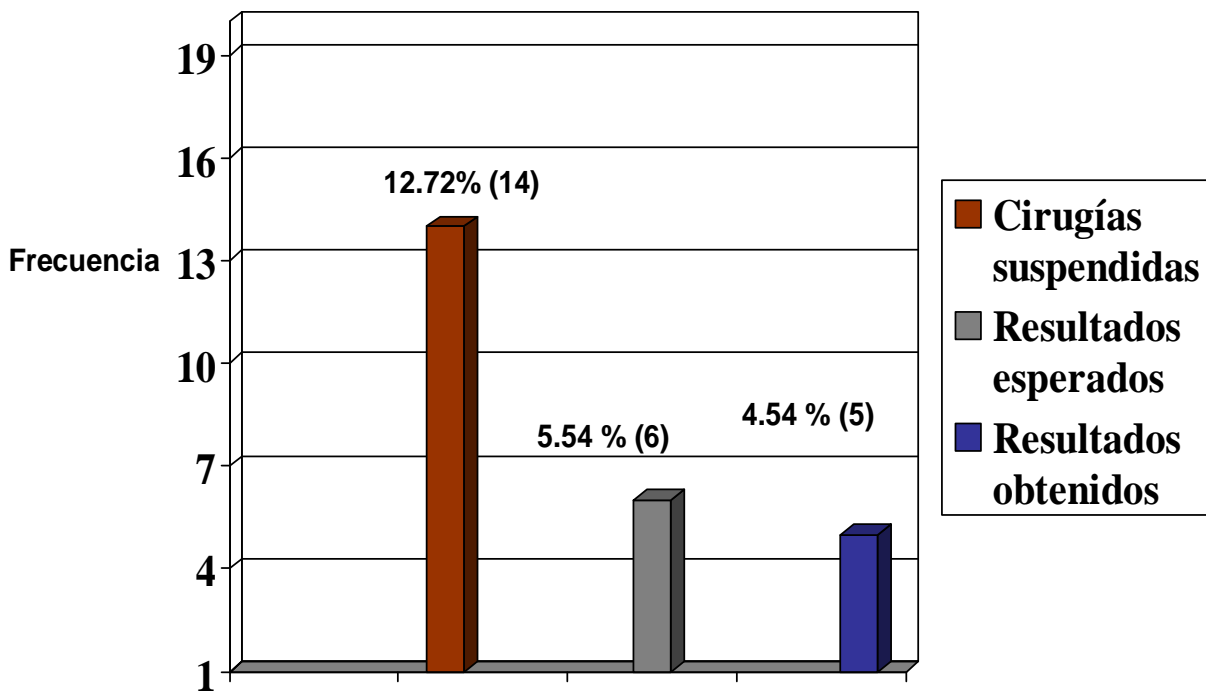
El apoyo del almacén delegacional para la regularización del abasto así como la incorporación de anestésicos de rápida eliminación redujo la suspensión de 14 a 5 cirugías al mes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS
POR FALTA DE INSUMOS Y EQUIPO

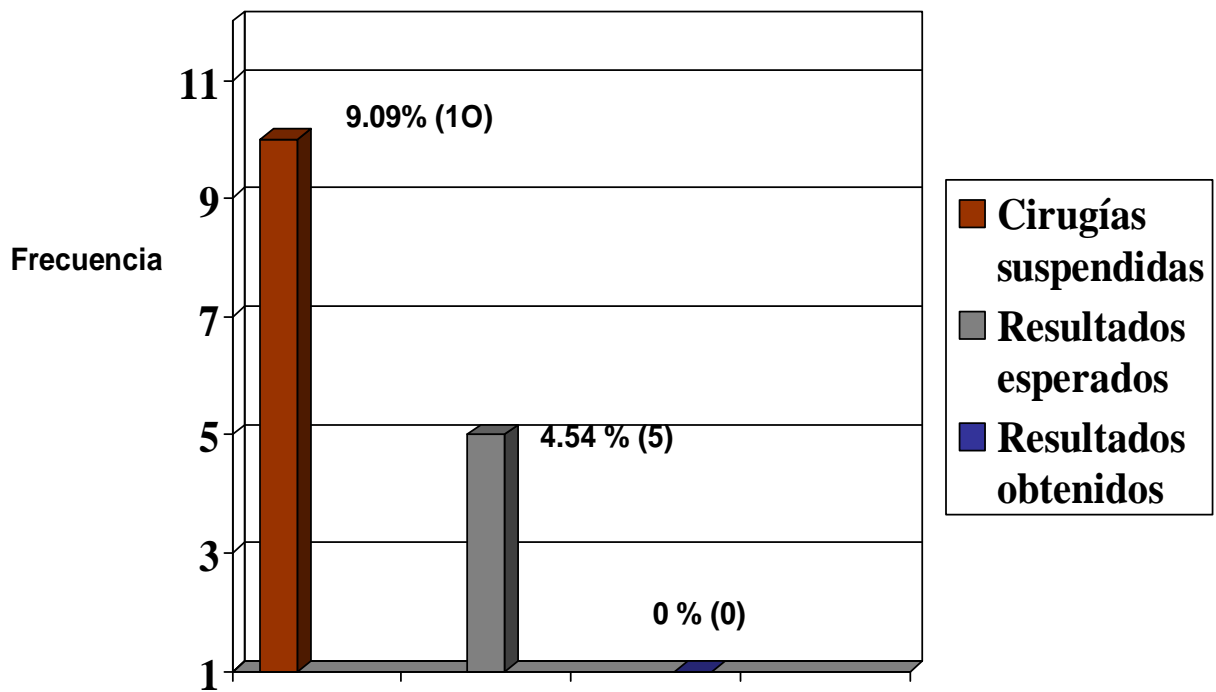
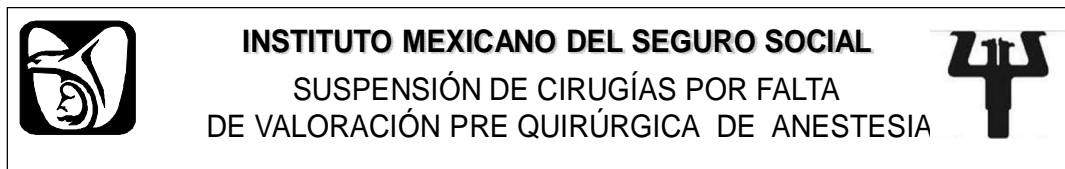




() No. de eventos suspendidos

5. NO EXISTE VALORACIÓN PRE QUIRÚRGICA DE ANESTESIA

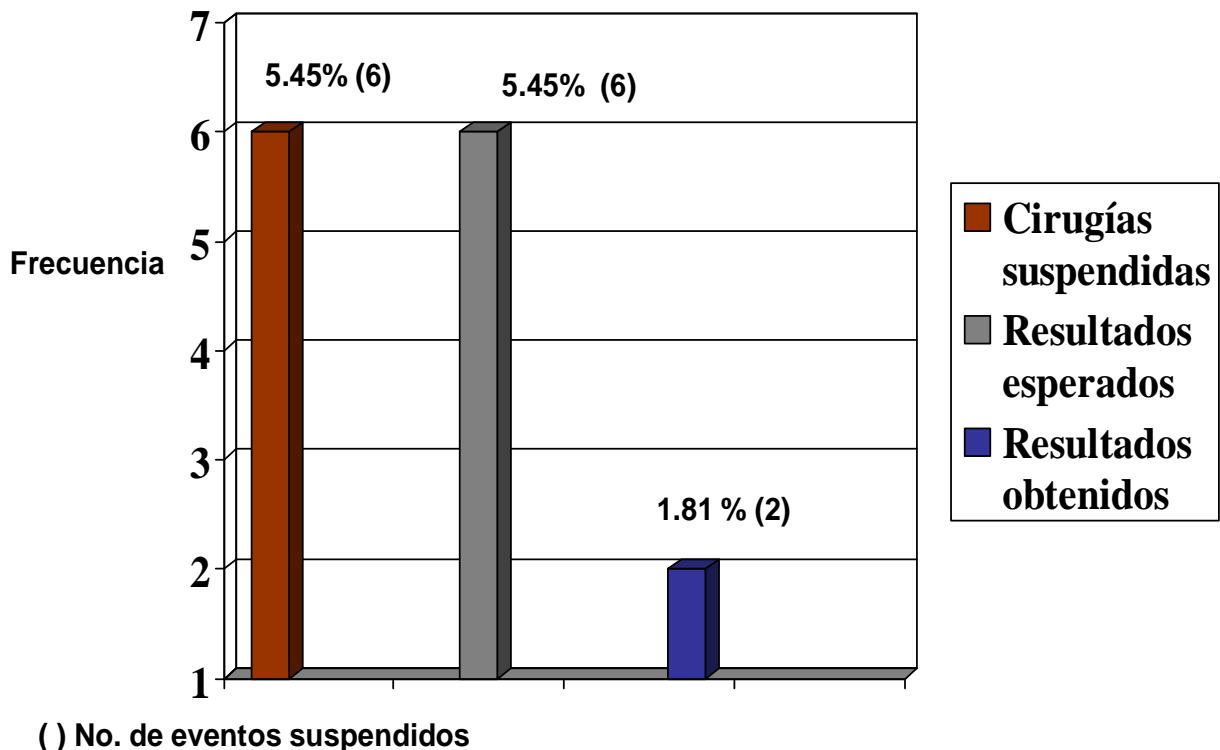
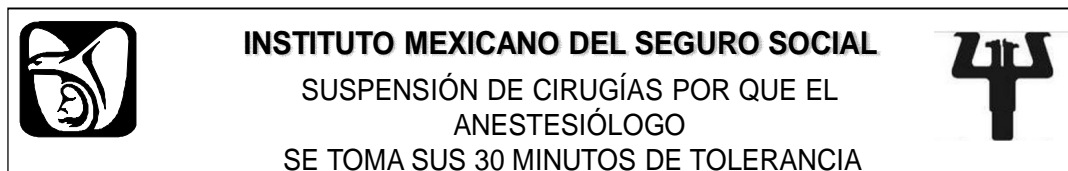
Otro logro fue la realización de la valoración pre anestésica, en este caso se dividió en dos uno de los consultorios más amplios y se implementó la consulta de valoración pre anestésica logrando así el 0% de suspensión por falta de ésta.



() No. de eventos suspendidos

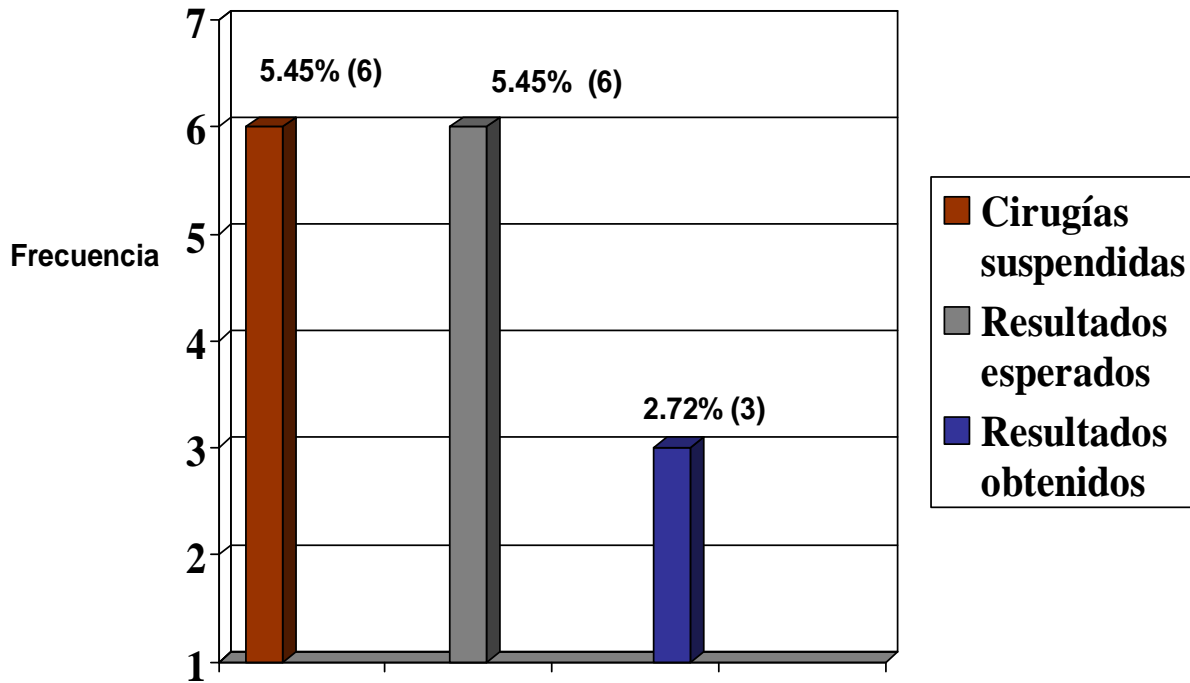
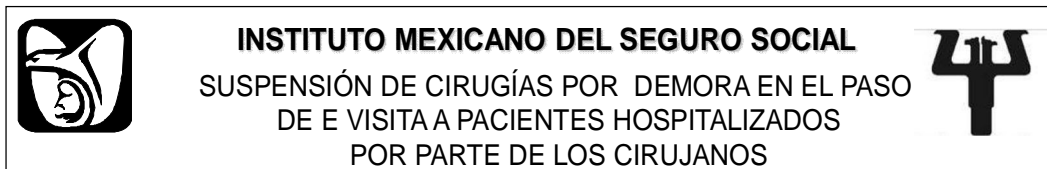
6. EL ANESTESIÓLOGO SE TOMA SUS 30 MINUTOS DE TOLERANCIA.

Las pláticas de concientización a los anestesiólogos, en las que se les explicó las consecuencias de su retraso debido a sus faltas o a su tardanza para presentarse en el quirófano y realizar el evento quirúrgico, lograron que redujeran de 40 a 15 minutos el tiempo que tardaban en presentarse en el quirófano y si bien tuvo impacto en la reducción de la suspensión de cirugías de 6 a 2, no es una acción que prevalezca y de la cual se hablará con más detalle en el apartado de limitaciones.



7. DEMORA EN EL PASO DE VISITA A PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DE LOS CIRUJANOS


Las pláticas de concientización al personal médico en las que se les explicó las consecuencias por retrasar o suspender las cirugías debido a sus faltas o a la tardanza de éstos para presentarse en el quirófano y realizar el evento quirúrgico, lograron que redujeran de 40 a 10 minutos el tiempo que tardaban en presentarse en el quirófano y si bien tuvo impacto en la reducción de la suspensión de cirugías de 6 a 3, no es una acción que prevalezca y de la cual se hablará con más detalle en el apartado de limitaciones.



() No. de eventos suspendidos


8. EL QUIRÓFANO 4 NO CUENTA CON EQUIPO ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES

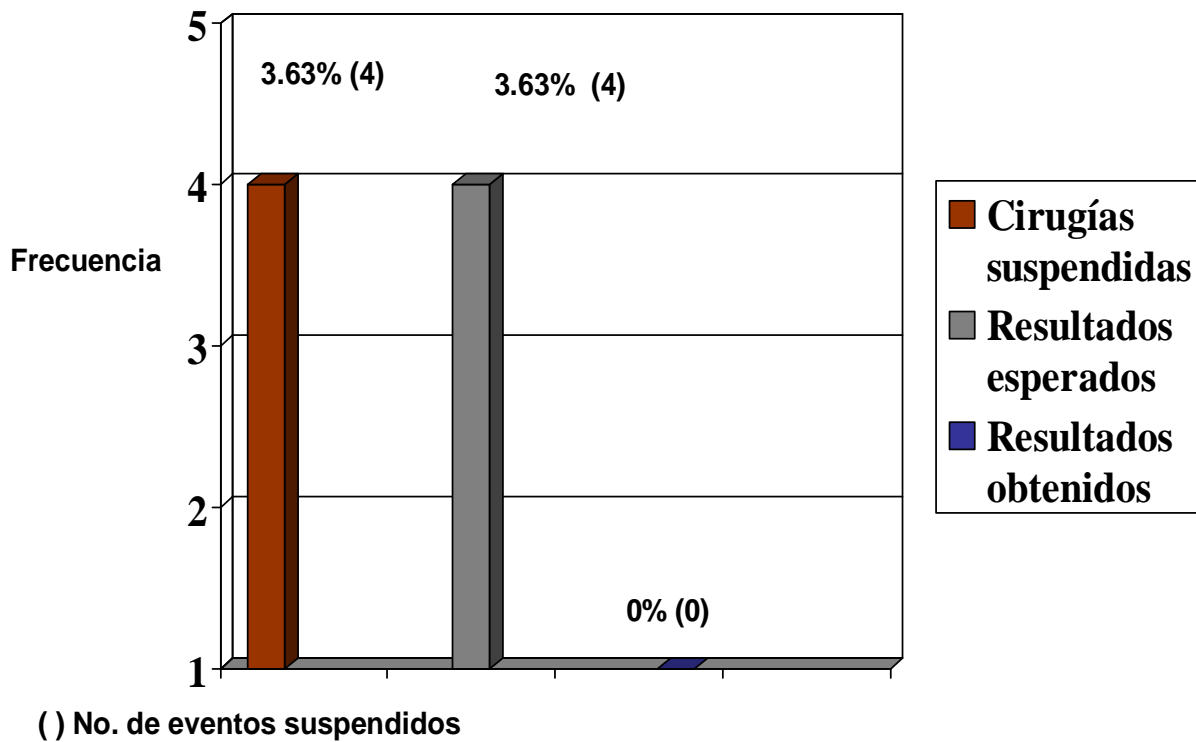
El equipar la sala 4 con el equipo que necesitaba, permitió poder utilizarlo para eventos menores y de esta forma considerarlo para poder hacer la distribución del tiempo quirúrgico entre los médicos. Anexo 11. Reduciendo de 4 a 0 la suspensión de cirugías por ésta causa.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

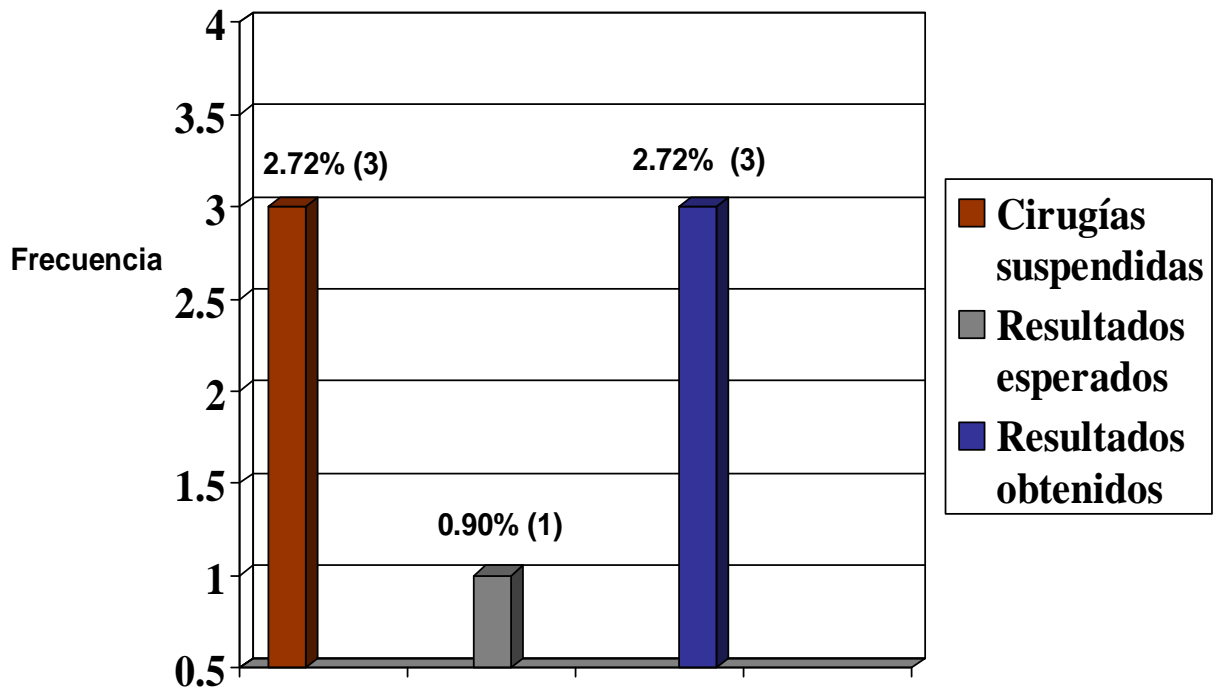
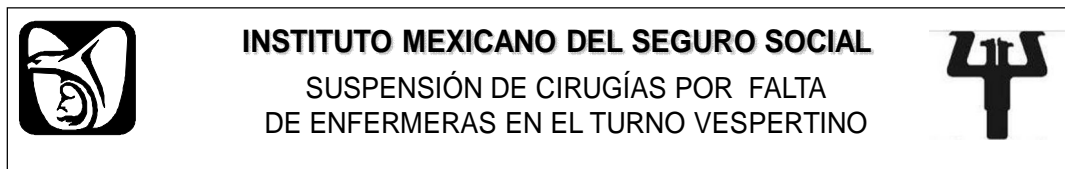
SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR QUE EL QUIRÓFANO 4
NO CUENTA CON EQUIPO ADECUADO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICO MAYORES





9. PLANTILLA INSUFICIENTE DE EQUIPO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN TURNO VESPERTINO

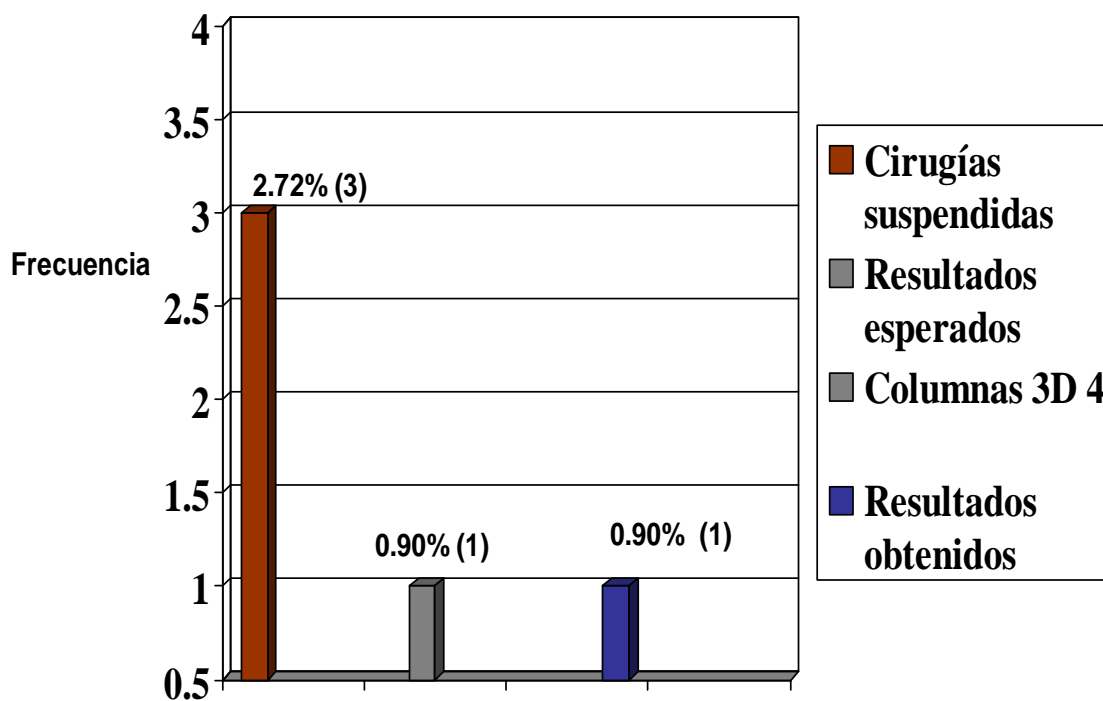
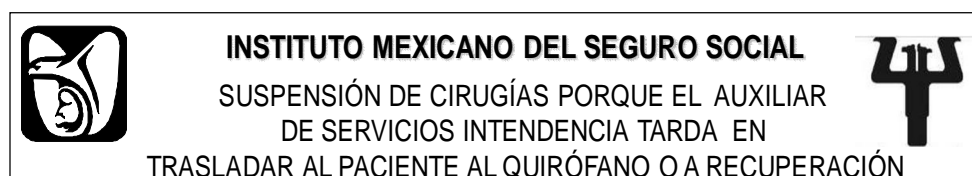
Las pláticas de concientización al equipo quirúrgico de enfermería en las que se les explicó las consecuencias por retrasar o suspender las cirugías debido a sus faltas, no lograron que se disminuyeran las suspensiones de cirugías, imputables a esto. El motivo de ello, así como la falta de éste personal, se explica con más detalle en el apartado de limitaciones.



() No. de eventos suspendidos

10. NO EXISTE LA CATEGORÍA DE CAMILLERO

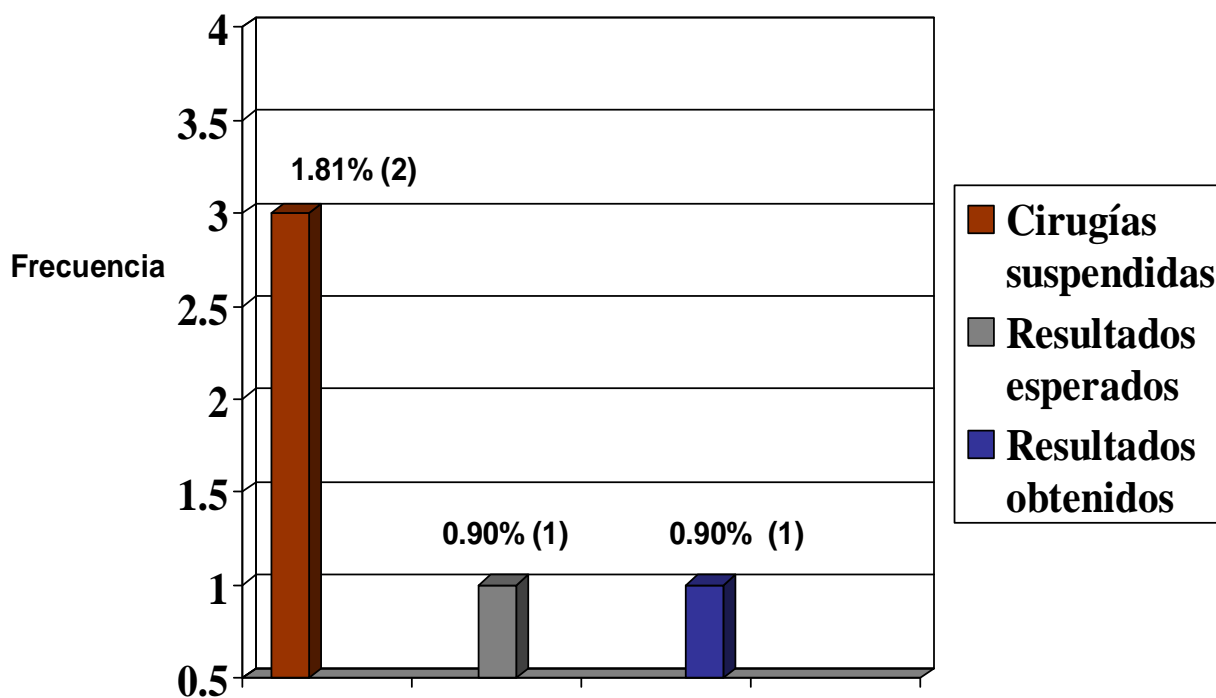
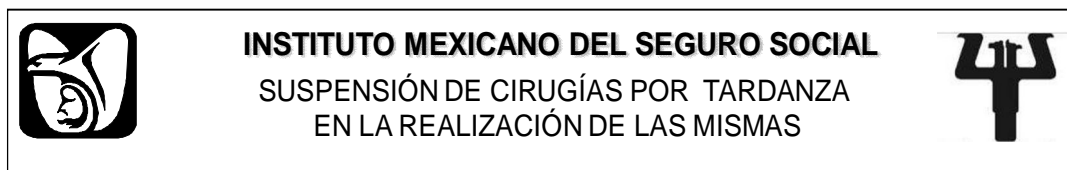
A pesar de que el Jefe de Servicios Básicos solicitó al departamento de personal que se cubriera la plantilla de intendencia al 100% y esto no fue posible, el Jefe de Servicios Básicos asignó específicamente al área de Cirugía General dos A.S.I. (Auxiliares del Servicio de Intendencia) por turno, para que hicieran las veces de camillero y tuvieran limpios los quirófanos. Permitiendo la reducción de 3 a 1 cirugía suspendida.



() No. de eventos suspendidos

11. LA HABILIDAD DE CADA CIRUJANO ES DIFERENTE

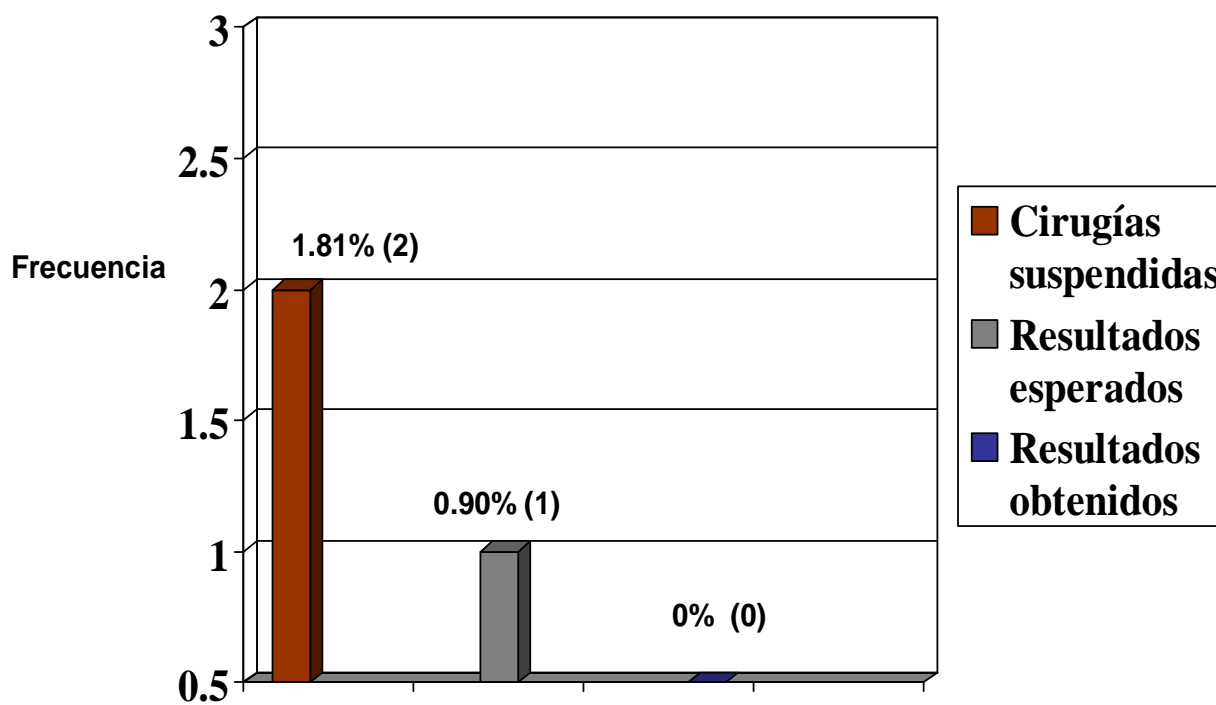
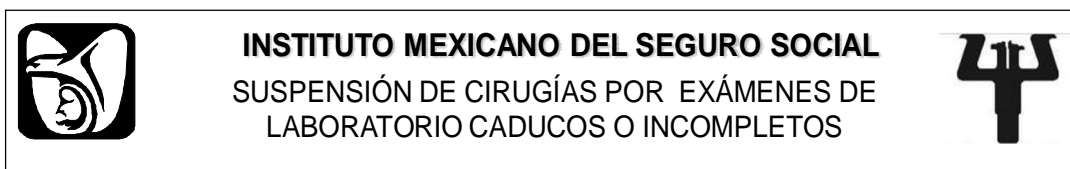
El apoyo, supervisión y capacitación a los cirujanos con menor experiencia, permitió que se redujera de 2 a 1 las cirugías suspendidas.



() No. de eventos suspendidos

12. EXÁMENES DE LABORATORIO NO VIGENTES



La conservación de los exámenes de laboratorio y gabinete en el expediente permitió evitar la suspensión de cirugías de 2 a 1 por pérdida o caducidad de éstos.

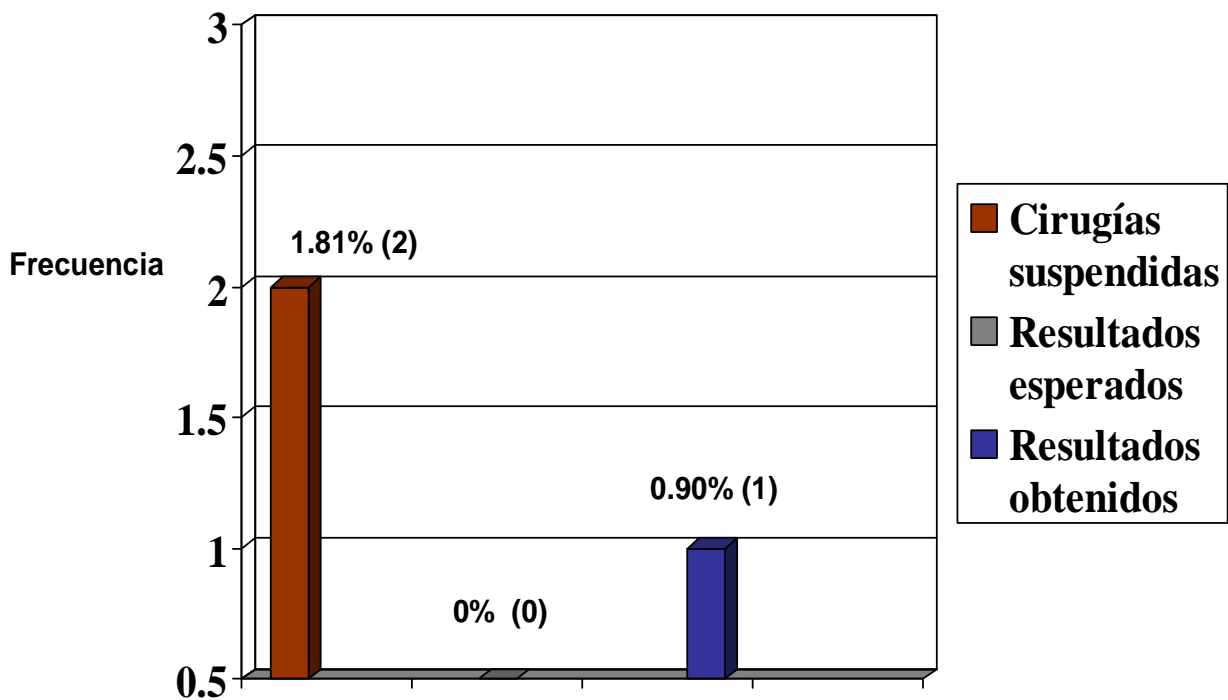


() No. de eventos suspendidos

13. INASISTENCIA DEL CIRUJANO O DEL ANESTESIÓLOGO

Las pláticas de concientización a los anestesiólogos y cirujanos, en las que se les explicó las consecuencias por retrasar o suspender las cirugías debido a sus faltas, lograron que se redujeran de 2 a 1 las cirugías suspendidas, no es una acción que prevalezca y de la cual se hablará con más detalle en el apartado de limitaciones.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR INASISTENCIA DE LOS ANESTESIÓLOGOS O CIRUJANOS	
---	---	---



() No. de eventos suspendidos

Gráficas Comparativas de la Reducción de Quejas

Finalmente sí hubo cambios en las quejas presentadas por los derechohabientes debido a la reducción de las cirugías suspendidas

Debido a que se presentaban en el servicio de cirugía, en promedio 346 quejas al mes entre las escritas y las verbales por parte de los derechohabientes, y apatía y molestia por parte de los prestadores de servicio, durante la fase 8, se aplicó una encuesta de satisfacción a ambas partes, para conocer los motivos de esto y durante la fase 11 se creó un formato para que los derechohabientes presentaran su queja de forma escrita y llevar así un control de las mismas.



Se encontró que algunos de los motivos de queja, estaban estrechamente relacionados con las causas raíz que provocaban la suspensión de las cirugías.

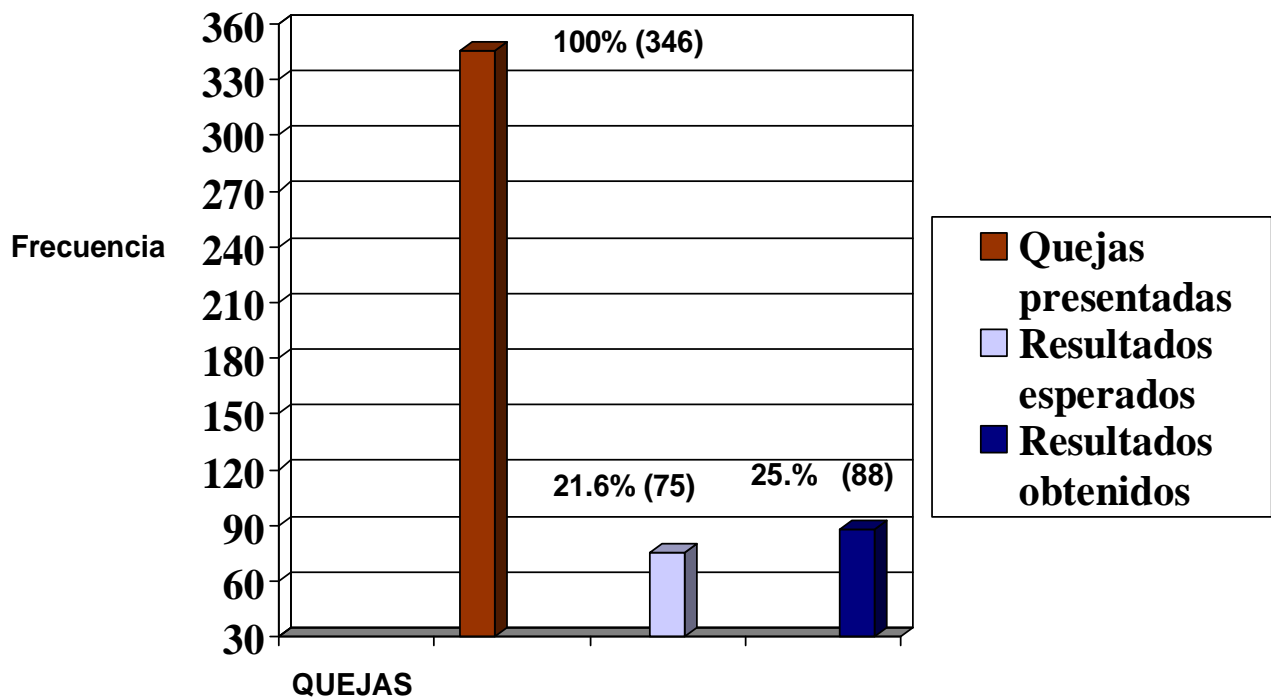
Una vez atacadas las causas raíz, las quejas disminuyeron también.

De las 346 quejas, 110 de ellas fueron por la suspensión de las cirugías las cuales los derechohabientes las presentaban el día de su suspensión o el día de su reprogramación y las 236 quejas restantes, fueron por la actitud negativa (grosera) del prestador del servicio.

Se obtuvo una reducción de las quejas de 75%, de 346 al mes se presentaron sólo 88 de las cuales 50 fueron por suspensión de cirugías, 28 por programación después de 3 meses y sólo 10 por la actitud negativa del prestador de servicio.

Los resultados obtenidos muestran una diferencia positiva, debido a que se esperaba que las quejas se redujeran de 346 a 75 y los resultados muestran que se redujeron a 88.

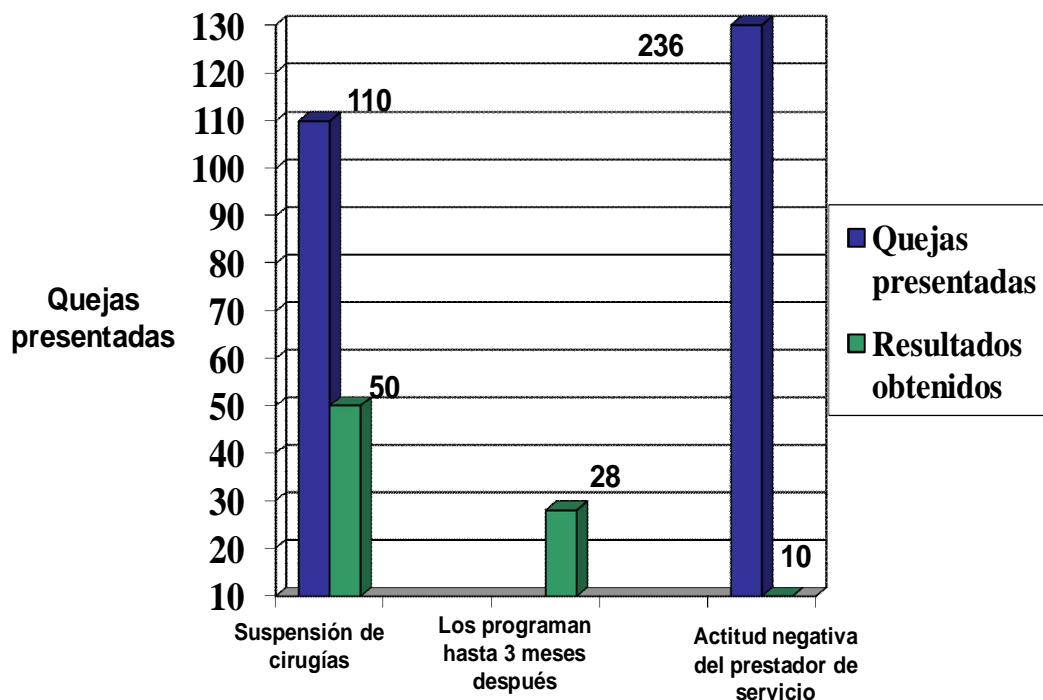
 **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** 
**QUEJAS POR PARTE DE LOS DERECHOHABIENTES
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**



Esta gráfica muestra la reducción y el motivo que la produce. De 110 quejas por suspensión de cirugías se redujo a 50 y de 236 a 10 por la mala actitud o actitud negativa del prestador del servicio hacia el derechohabiente. Finalmente se tuvieron 28 quejas porque la programación de las cirugías se realizaba después de 3 meses.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
MOTIVO DE QUEJAS DE LOS
DERECHOHABIENTES DE CIRUGÍA GENERAL



Encuesta de satisfacción para los derechohabientes

Durante la fase 8 se aplicó a 380 pacientes que estaban programados para cirugía en los turnos matutino y vespertino una encuesta de satisfacción. Trece semanas después durante la fase 14 se volvió a aplicar a 380 pacientes, también programados para cirugía, en el caso de niños programados quien contestó fue el familiar responsable del menor. Los resultados fueron los siguientes:

De 210 derechohabientes que dijeron estar satisfechos con el trato que les dio su médico en su consultorio, se incrementó a 350.

De 100 aumentaron a 338 los usuarios que estuvieron conformes con el tiempo que tardaban en realizarle sus estudios.

De 30 se incrementó a 248 las personas contestaron estar satisfechos con la fecha que se les otorgó para realizarles su cirugía.

De 60 se incrementaron a 320 el número de pacientes que contestaron que no les habían suspendido una cirugía.

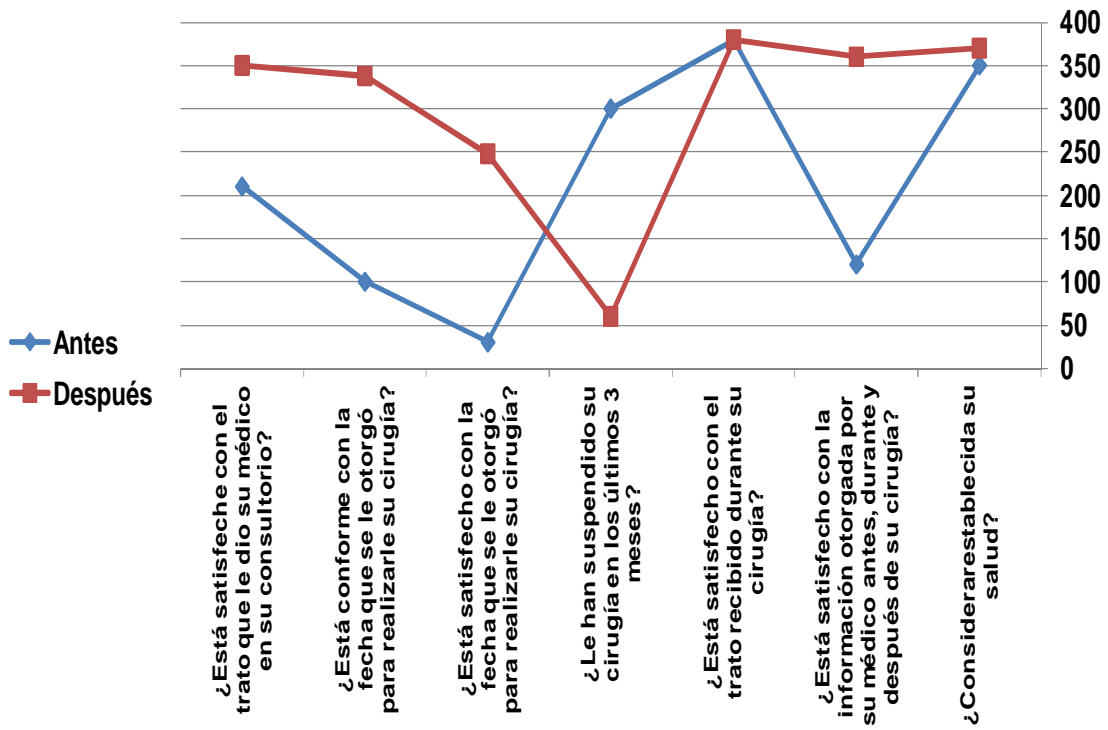
Antes y después de la aplicación de las soluciones los 380 derechohabientes encuestados contestaron estar satisfechos con el trato recibido durante su evento quirúrgico. Es importante mencionar que en lo que respecta al trato que le daban al paciente durante su proceso quirúrgico, éstos no se quejaban a menos que les suspendieran su cirugía.

De 120 a 360 se incrementó el número de pacientes que aceptaron estar satisfechos con la información otorgada por su médico antes, durante y después de su intervención quirúrgica.

Finalmente 370 pacientes consideraron restablecida su salud, los 10 restantes seguían en tratamiento al finalizar la aplicación de la encuesta.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ENCUESTA DE SATISFACCIÓN (DERECHOHABIENTE)



Encuesta de satisfacción para el prestador del Servicio

Se aplicó a 71 personas del área de Cirugía General de los turnos matutino y vespertino entre los que se cuentan:

- ✓ 39 Médicos Especialista
- ✓ 18 Enfermeras Quirúrgicas
- ✓ 6 Anestesiólogos
- ✓ 4 Auxiliares de Servicio de Intendencia (A.S.I.)
- ✓ 1 Secretaria
- ✓ 1 Jefe de Cirugía General
- ✓ 1 Jefe de Anestesia
- ✓ 1 Jefe de Enfermería

A las 71 personas se les aplicó la encuesta durante las fases 8 y 14, antes y después de la aplicación del tratamiento. Es importante mencionar que aunque se encuestaron 71 prestadores del servicio, las preguntas no las contestaron todos, debido a que alguna respuesta dependía de las funciones que cada persona tenía dentro del área. Los resultados fueron los siguientes:

De 40 médicos que mencionaron no estar satisfechos con el número de pacientes que atendían diariamente, sólo se redujo a 5 los que dijeron si estarlo. Es importante mencionar que los Indicadores IMSS están regidos por el Gobierno Federal quien creó la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, (IMSS, 2003 d). Éstos indicadores establecen la atención de 13 pacientes por médico y por turno, sin embargo cada médico atendía alrededor de 25 pacientes al día por turno, dando como resultado desacuerdo e insatisfacción en el número de pacientes que atendían los 40 médicos del área de cirugía general.

De 40 médicos encuestados sólo 20 que dijeron estar conformes con los recursos otorgados para llevar a cabo los estudios preoperatorios. Después del tratamiento el incrementó sólo llegó a 25, si bien se logró que el almacén delegacional surtiera en forma oportuna el material e insumos que el área de cirugía requería, la mejora no alcanzó el 100% debido a que el almacén no cubrió al 100% los insumos y materiales.

50 personas entre médicos cirujanos, anestesiólogos y enfermeras dijeron estar satisfechos con los recursos otorgados para realizar las cirugías. El incremento de 14 a 50 se debió a la entrega oportuna del material por parte del almacén delegacional.

De 71 personas encuestadas solo 36 consideraron que las áreas físicas eran apropiadas para trabajar y de 60 personas encuestadas sobre las condiciones de espacio y la ventilación no hubo cambios, las 60 contestaron que no contaban con el espacio y la ventilación necesarios. Esto fue debido a que la cantidad de personas que atiende éste H.G.Z. provocó que las áreas se redujeran y que algunos consultorios se dividieran en dos para crear más.

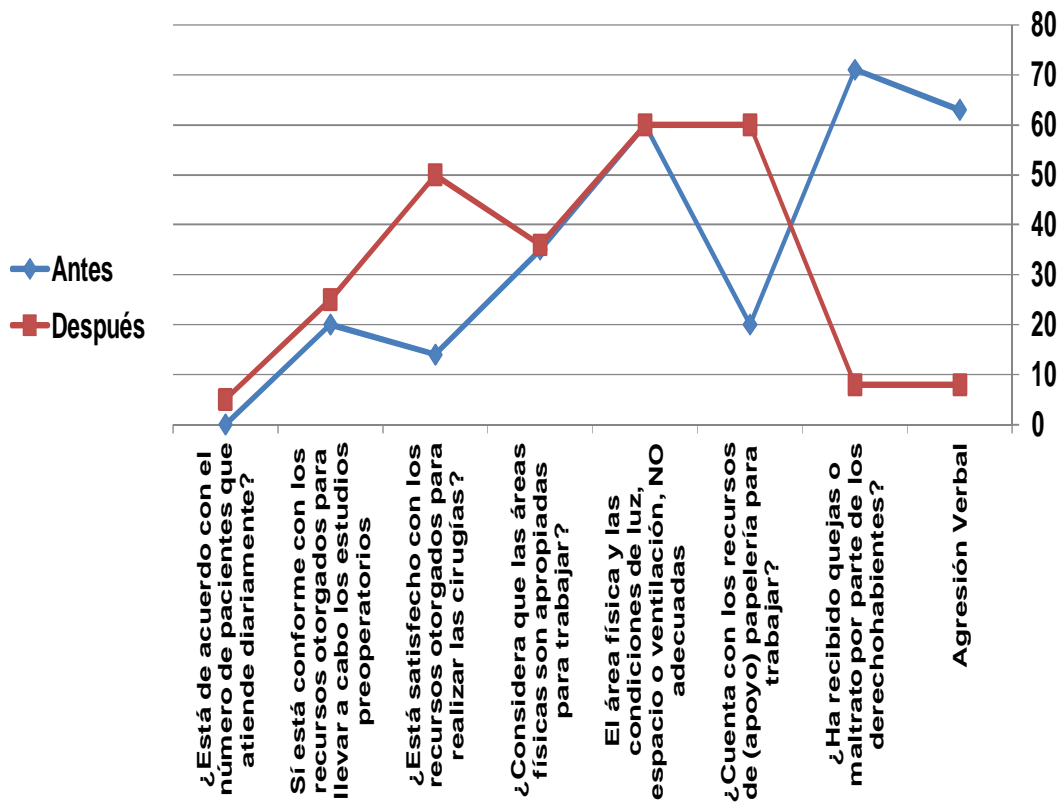
De 20 trabajadores se incrementaron a 60 los que consideraron que contaban con los recursos de apoyo necesario (papelería).

De 71 trabajadores que habían dicho que recibieron quejas o maltrato por parte de los derechohabientes después del tratamiento, solo 4 volvieron a contestar que sí. El cambio en la respuesta fue significativo, la reducción de la suspensión de las cirugías programadas logró disminuir las quejas por parte de los derechohabientes.

Finalmente, el tipo de agresión más común que recibía el prestador del servicio por parte del derechohabiente eran agresiones verbales las cuales de 63 se redujeron a 0 después del tratamiento.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
(PRESTADOR DEL SERVICIO)



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos y el cumplimiento de los objetivos, muestran lo útil que resultó poner en práctica un plan de calidad para la mejora de los procesos, se lograron cambios en la actitud del personal, mejora en la percepción del usuario, mejora de los indicadores del proceso analizado, así como la unificación del lenguaje sobre procesos y calidad entre los prestadores de este servicio a todos sus niveles.

De acuerdo a Deming (1991) efectivamente, se encontró que el personal involucrado en dichos procesos como conocedor del mismo, está dispuesto a cooperar cuando se le permite opinar para mejorar lo que hacen. El que supieran que tenían la misma oportunidad de participar y que las decisiones serían tomadas por ellos los hizo sentir motivados y seguros. El trabajo en el equipo de mejora, desarrollo en cada uno de sus integrantes un dinamismo especial y una actitud diferente hacia el trabajo.

El interés del prestador del servicio fue genuino y este estuvo dispuesto a capacitarse, lo cual de acuerdo a Aclé (1995) resultó indispensable para desarrollar una actitud de grupo para la mejora continua. El prestador del servicio estuvo dispuesto a ayudar al derechohabiente y a obtener los conocimientos que le permitieran desarrollarse profesionalmente y aportar algo para mejorar el servicio, además, la curiosidad e interés que provocó en el resto de sus compañeros fue un incentivo para prestarse a informar y enseñar lo aprendido.

Cabe mencionar que a la gente se le dificulta trabajar en equipo, está acostumbrada a realizar su trabajo sin ver el que hacen los demás como complemento del suyo.

De acuerdo a las características deseables de un equipo de mejora (Deming, 1991). Se logró que se unieran libremente que participaran y compartieran el trabajo como el equipo que en todo momento fueron. Les resultó gratificante conocer el trabajo que realizaban sus compañeros, situación que normalmente desconocía la mayoría de ellos. Los logros obtenidos les parecieron enriquecedores al saber que fue resultado de su unión su esfuerzo, su experiencia y conocimiento.

El obtener conocimientos nuevos y poder aplicarlos los alentó a querer saber más y pedir la capacitación que les permitía el desarrollo, les ayudaba a prepararse para el cambio y luego a moverse a través del proceso mismo. (Acle, 1995 p.177).

Durante el desarrollo de este trabajo, también se pudo observar que fue posible dejar de lado los fallas en el servicio, que como menciona Müller (1991) éstas pueden presentarse al otorgarlo.

En apego a Gómez (1992) se encontró que la Calidad no debe ser una moda sino un estilo de vida. Sin embargo no resulta fácil hacer que la gente lo acepte. La capacitación es una forma y un medio para poder cambiar actitudes, modificar hábitos, introducir nuevos valores y desechar vicios. Estas son tareas que exigen esfuerzo tenaz y constancia en su aplicación.

Con respecto a los usuarios del servicio como mencionan Picazo y Martínez (1998), éstos tienden a quejarse de un sin fin de cosas, pueden incluso poner en duda la capacidad o conocimientos de los prestadores del servicio y hacer comentarios con respecto al hecho de que deberían capacitarse.

Como Bronfman y Castro (2001) sugieren en su teoría del cliente en los servicios de salud, el usuario mostró con su actitud y comportamiento que para él lo más importante sobre todas las cosas es la forma como es tratado, pueden suspenderle una cirugía, pueden atrasar su consulta, puede incluso no haber medicamentos en farmacia, pero si la actitud de los prestadores del servicio es genuinamente amable, honesta, atenta e incluso lo hace sentir importante, presentará de igual manera su queja pero no se mostrará agresivo o incluso amenazante.

No se puede dejar de lado que para que el IMSS vaya adelante sin tanto esfuerzo, como menciona Aclé (1998) en su teoría de los cuatro principios básicos de la mejora continua, no debe ser sólo el personal en la operación quien trabaje por, para y a favor de la calidad, es necesario recordar que éste trabajo es a todo los niveles jerárquicos y con el “Plan Nacional de Calidad” (1998 b) como herramienta, puede continuar realizando sus procesos con calidad y otorgando sus servicios de la misma forma.

Tal como considera Grant (1995) la aplicación de las Herramientas de Calidad son la base de la Calidad Total y Mejora Continua y para el Director del H.G.Z. y para todos los involucrados en el Servicio de Cirugía fueron la herramienta perfecta que permitió mostrar y demostrar mejora en el proceso analizado. De acuerdo a Picazo y Martínez (1998) contó con las características que todo proceso debe tener y cumplió con los principios para el mejoramiento de las salidas de su proceso.

Concluyo que la metodología utilizada en el análisis de los proceso fue efectiva ya que permitió identificar las causas raíz, atacarlas y constatar que los objetivos se cumplieron.

Fue claro que el personal del Servicio de Cirugía tenía idea amplia de las causas de suspensión de las cirugías, pero con la aplicación de las herramientas de calidad utilizadas se pudo comprobar cuales eran las verdaderas causas, sustentarlo y corregirlo.

Por tanto se pudo comprobar que es un estudio con validez interna porque hubo control de las variables y se conocieron los aspectos causales, que ocasionaban el problema. (Hernández Sampieri et al. 2006)

La metodología y resultados pueden ser generalizados a otras instituciones de salud, de acuerdo a Hernández Sampieri et la. (2006) por lo que se puede decir que el estudio cuenta con validez externa

Me parece importante hablar del papel que juega el Psicólogo en el análisis de los procesos. Cada vez son más las empresas que piden, solicitan, esperan, etc., que los psicólogos del área laboral cuenten con conocimientos en herramientas de calidad, en análisis de procesos e incluso, puedan ser asesores o consultores de las diferentes áreas de la empresa. Esto con el fin de mejorar a la misma a través del análisis y mejora de los procesos, reducir el retrabajo, bajar los costos, mejorar productividad en el servicio o en el producto, todo ello claro, llevando implícita la sensibilización al personal, la capacitación y la

evaluación continua del mismo, para que los empleados hagan lo que se espera de ellos y se sientan satisfechos y a gusto haciendo lo que hacen. Puede sonar raro si se considera que es un trabajo que ha realizado el Coordinador de Calidad dentro de una empresa, sin embargo, actualmente no siempre es así, cada vez son más las empresas que esperan más del Psicólogo del trabajo. Considero que esto no debe sonar extraño cuando se sabe que una de las tantas funciones del psicólogo, independientemente del área que maneje es producir el cambio en el comportamiento del ser humano a través del conocimiento de sí mismo, de las personas que le rodea y del ambiente en el que se desarrolla y desenvuelve siempre para beneficio de sí mismo y los demás.

Considero que la capacitación, la inducción, la asesoría, la instrucción, etc., que se les otorga a los trabajadores de cualquier empresa de servicio o del tipo que sea, se va engrandeciendo con este tipo actividades relacionadas con la calidad.

. Pienso que el psicólogo es la persona adecuada para llevar a cabo este tipo de apoyo, actividades, asesoría, etc., puesto que no sólo tiene la capacidad y la posibilidad de hacerlo, sino que es el profesionalista que mejor entiende al ser humano en cualquiera de sus ámbitos.

La calidad no es una moda, es una forma de vida, es una manera de actuar, de comportarse, de pensar, de guiarse tanto en una empresa como en la vida personal y para entender mejor a los demás, sus problemas y motivos así como para guiarlos y apoyarlos de manera personal o laboral dentro de una empresa el psicólogo del trabajo ha demostrado que es la persona idónea para ello.

Por lo anterior me parece importante que los egresados del área de psicología del trabajo, cuenten con los conocimientos básicos en temas calidad, herramientas de calidad, mejora de procesos, etc., para que tengan mejores oportunidades laborales, quizá pensar en la posibilidad de la inclusión de éstos temas en el programa curricular, que permitan un fortalecimiento profesional dentro del campo de la psicología del trabajo. (Industrial, organizacional, etc.,).

APORTACIONES

Las aportaciones las dividí en tres:

1. Las aportaciones que como Psicóloga otorgué
2. Lo que éste trabajo y el tema del mismo aporta a otros trabajos de tesis en general y
3. Lo que la realización de éste proyecto me aportó a mí.

1. ¿Qué Aporté a la institución en la cual se llevó a cabo esta investigación?

- A pesar que la capacitación es una obligación y un derecho del trabajador, ésta no es aceptada en algunos casos por los jefes porque tienen la creencia de que “le abre los ojos a los trabajadores y estos se vuelven exigentes” y por otro lado los trabajadores opinan que la capacitación “les quita el tiempo y la oportunidad de ocuparlo en otra cosa”.

Mucha gente no le da la importancia que ésta tiene para obtener conocimientos, cambiar actitudes, desarrollar habilidades, cambiar malos hábitos o hábitos arraigados que no permiten el desarrollo de una empresa.

Para que la capacitación lograra su objetivo con el personal del Servicio de Cirugía General y las personas involucradas en el mismo, al inicio del curso, el tema de Calidad lo impartí dirigiéndolo hacia la vida personal de los trabajadores antes que a las actividades que realizaban en su área de trabajo, presentándoles como su cliente a su pareja, hijos, amigos, etc. De esta forma pude ir dirigiendo poco a poco el tema a sus actividades laborales y ellos pudieron aplicar los conocimientos adquiridos sin problema en el análisis del proceso, obteniendo los resultados esperados. Las personas que analizaron el proceso de cirugía lo hicieron por propia voluntad y esto les permitió sentirse seguros y satisfechos con sus decisiones.

- Los integrantes del equipo tuvieron mi apoyo constate durante el análisis del proceso de Cirugía General para lograr el conocimiento al detalle del mismo, logrando con esto que valoraran el trabajo de sus compañeros permitiéndoles verse como apoyo unos de otros desde sus diferentes áreas y no como trabajadores independientes como se creían.

- Conocí y comprendí el proceso analizado y gracias a ello pude apoyar a los integrantes del equipo entendiéndolos cuando sus actividades laborales en algunas ocasiones les hacían imposible presentarse en el horario acordado teniendo que adaptarme a su tiempo.
- El conocimiento de la situación del IMSS con respecto a sus carencias (medicamentos, falta de personal, exceso de consulta, etc.), a la apatía de los prestadores del servicio y la inconformidad de los derechohabientes, me permitió dirigir la capacitación hacia las necesidades del IMSS sin que los trabajadores se sintieran agredidos o culpados por lo anterior.
- Aunque mi función fue sólo de asesoría y no integrante del equipo, fue necesario que me integrara como tal, para que me permitieran un acercamiento más profundo al proceso a evaluar y poder introducirme en todas las áreas que conformaban el mismo, incluyendo en un evento quirúrgico y así conocer de cerca los problemas que vivían.
- Logré hacerlos sentir parte importante para su proceso y para los derechohabientes y esto les permitió a los integrantes del equipo tener seguridad en sí mismos, seguridad en el trabajo que realizaron, seguridad en las decisiones que tomaron ante sus compañeros, seguridad para defender sus propuestas ante el Director del Hospital.
- Los integrantes del equipo conocieron las Herramientas de Calidad y la oportunidad de aplicarlas para mejorar su trabajo.
- Lograr que no se entendiera la calidad como un estilo de vida no como una moda.
- Lograr que entendieran que la capacitación no era una opción sino un medio para obtener mejores condiciones de vida tanto personal como laboral.
- Apoyé en la mejora de los indicadores del área de Cirugía General.

2. Lo que éste trabajo y el tema del mismo aporta a otros trabajos de tesis en general

Esta tesis es un trabajo que aportó una metodología reconocida, basada en las herramientas de calidad y en el análisis de procesos y puede ser utilizada en otros trabajos de tesis como una herramienta de apoyo o guía para otros temas relacionados con la calidad, más específicamente con el análisis de los procesos críticos, pues cuenta con un marco teórico de referencia muy completo en aspectos metodológicos en materia de calidad, procesos, administración, etc.,

Esta es una investigación realizada en una Institución de Salud reconocida y la metodología se puede extrapolar a otras instituciones de Salud del Sector Público o Privado e incluso de servicios porque la mejora en el proceso mostró que la aplicación de las herramientas de calidad funcionan y dan resultados positivos si se aplican conforme a dicha metodología resultando una aportación valiosa a los procesos tanto médicos como administrativos.

3. ¿Qué me aportó este trabajo?

- El análisis del proceso de Cirugía General me permitió conocer profundamente la forma como se interrelacionan diferentes áreas para lograr un solo fin: restablecer la salud del derechohabiente.
- Conocer que las áreas que intervienen en este proceso no pueden trabajar de forma independiente porque unas se apoyan de otras.
- Comprender que la capacitación es parte de estos procesos estudiados. Que no es independiente.
- Satisfacción personal al ganarme la confianza de los integrantes del equipo de mejora de la calidad y que éstos me permitieran adentrarme personalmente en su proceso (la experiencia en el quirófano fue realmente enriquecedora).
- Conocimiento del grado de necesidad que tienen los trabajadores de participar conocer y aprender.
- El saber que a los trabajadores se les puede apoyar, guiar o darles otras opciones para trabajar a partir de la capacitación.
- Comprender realmente que la calidad no es una moda.
- Entender al derechohabiente y la necesidad que tiene de ser escuchado y atendido, porque también soy derechohabiente.
- El análisis del proceso para la mejora continua, no estaba presente en mi mente como Psicóloga del Trabajo. Tenía la idea de que la capacitación o la selección del personal son las únicas opciones de desarrollo laboral, sin embargo esta tesis me permitió tener otra visión de desarrollo laboral. Es muy difícil dividir en donde empieza un proceso y donde termina otro o en que momento se es cliente/derechohabiente o prestador del servicio, sin embargo lo importante es no olvidar que todo trabajo o actividad encaminada al apoyo, ayuda o asesoría de las personas que nos rodean

siempre será gratificante y enriquecedor si se realiza con la conciencia de que somos lo que otorgamos.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones encontradas para poder reducir la suspensión de cirugías programadas están las siguientes:

1. Por causas atribuibles al psicólogo

- Es importante comentar que yo no tenía ninguna formación o conocimiento con respecto al análisis de procesos y mejora continua, desconocía también todo lo relacionado con los indicadores. Este trabajo al inicio fue muy difícil para mí, puesto que no entendía lo que un psicólogo de capacitación hacía apoyando equipos de mejora. Fue hasta el momento que comencé a trabajar con el personal del hospital que comprendí el objetivo del trabajo y, empecé a comprender lo que es un proceso y las posibles formas de analizarlo.
- Para entender mejor el proceso de Cirugía General fui invitada por el jefe de esta área para asistir como observadora a una cirugía laparoscópica de vesícula, situación a la que inicialmente me resistí pues me estresaba de sólo pensar en estar presente cuando se llevara a cabo el procedimiento quirúrgico, así que mi actitud retrasó un poco mi conocimiento del proceso y desarrollo del trabajo.
- Me costó mucho trabajo relacionar el concepto de proceso con un proceso real.
- Aprendí a realizar indicadores sin comprender primero el concepto de indicador.
- Mi interpretación de necesidad era muy diferente a la del personal médico, mientras yo lo relacionaba con capacitación ellos lo hacían con abasto de medicamentos.
- Me costó trabajo ser imparcial y ver la problemática desde el punto del derechohabiente o del prestador del servicio, pues yo misma era prestadora de un servicio del IMSS y derechohabiente al mismo tiempo.

2. Por causas ajenas al Psicólogo

- Primeramente mencionaré que para el prestador del servicio del área quirúrgica (específicamente médicos y enfermeras) todo el trabajo administrativo les pareció demasiado complicado y difícil de entender, al inicio preferían dictarme que hacerlo, no comprendían ni la terminología, ni los formatos aún después de haberles explicado. En algún momento me dijeron que eran médicos no administradores y ese sentir al inicio los hizo resistentes al desarrollo del trabajo.
- La Gráfica 9 no tuvo cambios porque en la plantilla de enfermería del área quirúrgica hacían falta 5 enfermeras y las plazas no se pudieron cubrir, debido a lo siguiente: El número de plazas de enfermería que hospital que debía tener ocupadas era 560 de las cuales 24 no tenía cubiertas por lo tanto contaba con 536 sin embargo sólo 310 enfermeras se encontraban laborando hasta el día en que se concluyó el análisis del proceso de cirugía. El motivo de esto fue que de acuerdo a un sondeo por parte del Jefe de Personal de las 226 enfermeras ausentes, 25 se encontraban de vacaciones, 176 incapacitadas, 10 con licencia, 15 con faltas injustificadas. Los motivos de las faltas injustificadas en los últimos 6 meses fueron: el 70% de las enfermeras que faltaban estaban relacionadas con las fiestas del Niño Pan en la Delegación de Xochimilco y de acuerdo a las fichas de datos personales el 63% de las enfermeras asignadas a este hospital viven cerca o pertenecen a ésta Delegación. Dentro de los motivos de que exista tanto personal perteneciente a esta zona la respuesta por parte del Jefe de Personal fue que el IMSS otorga la oportunidad para que su personal permute con otros compañeros de la misma categoría y nivel su cambio de zona de acuerdo a su domicilio. Para saber el motivo del número tan elevado de incapacidades en esta categoría el equipo pidió nuevamente información el Jefe de Personal y al Médico de Medicina del Trabajo quienes encontraron que de las 176 incapacidades otorgadas 98 tenían un tiempo de expedición de entre 2 y 4 años calificadas como riesgo de trabajo, al revisar los expedientes de éstas personas se encontró que el 73% de ellas podían volver a su trabajo por no ser ya necesaria la incapacidad y al visitar a éstas personas en su casa el 46% de ellas se encontraban laborando en otros hospitales. (Se manejó como probable causa de la expedición injustificada de incapacidades el que el Médico que lo hacia era amigo del paciente sin embargo esto

no fue analizado). De las 78 incapacidades expedidas restantes hasta el momento en que se concluyó el análisis del proceso de cirugía se encontraban en estudio para ser validadas.

- Por lo anterior, la falta de Equipo Quirúrgico de Enfermeras hace imposible la programación de cirugías en el turno nocturno.
- Los Auxiliares del Servicio de Intendencia realizan trabajos que no tiene que ver con su categoría (mensajeros, auxiliares administrativos, etc.), esto se debe a que son personas recomendadas a las cuales les permiten estar en otra área aún cuando cobran lo relativo a la categoría a la que pertenecen. Este tipo de situaciones limita la posibilidad de mejorar el o los servicio donde más se necesitan. El Jefe de Servicios Básicos lo que hace es ir rolando a la gente a su cargo en las áreas que más lo requieran, en este caso a las áreas de Quirófanos planta alta o los Quirófanos de traumatología. El motivo prioritario era la limpieza y desinfección de los quirófanos teniendo que dejar de lado áreas que aparentemente lo necesitan menos como la biblioteca, las aulas de capacitación, las oficinas de los Jefes de Servicio, por mencionar algunos, sin olvidar que ésta categoría realiza dos funciones: limpieza y camillería, ésta última no contemplada en el profesiograma y que sin embargo debe cumplir. (IMSS, 2003 a).
- Al parecer resulta difícil cubrir las plantillas del personal que se encuentran descubiertas debido a que el IMSS no cuenta con los recursos necesarios para pagar el sueldo de nuevo personal.

Tabla 11

Estado de Plazas de Enfermería y Auxiliar de Intendencia

Enfermería		Auxiliar de Servicios de Intendencia	
Plazas	560	Plazas	183
Plazas Cubiertas	536	Plazas Cubiertas	176
Plazas Ocupadas	310	Plazas Ocupadas	169
Plazas Descubiertas	226 + 24 faltantes 250	Plazas Descubiertas	7 + 7 faltantes 14
Motivos	24 plazas faltantes, 25 de vacaciones, 10 con licencia, 176 de incapacidad 15 con faltas injustificadas.	Motivos	7 plazas faltantes, el resto comisionados en otras áreas 3 realizando trabajo de mensajeros, 3 de Auxiliar Universal de Oficinas y 1 mujer realizando el trabajo de Asistente Médica.

Nota: Situación de Plazas de Enfermería y A.S.I. Balance de Plazas Autorizadas, Ocupadas, Vacantes y Sobrantes. (IMSS; 2003 i)

- La prioridad de urgencias es una causa de la suspensión de las cirugías, la cual provoca el 25.45% de ellas, prácticamente la cuarta parte de todas las suspensiones en un solo motivo. Debido al índice de crecimiento de la población, los integrantes del equipo de mejora solicitaron la construcción de un quirófano para atender las urgencias, pero esto no fue posible.
- Una limitación más fue el hecho de que por falta de espacio del hospital, el Servicio de Cirugía debía prestar sus quirófanos al Área de Ginecología los días martes, miércoles, jueves y viernes en los turnos matutino y vespertino, de acuerdo a la distribución de cirujanos en las salas de cirugía general.
- Las pláticas de concientización al personal médico y anesthesiólogos en las que se les explica las consecuencias que tiene en los pacientes el retrasar o suspender las cirugías debido a sus faltas o a la tardanza de éstos para presentarse en el quirófano y realizar el evento quirúrgico, si bien tuvo impacto en la reducción de la suspensión de cirugías (gráficas 6, 7 y 13) no es una acción que prevalezca porque no se puede evitar que falten por motivos personales o incluso que lleguen tarde. Dentro de las

cláusulas del Contrato Colectivo del Trabajo para trabajadores IMSS se encuentra las prestaciones que otorgan treinta minutos de tolerancia después de su hora de entrada y autoriza pases de entrada y salida a la hora que mejor convenga al trabajador.

- Para lograr las mejoras el Jefe de Servicios Básicos apoyó asignando dos A.S.I. por turno específicamente para quirófanos y camillería, sin embargo como él mismo comentó “no se tiene conocimiento de cuanto tiempo pueda sostener estas actividades, pues no se debe olvidar que la plantilla nunca está completa”.
- Todos los pacientes programados en el turno matutino (entre las 8:00 y las 12:00 de la tarde) son citados a las 6:30 de la mañana, con el objetivo de que lleguen en ayunas y en caso de que algún paciente falte o sea suspendido por causas atribuibles a él, pase a cirugía el paciente siguiente de acuerdo a la distribución de cirugías. (IMSS, 2003 f). Sin embargo esta situación provoca en los pacientes, tensión, presión arterial alta por la ansiedad en la que se encuentran o el ayuno en el que están y en otros casos hambre y algunos pacientes deciden tomar alimento, todo lo anterior es causa de suspensión de su cirugía.
- El crecimiento de la población y la cantidad de personas que deben atenderse no le permite al trabajador ausentarse de su servicio con motivo de capacitación y los jefes del servicio envían a ella a los menos ocupados y comúnmente siempre se presentan las mismas personas, por tanto no toman la capacitación en forma seria sino como una oportunidad de distraerse en el caso del personal y en el caso del jefe cumplir con un programa.
- A pesar de que las personas involucradas en el proceso pusieron todo de su parte para mejorarlo y de que otros servicios más analizaron su proceso, no todas las áreas participaron por no creer en la Cultura de Calidad debido a que les han presentado otros programas y no los continuaron (Círculos de Calidad entre otros).
- El considerar la Calidad y Mejora Continua como una moda, como un programa más para cumplir y quedar bien, solo provocó en algunos trabajadores insatisfacción, frustración, descontento y finalmente poca credibilidad para apoyar, participar o cooperar a favor del IMSS.

3. Por causas atribuibles al paciente

- El paciente olvidaba la fecha de su cirugía
- No llegaba en ayunas
- Comía mientras espera el turno de su cirugía
- Se presentaba enfermo (comúnmente con gripa)
- No seguía las indicaciones médicas preoperatorias (toma de su antihipertensivo, no beber líquidos, no cumple con las horas de ayuno)
- No se presentaba acompañado por un familiar
- No presentaba sus estudios médicos
- Olvidaba su orden de cirugía, carnet
- No se presentaba en el horario asignado

SUGERENCIAS

Resulta difícil hacer sugerencias para mejorar un proceso en el cual la mayoría de las decisiones no están al alcance de la mano de las personas que lo trabajan y lo viven a diario, sin embargo al recordar que la calidad no está dirigida solamente a las cosas y que no está peleada con las actitudes, las aptitudes y el conocimiento se puede sugerir lo siguiente:

1. Para los prestadores del servicio

- Durante el curso de sensibilización las personas aprendieron que la calidad empieza por uno mismo en ser puntuales, honestos, persistentes, dedicados. Por lo tanto entendieron que se le puede dar a la gente confianza, amor, paciencia, atención, cuidados. Todo esto no requiere ni un centavo solo las ganas de entregarlo y esto se aplica igual a las personas que fungen como clientes internos y/o externos. Otorgar la calidad de esta forma no implica costo. Continuar como hasta ahora les puede permitir un desarrollo más satisfactorio de sus actividades y así no dejar de sentirse importantes.
- Recordar que la calidad no es una moda y considerarla un estilo de vida para no olvidarse de ella.

2. Para la institución

- Permitir que las personas sigan tomando decisiones de cambio para mejorar sus actividades sin afectar al resto de las personas que conforman el proceso.
- La capacitación debe considerarse como parte necesaria de los procesos y no independiente de ellos, debe ser tomada en cuenta como una forma de desarrollo y no como correctiva para solucionar problemas que ya existen.
- Capacitar al personal de acuerdo a un registro de avances, no enviar siempre a las mismas personas a los mismos cursos solo por cumplir.
- Manejar la capacitación como un derecho no como una obligación pues las cosas a las que se tiene derecho se exigen y las obligaciones se rechazan.

3. Para el Psicólogo

- La capacitación debe ser otorgada con sumo cuidado porque aunque los temas y/o el curso sean el mismo, la forma de captar y asimilar la información es diferente entre los trabajadores ya que de ello depende, su nivel académico, su nivel cultural, su estado anímico, su disposición al cambio, la confianza en el trabajo que se realiza o en las autoridades que los envían.
- Es necesario hacer detección de necesidades continua para conocer el grado de avances que se tiene.
- Recordar que el psicólogo es un agente de cambio que guía y asesora, no es el dueño del proceso por tanto debe evitar realizar el trabajo de los dueños de los procesos, su liderazgo no debe ser paternalista.
- No prometer resultados que no dependan de él.

4. Para distintos estudios e intervención similares

- Trabajar con la metodología bien definida.
- Es importante que las autoridades o personas en puestos Gerenciales y Directivos estén involucradas y comprometidas con el trabajo que se realizará.
- Que sean los dueños de los procesos quien realicen el análisis de causas y propongan las soluciones ya que son ellos los que saben que es lo que necesitan.
- Es necesario que todas las personas o áreas involucradas en un proceso apoyen y aporten lo necesario para la mejora del mismo.
- No se debe prometer a la gente cosas o cambios que resulten imposibles desde un inicio, con el objeto de convencerlos a trabajar en el cambio.
- Se debe motivar y reconocer constantemente el trabajo de la gente.
- Realizar evaluación y detección de necesidades continua para dar seguimiento.
- Considerar todo lo relacionado con la calidad como una forma continua de mejora y no sólo el medio para conseguir resultados momentáneos.
- Entender que las herramientas de calidad y toda la metodología que aquí se menciona no es sólo para ser usada por las personas de las áreas administrativas o sólo por personal gerencial o directivo.

Referencias Bibliográficas

- Acle Tomasini, Alfredo. (1995). *Retos y Riesgos de la Calidad. Un Caso Real Hecho en México*. México: Grijalbo.
- Acle Tomasini, Alfredo. (1998). *Planeación Estratégica y Control Total de Calidad*. México: Grijalbo.
- Albrecht, Karl & Zembre, Ron. (1998). *Gerencia del Servicio*. Bogotá: Legis Fondo Editorial.
- Albrecht, Karl. (1990). *La Revolución del Servicio*. Bogotá: Legis Fondo Editorial.
- Buendía Eisman, Leonor. Colás Bravo, Pilar & Hernández Pina, Fuensanta (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Buenos Aires: McGraw-Hill
- Bronfman, Mario & Castro, Roberto. (2001). *La Utilización de los Servicios de Salud desde las Perspectivas de los Usuarios*. México: IMSS. Vol. 39, Vol. 5
- Carlzon, Jan. (1991). *El Momento de La Verdad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Colunga, Dávila. (1997). *La Calidad en el Servicio*. México: Grijalbo.
- Crosby, Philip B. (1993). *Hablemos de Calidad*. México: McGraw-Hill.
- Crosby, Philip B., (2002). *La Calidad y Yo, Una Experiencia de Vida*. Argentina: Pearson Educación.
- Deming, W. Edward. (1991). *Calidad Productiva y Competitividad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Denton, D. Keith (1991). *Calidad en el Servicio a los Clientes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Feigenbaun Vallin, Albert. (1991). *Control total de la Calidad*. México: CECSA.

- García Pelayo, Ramón. (2003). *Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española*. México: Larousse
- Gómez, Saavedra Eduardo. (1992). *El Control Total de Calidad*. Bogotá: Legis Fondo Editorial.
- Grant, Eugene L. (1995). *Control Estadístico de Calidad*. México: Editorial S.A, de C.V.
- Hammer, Michael & Champy, James (1993). *Reengineering the Corporation*. Nueva York:
- Harrington, M. James. (1990). *El Coste de la Mala Calidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Hernández Sampieri, Roberto. Fernández Collado, Carlos & Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGram-Hill
- IMSS. (1995). *Ley del Seguro Social (LSS)*
- IMSS. (1998) a. *El IMSS Una Institución con Historia*. Dirección Administrativa y de Calidad, Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS. (1998) b. *Premio Nacional de Calidad*. Dirección de Organización y Calidad. Coordinación de Cultura de Calidad. Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- IMSS. (2000). *Juntos por la Calidad, Curso de Sensibilización e Introductorio de Calidad en el Servicio*. Dirección de Organización y Calidad. Coordinación de Cultura de Calidad.
- IMSS: (2003) a. *Catálogo Nacional de Descripción de Puestos Tipos de Confianza*. Dirección Administrativa y de Calidad.
- IMSS. (2003) b. *Informe Mensual de Causas De suspensión de Cirugías en Servicio de Enfermería*.

- IMSS. (2003) c. *Informe Mensual de Consulta Externa.*
- IMSS. (2003) d. *Informe Mensual de Productividad Hospitalaria del Archivo Clínico.*
- IMSS. (2003) e. *Informe Mensual de Productividad Quirúrgica de Quirófanos Planta Alta.*
- IMSS. (2003) f. *Libro de Actividades Quirúrgicas.*
- IMSS. (2003) g. *Registro de Distribución de Cirujanos de las Salas de Planta Alta. Jefatura de Cirugía General.*
- IMSS. (2003) h. *Hoja de Registro Anestésico de Cada Procedimiento Quirúrgico*
- IMSS. (2003) i. *Balance de Plazas Autorizadas, Ocupadas, Vacantes y Sobrantes. Departamento de Personal.*
- Ishikawa, Kaoru. (1993) *¿Qué es el Control Total de Calidad?* Buenos Aires: Norma.
- Juran, Joseph M. (1990). *Juran y la Planificación para la Calidad.* Madrid: Díaz de Santos.
- Larrea, Pedro. (1991). *Calidad del Servicio, Del Marketing a la Estrategia.* Madrid: Díaz de Santos.
- Macías, Raúl. (1995). *Herramientas Para Mejorar Nuestra Organización Mediante Técnicas de Prevención de Nuestra Gente.* México: Macchi.
- Müller de la Lama, Enrique. (1999). *Cultura de Calidad en el Servicio.* México: Trillas.
- Parro Nereo, Roberto. (1996). *Reingeniería, Empezar de Nuevo.* Buenos Aires: Macchi.
- Picazo Martínez, Luis & Martínez Villegas, Fabián. (1998). *Ingeniería de Servicios. Para crear clientes satisfechos y lograr ventajas competitivas sustanciales y sostenibles.* México: McGraw-Hill.

- Rascón CH. , A. Octavio. (1991). *Introducción a la Estadística Descriptiva*. México: SITESA.
- Rojas Soriano, Raúl (1990). *Guía para realizar Investigaciones Sociales*. México: UNAM.
- Shaughnessy John. Zechmeister, Eugene & Zechmeister, Jeanne. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México: McGraw-Hill
- Stoner Jame. Freemau R. Edward & Gilbert Daniel R. (1996). *Administración*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Valdés Buratti, Luigi. (1997). *Conocimiento es Futuro*. México: CONCAMIN

ANEXOS

Cronograma de Actividades

1. Misión y Visión del Servicio de Cirugía General
2. Mapa de los Procesos Involucrados
3. Curso Juntos por la Calidad
4. Diagrama de Flujo
5. Matriz de Contribución del Análisis del Proceso I
6. Matriz de Contribución Análisis del Proceso II
7. Matriz de Contribución de Posibilidades de Medición (Indicadores)
8. Encuesta de Satisfacción para el Derechohabiente
9. Encuesta de Satisfacción para el Prestador de Servicios
10. Matriz de Contribución de Determinación de Causas
 - Identificación de Causas Probables
 - Identificación Causas Potenciales
 - Identificación Causas Raíz
11. Diagrama Ishikawa (causa-Efecto)
12. Diagrama de Pareto
13. Matriz de Contribución de Selección de la Solución
14. Matriz de Contribución de Prueba de las Soluciones Propuestas
15. Hoja de Registro Diario de Causas de Suspensión de Cirugías
16. Matriz de Distribución de Cirujanos en las Salas de Cirugía
17. Instrucciones de Internamiento
18. Posibilidades de Medición (Resultados Esperados)
19. Porcentaje de Causas de Suspensión de Cirugías
20. Causas de Suspensión de Cirugías Antes/Después

Cronograma de actividades

Capítulos	Actividad	Tiempo de Realización	Responsable	Observaciones
Procedimiento	Estructurar el grupo	Fase 1	Psicóloga/ Jefe de Cirugía General	
	Realizar programa de trabajo	Fase 2	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Impartir Curso de Juntos por la Calidad Anexo 1	Fase 3	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Identificar misión y visión del área de cirugía	Fase 4	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Identificación del proceso Anexos 5 y 6	Fase 5	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Análisis e identificación de actividades problema	Fase 6	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Identificación de indicadores de las actividades problema Anexo 7	Fase 7	Grupo de trabajo	Orientación de la psicóloga
	Aplicación Encuesta de satisfacción (antes y después) Anexos 8 y 9	Fases 8 y 14	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Análisis de causas (Determinación de Causas) Anexo 10	Fase 9	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Identificación de causas raíz Anexo 10	Fase 10	Grupo de trabajo	Orientación de la psicóloga
	Selección de las soluciones Anexo 13	Fase 11	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Prueba de las soluciones Anexo 14	Fase 11	Psicóloga/ Grupo de trabajo	
	Aplicación de las soluciones	Fase 12	Grupo de trabajo	Orientación de la psicóloga
Análisis Datos y Resultados	Recolección de datos	Fase 13	Grupo de trabajo	Orientación de la psicóloga
	Análisis de resultados	Fase 15	Psicóloga/ Grupo de trabajo	

Servicio de Cirugía

Misión

Otorgar al apaciente atención medico quirúrgica con tecnología avanzada, uso óptimo de los recursos y trato humano, para restablecer la salud del enfermo, conseguir el máximo beneficio con el menor riesgo que le permita al paciente mejorar su calidad de vida y lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores del servicio. (Bronfman y Castro 2001 p. 38).

Misión del Prestador del Servicio

- Informar al paciente sobre su padecimiento, disminuir sus dudas y temores sobre su estado de salud. Otorgar la atención con ética y gran actitud de servicio que respalde siempre sus necesidades, trato humano, respetando sus valores ayudando a restablecer su salud y lograr su satisfacción.
- Tener listas las instalaciones en el momento que se requieran y hacer el mejor uso de las mismas optimizando los recursos.
- Apoyar a los compañeros de trabajo para que cuenten con los estudios y recursos necesarios para un mejor diagnóstico y tratamiento.
- Mantener informados a los familiares sobre el estado de salud de su paciente.

Visión

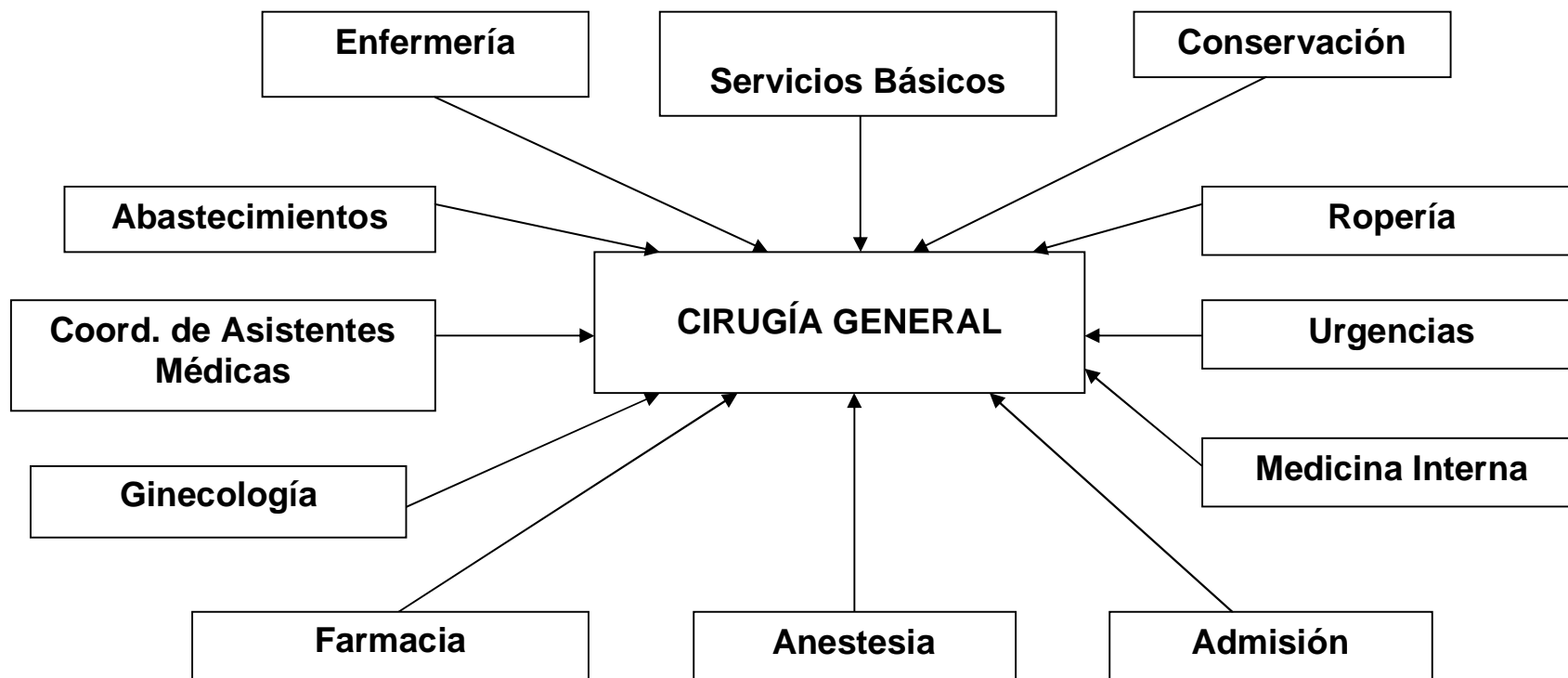
Ser un servicio que otorgue al paciente atención medico quirúrgica personalizada y oportuna en tiempo y forma, es decir, en el momento en que se detecta y diagnostica una enfermedad realizar la cirugía en un máximo de 10 días a partir de la fecha de diagnóstico con tecnología avanzada, uso óptimo de los recursos y espacios físicos, con máxima seguridad y bajo índice de complicaciones consiguiendo así el mayor beneficio con el menor riesgo para restablecer la salud del enfermo y le permita al paciente mejorar su calidad de vida.

Lo anterior con un equipo multidisciplinario profesional y ético con gran actitud de servicio que respalde siempre las necesidades de los usuarios con trato humano, respetando sus valores para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores del servicio.

Fueron revisados los registros del servicio de Cirugía General, (IMSS 2003 E) de 6 meses continuos, obteniéndose un promedio de 380 cirugías programadas al mes y 110 cirugías suspendidas de las 380 programadas. Con base a esto el equipo de mejora conformado por personal involucrado en el proceso de este servicio, determinó los objetivos tanto generales como específicos.



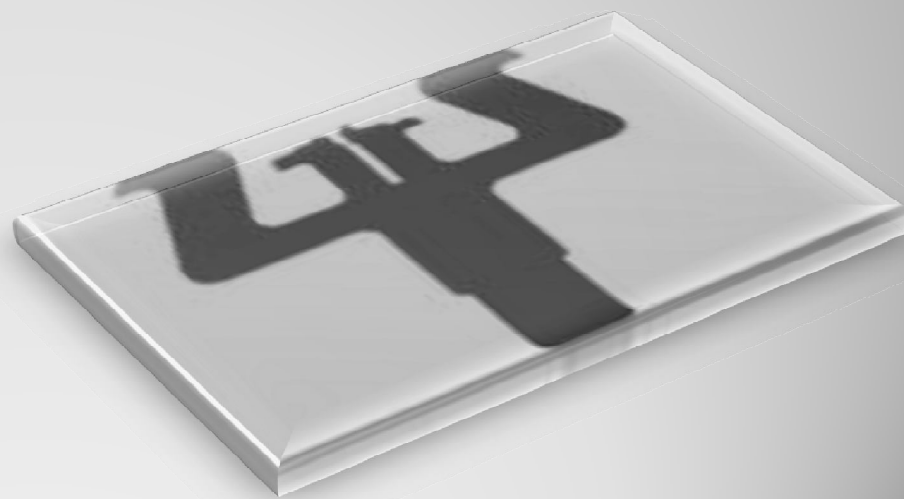
PROCESOS INVOLUCRADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA

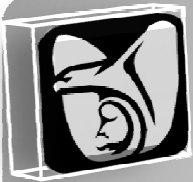




CURSO

JUNTOS POR LA CALIDAD





Objetivo del Curso

El curso tiene como objetivo invitar a los trabajadores IMSS, a mejorar su proceso, a través de una metodología cuidadosamente planeada, organizada y preparada de forma sencilla, que les permitirá otorgar un servicio de calidad, que los haga sentir satisfechos con el trabajo que realizan, que otorgan y que reciben de manera interna.



JUNTOS POR LA CALIDAD

PROGRAMA

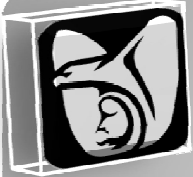
Carta Descriptiva
El IMSS una Institución de Cambio
Premio IMSS de Calidad
Introducción al Plan Integral de Calidad
Misión del IMSS
Servicio
Cliente
El Cliente en los Servicios de Salud
Calidad
Calidad en el Servicio
Proceso
Mejora Continua
Herramientas de Calidad





Carta Descriptiva

Ambiente de Enseñanza: Biblioteca del Área de Enseñanza	Enseñanza: Área de	Nombre del Curso: Juntos por la Calidad	Tiempo: 8 hrs.	Fecha: Fase 2 (tres días)	
Instructor: Psic. Ivonne Marcela Saldaña Arias		Grupo/Área: Cirugía General	Dirigido a: Personal IMSS (Personal de área de Cirugía General)		
TEMA	OBJETIVO GENERAL	RECURSO DIDACTICO	FECHA	TIEMPO	
El IMSS una Institución de Cambio	El participante conocerá algunos datos históricos relevantes que lo identifican como una institución dinámica	PC, Cañón, Pantalla	Día 1	30 minutos	
Premio IMSS de Calidad	El participante identificará los principales criterios de valoración del Premio IMSS de Calidad	PC, Cañón, Pantalla	Día 1	30 minutos	
Introducción al Plan Integral de Calidad	El participante analizará las características y criterios que conforman el Plan Integral de Calidad	PC, Cañón, Pantalla	Día 1	40 minutos	
Misión del IMSS	El participante analizará la Misión del IMSS, asimismo desarrollará los elementos necesarios para la elaboración del su Misión y Visión personal	PC, Cañón, Pantalla	Día 1	1 hora	
Servicio	El participante conocerá el sentido del Servicio en los contextos personal y laboral	PC, Cañón, Pantalla	Día 2	35 minutos	
Cliente	El participante identificará las cadenas cliente-proveedor, en lo personal y laboral, identificándose a sí mismo como parte de estas	PC, Cañón, Pantalla	Día 2	40 minutos	
El Cliente en los Servicios de Salud	El participante identificará a los pacientes o usuarios como clientes en el contexto del IMSS	PC, Cañón, Pantalla	Día 2	40 minutos	
Calidad	El participante analizará los conceptos básicos de las teorías modernas de la Calidad	PC, Cañón, Pantalla	Día 2	30 minutos	
Calidad en el Servicio	El participante se reconocerá a sí mismo como elemento primordial de la calidad en el servicio en el área laboral donde se desarrolla	PC, Cañón, Pantalla	Día 3	30 minutos	
Proceso Mejora Continua	El participante identificará los conceptos básicos de los procesos de mejora continua	PC, Cañón, Pantalla	Día 3	1 hora	
Herramientas de Calidad	El participante conocerá el uso de las diversas herramientas de calidad aplicando de manera correcta según el tipo de proceso y problema	PC, Cañón, Pantalla	Día 3	1 hora 30 `	



El IMSS una Institución de Cambio

El IMSS como Institución de Seguridad Social y uno de los pilares fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana es, sin duda, una de las instituciones más necesaria por los mexicanos.

Para año 2004 la población derechohabiente ascendía a 46 millones 813 mil 307 personas. El total de asegurados permanentes llegó a 12 millones 410 mil 533 y el total de pensionados era de dos millones 22 mil 472.

Con más de 60 años de servicios ininterrumpidos, el IMSS ha superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales. A pesar de las deficiencias, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la seguridad social mexicana de éste siglo.



El IMSS una Institución de Cambio

A lo largo de más de dos décadas el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha venido experimentando, tanto en el plano normativo, como en el operativo, una serie de acciones, planes, proyectos, etc., con el objeto de brindar calidad y calidez en sus servicios. Entre ellos se encuentran: Revisión de Expedientes Clínicos, Círculos de Calidad, Planeación Estratégica, Herramientas de Calidad, Enfoque al Usuario, Administración por Objetivo, Programa de Desarrollo Directivo así como acciones informales como el Programa de Mejora Continua en los años 90's.

Derivado de los esfuerzos formales e informales en 1998 el Instituto Mexicano del Seguro Social una vez más con el propósito de asegurar la calidad de sus procesos a través de la mejora continua de los mismos así como incentivar y motivar a su personal, creó un área específica para impulsar la implantación de la Cultura de Calidad: la Dirección de Organización y Calidad, la cual llevó a cabo la implantación a nivel nacional, del **Plan Integral de Calidad PIC**, basado en el **Premio Nacional de Calidad** y así tener parámetros que aseguren la calidad de sus procesos y por ende de todos sus servicios, creando así el "**Premio IMSS de Calidad**".



Premio IMSS Calidad

Definición:

El Sistema de Evaluación y Reconocimiento “Premio IMSS de Calidad”, tiene como objetivo establecer un marco de referencia para evaluar y reconocer a las Unidades del IMSS más destacadas que hayan avanzado en el desarrollo e implantación exitosa de sistemas y métodos de Calidad y Mejora Continua.



El Premio IMSS de Calidad permite a las Unidades del Instituto:

Propósito

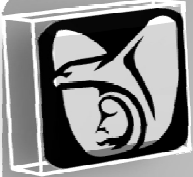
- Enfocar todas las actividades, procesos y sistemas hacia la satisfacción de sus clientes y usuarios.
- Promover el liderazgo participativo y comprometido.
- Elevar los niveles de Eficiencia, Satisfacción y Calidad de vida del personal en el trabajo y por su trabajo.
- Integrar los esfuerzos de Prevención y Mejora Continua a las rutinas diarias de la Unidad.
- Desarrollar la planeación estratégica fundamentada en la Calidad.
- Identificar las mejores prácticas para promover la optimización institucional.
- Generar conciencia de responsabilidad social, ecológica y de desarrollo del bienestar de la comunidad en el ámbito de la Unidad y su personal.
- Medir y evaluar los logros del desempeño organizacional.



valores

Los valores y principios del Premio IMSS de Calidad son una serie de conceptos que sirven de guía para la aplicación de la cultura de Calidad y de Mejora Continua en el IMSS y señalan aquellos elementos que el IMSS debe reforzar e impulsar para transformar a la Institución en una organización de clase mundial.

- ✓ Servicio con calidad y humanismo
- ✓ Desarrollo del capital intelectual del personal
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Sentido de pertenencia
- ✓ Responsabilidad individual
- ✓ Responsabilidad social
- ✓ Liderazgo
- ✓ Mejora continua, etc.,



Plan Integral de calidad

El PIC tiene como objetivo mejorar la calidad en la prestación de cinco servicios sustantivos, entre otros propósitos los cuales son:

- Concretar y cumplir el programa de inversiones para infraestructura y equipamiento;
- Mejorar los procesos de atención en las subdelegaciones;
- Disminuir los tiempos de espera en consulta de medicina familiar y externa de especialidades y en los servicios de cirugía;
- Mejorar el servicio de urgencias;
- Redoblar los esfuerzos en materia de conservación, mantenimiento y limpieza de las instalaciones;
- Reforzar las acciones de dotación oportuna de ropa hospitalaria y
- Garantizar la suficiencia en el surtimiento de recetas.



¿Quiénes intervienen en el PIC?



TODOS: personal administrativo, operativo, jefes de servicio, directores, enfermeras, médicos, etc., que realizan el trabajo cada día y que conocen a la perfección su proceso y lo que necesitan.





JUNTOS POR LA CALIDAD

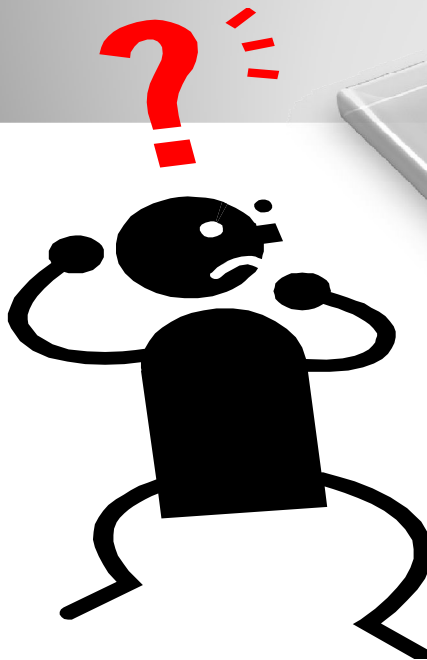
¿En que consiste el trabajo?

Se formarán equipos de trabajo, con personas que intervengan en el proceso a analizar y sólo deberán describir paso a paso y con detalle cada una de las actividades que realizan en su puesto y explicar si es la forma correcta de realizarlo, si no es así, entonces describirán paso a paso la forma correcta como debería realizarse y mencionar cuales son las cosas que fallan el por qué y cómo se podrían corregir.





¿Estoy obligado a integrarme a un equipo ?



No, porque no es obligado, las personas que se integran en los equipos lo hacen porque desean cambiar las cosas que fallan en su proceso.

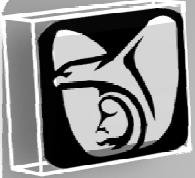
No integrarse en los equipos no les afecta en su trabajo ni en su salario.



¿Debo emplear mi tiempo después del trabajo?



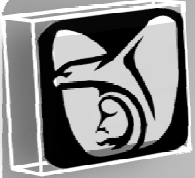
No, las actividades se realizarán dentro del horario laboral, dos o tres horas a la semana, sin afectar tu actividades normales.



¿Habrá alguien que nos oriente?



Claro, una Psicóloga del área de capacitación, estará todo el tiempo asesorando, guiando, apoyando, etc., al equipo.



¿Con quién debemos hablar para pertenecer al equipo?

Con el Jefe de Cirugía General, él se encargará de integrar a todo el personal que conformará el equipo. Una vez integrado, tendrán una reunión con la psicóloga para definir el lugar y horario de trabajo.





Misión del IMSS

"La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte".

La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente.

Entonces:

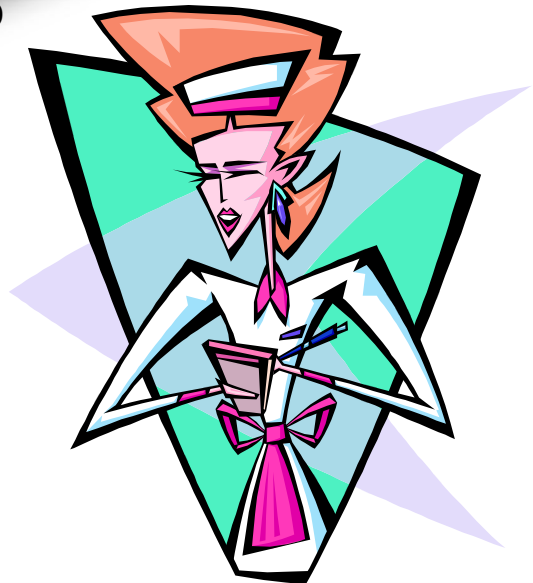
"la Seguridad Social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".



SERVICIO

“Según Joseph M. Juran, “Es el trabajo realizado para otra persona”.

“un servicio es una acción utilitaria que satisface una necesidad específica de un cliente. El servicio genera una experiencia psicológica en el cliente según la manera como el proveedor del servicio proporciona éste”.





Características de los servicios:

1.- Un servicio es intangible.- Esto inmediatamente lleva a propiedades asociadas, los servicios no pueden ser almacenados; los servicios no pueden ser demostrados con facilidad y a pesar de que son vendidos, no existe necesariamente una transferencia de propiedad.

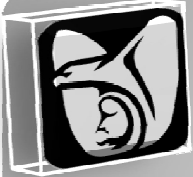




Características de los servicios:

2.- Los servicios consisten en actos e interacciones.- Los servicios son típicamente eventos sociales. El control y la administración de dichos eventos requiere de herramientas y técnicas especiales.





Características de los servicios:

3.- La producción y consumo de un servicio.- Ambas acciones ocurren simultáneamente, no pueden mantenerse claramente separadas. La producción debe realizarse en el lugar de la acción. Como consecuencia, no existe una diferenciación clara entre la producción y la venta de un servicio.





El servicio se asocia a veces con el servilismo, el sometimiento, la subordinación con una relación amo-esclavo y esto tiene una connotación denigrante y despectiva.

El servicio debe entenderse como un alto valor humano trascendente, debemos servir a la familia, a la empresa, a nuestros colaboradores, a la sociedad





CLIENTE

- ✓ Persona que está bajo la protección o tutela de otra".
- ✓ "Persona que utiliza los servicios de otra".
- ✓ "Cualquier persona, órgano u organización interna o externa, que recibe los resultados de un proceso".



Categorías de clientes

Cliente Interno

El personal de la empresa es considerado como cliente interno, ya que es el receptor primario de la visión, misión, estrategias y acciones planteadas por la alta Gerencia para crear valor y ofrecer un buen servicio al cliente externo



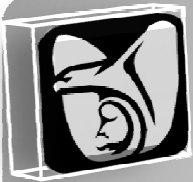


Categorías de clientes

Cliente Externo

Es la categoría de clientes usuarios del producto/servicio, quienes validarán cuanto de éste se diga o se anuncie. Ellos son los que deben estar plenamente convencidos de que el producto contiene un valor agregado a beneficio superior al que proporciona la competencia, además de como se ofrezca o sea el servicio de apoyo. Es de quien depende la lealtad al producto/servicio y a la empresa.





Satisfacción del Cliente

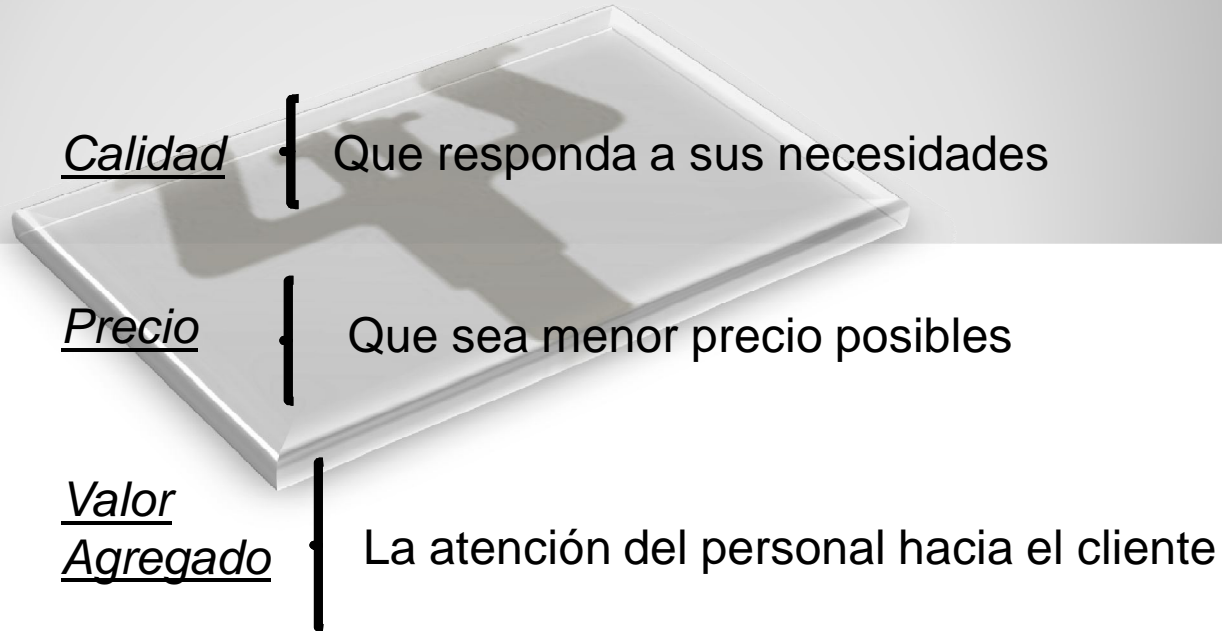
Tradicionalmente el cliente en nuestro país en los servicios de salud es tratado, conforme a los paradigmas de la Cultura Mexicana haciéndolo sentir:

- Incauto: se le puede engañar
- Limosnero: le hacen el favor de realizar su trámite
- Empleado: debe hacer los trámites él mismo y no molestar
- Ignorante: ya que no conoce las normas, horarios y trámites
- Delincuente: no le permiten opinar, lo agreden
- Intruso: que impide a los empleados atender sus actividades más placenteras



Satisfacción del Cliente

La satisfacción del cliente, se cumple a través de:



El 96% de los clientes insatisfechos nunca se queja de trato descortés;
El 90% de los clientes insatisfechos no vuelve a comprar;
Cada uno de los clientes descontentos relatará sus experiencias negativas a por lo menos nueve personas



El Cliente en los servicios de Salud

Durante muchos años los profesionales de la salud han considerado a las personas a quienes sirven como **pacientes o usuarios**. Recientemente se ha oído que éstos son **ahora llamados Clientes** y generalmente este término horroriza ya que se cree que dicha acepción conlleva a una relación comercial y un sentido poco humanista. Sin embargo, está muy lejos de tal

Un cliente al hacer uso de su poder de adquisición, se sitúa en posición de elegir y exigir un mejor servicio. Que se traduce en:

- ✓Trato personalizado,
- ✓Trato respetuoso,
- ✓Ser informado de manera comprensible,
- ✓Recibir una mayor oportunidad de atención.





CALIDAD

“La calidad es cumplir con todos los requisitos o especificaciones que previamente se han determinado, mismos que deben cumplirse y cuidarse desde el inicio de su fase productiva”.

“Calidad es hacer las cosas bien”.

“La calidad está determinada por el cliente, no por el ingeniero, ni la mercadotecnia, ni por la gerencia gerencial. Está basada en la experiencia real del cliente con el producto o servicio, medida contra sus *requisitos* - definidos o tácitos, conscientes o sólo sentidos, operacionales técnicamente o por completo subjetivos- y siempre representa un objetivo que se mueve en el mercado competitivo”.





CALIDAD TOTAL

Calidad Total (CT), Este concepto lleva hacer las cosas bien desde la primera vez y siempre para asegurar cero errores.

El concepto de Calidad Total ha dado como resultado obtener productos de alta calidad y en ella se ha cifrado una nueva competencia en dos dimensiones:

- La calidad debe proporcionarse no en cuanto a lo que define la empresa, sino en función de la definición dada por el cliente.
- La calidad debe proporcionarse no sólo en el producto, **sino también en el servicio**, y ambas deben comunicarse apropiadamente con el cliente, además de formar atributos de identidad corporativa.



CALIDAD TOTAL

Finalmente, la calidad no se circunscribe únicamente a la calidad del producto, como antes se entendía o como mucha gente la ve, sino que hoy en día se puede hablar de calidad de vida, calidad humana, calidad de la administración, calidad del ecosistema, calidad del sistema, calidad del trabajo, calidad de la información, calidad de los objetivos, calidad de la compañía, calidad del proceso, calidad del servicio, calidad del uso, calidad de la comercialización y calidad del consumidor; en definitiva, calidad del hombre en su entorno y su realización.





CALIDAD EN EL SERVICIO

En las empresas de servicios la entrega debe ser efectiva, eficiente y consistente. Un servicio debe ser predecible y uniforme. El cliente debe saber qué esperar con respecto al sistema, el tiempo y costo del servicio.

Servicio de Calidad:

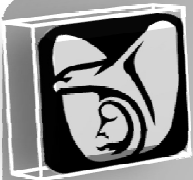
Calidad. Consiste en cumplir expectativas del cliente.

Baja Calidad. Indica estar debajo de las expectativas del cliente.

Alta Calidad. Señala estar arriba de las expectativas del cliente.

Calidad del Servicio. Consiste en que el servicio recibido es igual al servicio esperado.

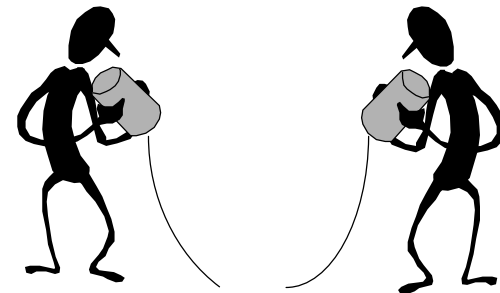




CALIDAD EN EL SERVICIO

Problemática de la Calidad del Servicio:

- ✓ No se tienen claros los conceptos de cultura y de calidad de servicio.
- ✓ La calidad de servicio no se mide estadísticamente, no se controla y no se mejora
- ✓ No se tiene cultura de invertir en la calidad
- ✓ Hay una alta rotación de personal
- ✓ No se tienen estándares de calidad de servicio.
- ✓ Sus programas de calidad son eso y no cambios culturales.
- ✓ No hay conciencia de que la competencia actual es en la calidad del servicio





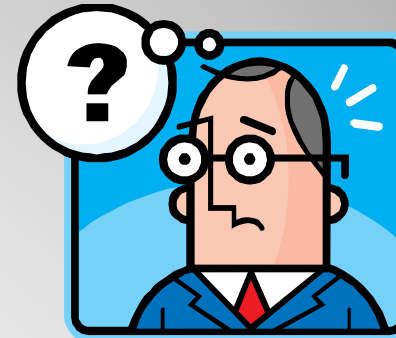
CALIDAD EN EL SERVICIO

Las ocho fallas del Servicio

1. *La Apatía (ley del sorbete)*. Es una actitud que le dice al cliente: "Me vale sorbete".
2. *La Sacudida (ley del pescado)*. Sacudirse al cliente a como dé lugar: "Este no es mi departamento"
3. *La Frialdad (ley del hielo)*. Hostilidad e impaciencia, frialdad que le dice al cliente: "Apúrese me está molestando".
4. *La Condescendencia (ley del sí)*. Decir sí a todo, tratar al cliente como un ser no pensante y olvidarlo lo antes posible.
5. *La Negación (ley del no)*. "Discúlpenos", "No lo trabajamos", "No es posible".
6. *El Robotismo*. "Gracias, el que sigue", sonrisa automática, cráneo vacío.
7. *La Regla del Tres*. Primero la empresa, luego las políticas de la empresa; después la empresa y sus políticas.
8. *El Rebote (ley de la pelota)*. "Disculpe llame a la extensión...", o "Vaya al departamento de..."



PROCESO



“Es un conjunto de sucesos interrelacionados que se desarrollan secuencial y lógicamente y que conducen a un desenlace”

“Es la combinación y transformación de una serie de entradas específicas en una serie más valiosa de salidas. Es una serie de pasos que se siguen para producir un producto o brindar un servicio “

Juran define como proceso una combinación de métodos, materiales, máquinas, gente, medio ambiente y mediciones usadas en conjunto para lograr determinadas cualidades en un producto o servicio. El proceso tiene entradas y salidas que son medibles, es decir, tiene un inicio y un fin.



PROCESO

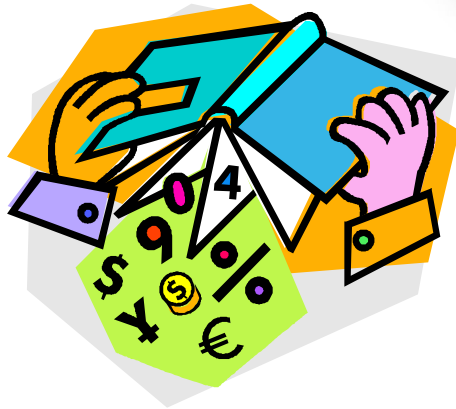
Los elementos para identificar un proceso son:



Proveedores: Son entidades o personas que proporcionan, las entradas, pueden ser uno o varios, internos o externos.



Entradas: Son los materiales, información, insumos o personal necesarios para operar los procesos, en donde invariablemente deben ser medibles, con la finalidad de establecer si satisfacen los requerimientos del proceso.





PROCESO

Los elementos para identificar un proceso son:



Proceso: Esta es la etapa en la cual se hace uso de las entradas y para llevar a cabo una serie de tareas o actividades planeadas y medidas con anticipación para obtener un resultado ya sea un producto o servicio, que satisfaga o cubra las necesidades de un usuario o cliente.



Salidas: Son los bienes, productos o servicios resultantes de un proceso, por tanto deben ser medible, a fin de identificar si satisfacen las necesidades de los usuarios. Hay procesos que tienen una salida para cada usuario y otros que tienen una sola salida que está orientada a varios usuarios





PROCESO

Los elementos para identificar un proceso son:



Usuario: Personas o entidades que se benefician con las salidas, internos (compañeros de trabajo) o externos





PROCESO

Características del proceso:

- Debe ser medible.
- Debe contener tareas con alto valor agregado.
- Debe contener puntos de decisión.
- El personal de la empresa debe estar interrelacionado aunque pertenezca a otro proceso.
- Debe tener un dueño natural con capacidad de actuación y de trabajo en equipos.
- Debe ser identificado y documentado.
- Debe favorecer la participación de grupos de trabajo (empleados trabajadores que tienen que ver con las diversas tareas y actividades).
- Debe poder ser administrado, mejorado, rediseñado, comparado.
- Debe ser eliminado en caso de no dar resultados favorables para el usuario ya sea interno o externo.



MEJORA CONTINUA

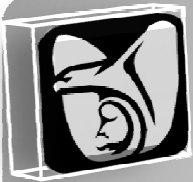
- ❖ La mejora continua tiene su razón de ser en la satisfacción del cliente o usuario, por lo tanto está íntimamente ligada al proceso.
- ❖ La mejora continua como su nombre lo indica es mejorar cada uno de los productos, bienes o servicios que recibe el usuario o cliente y esta mejora deberá hacerse cada tiempo determinado porque el cliente se inconforma constantemente por lo tanto buscará otras alternativas y será entonces el mejor postor el que le ofrezca un producto o servicio de calidad en tiempo, costo, funcionalidad, servicio, duración y en muchos casos innovación.



MEJORA CONTINUA

Cuatro Principios Básicos de la MC:

1. **Desarrollar un enfoque fuerte hacia la satisfacción del cliente.-** Incluye las necesidades tanto de los clientes externos como de los clientes internos.
2. **Mejorar continuamente todos los procesos.-** Por lo menos el 85% de los problemas de las empresas se resuelven mejorando los procesos. Una capacitación adecuada para mejorar las aptitudes para el trabajo resolverá otro 10% solo alrededor de 5% de los problemas de la empresa son problemas de personal.
3. **Hacer que los empleados participen.-** Propiciar el trabajo en equipo, capacitar a los empleados, apoyarlos, celebrar sus logros, tener empleados satisfechos, adquirir la cultura de prevención. El personal conoce mejor sus propios procesos de trabajo y propondrá formas excelentes para mejorarlo cuando se le brinde la oportunidad.
4. **Movilizar tanto los datos como el conocimiento del equipo para mejorar la toma de decisiones.-** Hacer uso de las herramientas de calidad para obtener el máximo de sus datos y del conocimiento de los miembros del equipo:



HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Existen **siete herramientas estadísticas** que son la base de la Calidad Total y Mejora Continua. Su uso por una parte, permite desarrollar un proceso deductivo que va de lo general a lo particular; por la otra constituye una serie de observaciones de un solo problema –como si fueran distintos ángulos fotográficos-, lo cual crea una visión más completa del mismo. Este hecho es muy importante, porque la simple existencia de algunos datos no garantiza que representen con veracidad una situación específica. Es preciso procesarlos, para confirmar su utilidad o la necesidad de mayor información. Por esto, resulta muy importante mencionar que Ishikawa considera que, utilizando estas herramientas, es factible resolver el 95 por ciento de los problemas de calidad y productividad.

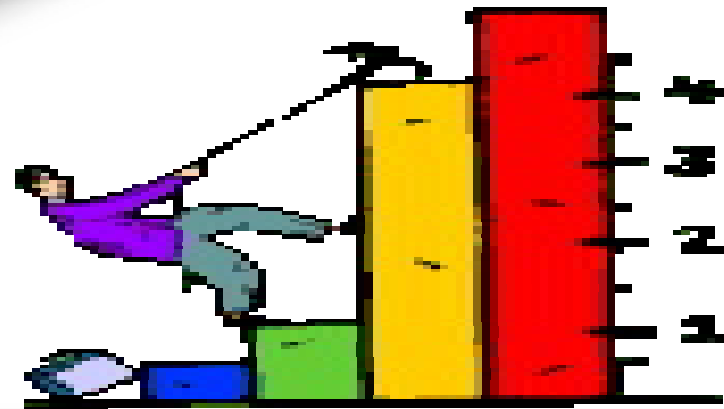


HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

1.- Diagrama de Pareto

El diagrama de Pareto es una gráfica de barras que clasifica, en forma descendente, el tipo de fallas o factores que se analizan en función de su frecuencia (número de veces que ocurren) o de su importancia absoluta y relativa. Este diagrama facilita clasificar los problemas en orden de importancia, separando aquellos que podrían definirse como vitales de aquellos otros que son triviales, lo cual permite concentrar posteriormente los esfuerzos en los primeros. El principio de Pareto establece que el 80% de todos los problemas proviene del 20% de las causas.





HERRAMIENTAS DE CALIDAD

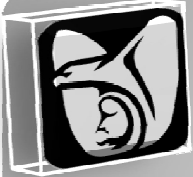
Las siete herramientas son:

2.- Histograma

Resume datos de un proceso que han sido recolectados durante un tiempo y presenta gráficamente su distribución de frecuencia en forma de barras.

Muestra grandes cantidades de datos que son difíciles de interpretar en forma tabular. Muestra la frecuencia acumulada de ocurrencia relativa de los diferentes valores de datos. Ilustra rápidamente la distribución subyacente de los datos. Ayuda a indicar si ha habido un cambio en el proceso.





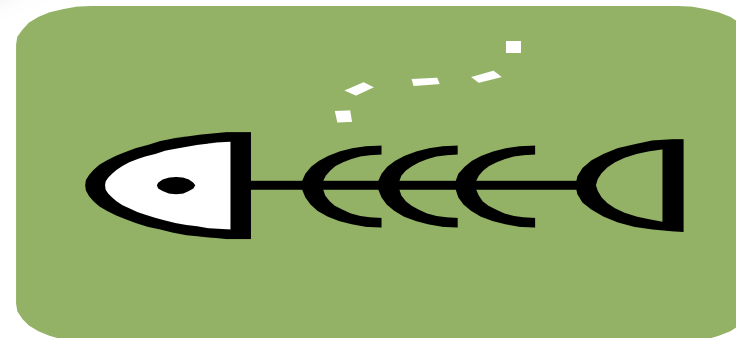
HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

3.- Diagrama Causa y Efecto

Se conoce además por otros nombres, como **Diagrama Ishikawa**, por ser quien lo diseñó en 1953, o **Diagrama de Espina de Pescado** (que en ocasiones puede ser llamado a ser de espina de ballena o esqueleto de dinosaurio). Representa en forma ordenada todos los factores causales que pueden originar un efecto específico. El principio del diagrama consiste en establecer que el origen o causa de un efecto puede centrarse en:

- ✓ Los materiales utilizados
- ✓ El método empleado
- ✓ El equipo
- ✓ La mano de obra



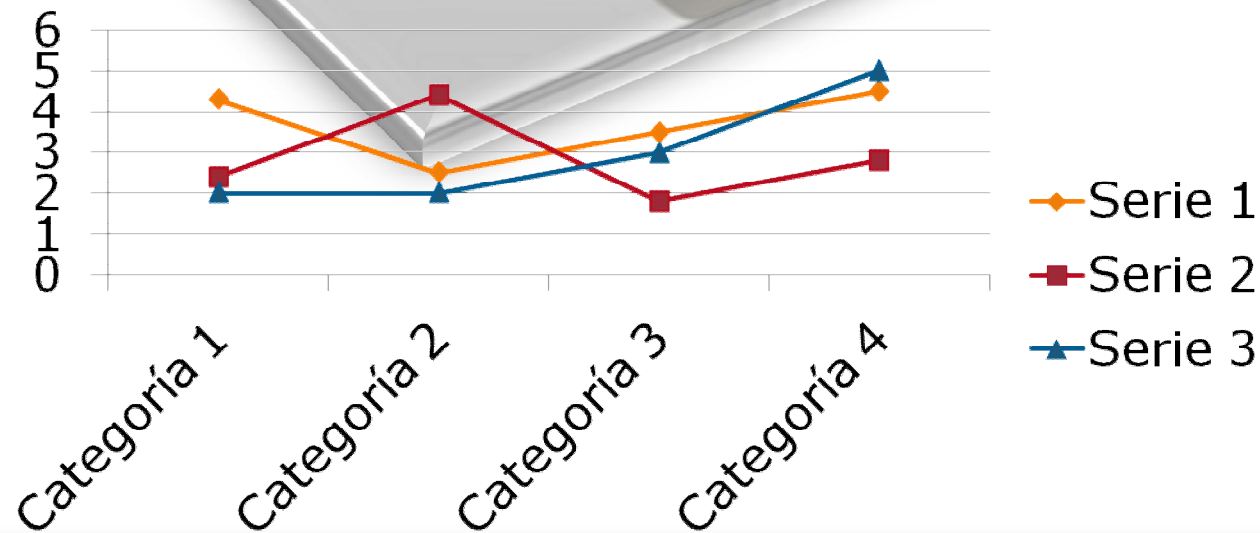


HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

4.-Diagrama de Dispersión

Permite observar la relación que existe entre una supuesta causa y efecto. Su uso permite comprobar o verificar hipótesis que pudieron haberse desprendido del análisis del diagrama de Ishikawa. Permite estudiar e identificar las posibles relaciones entre los cambios observados en dos conjuntos diferentes de variables.



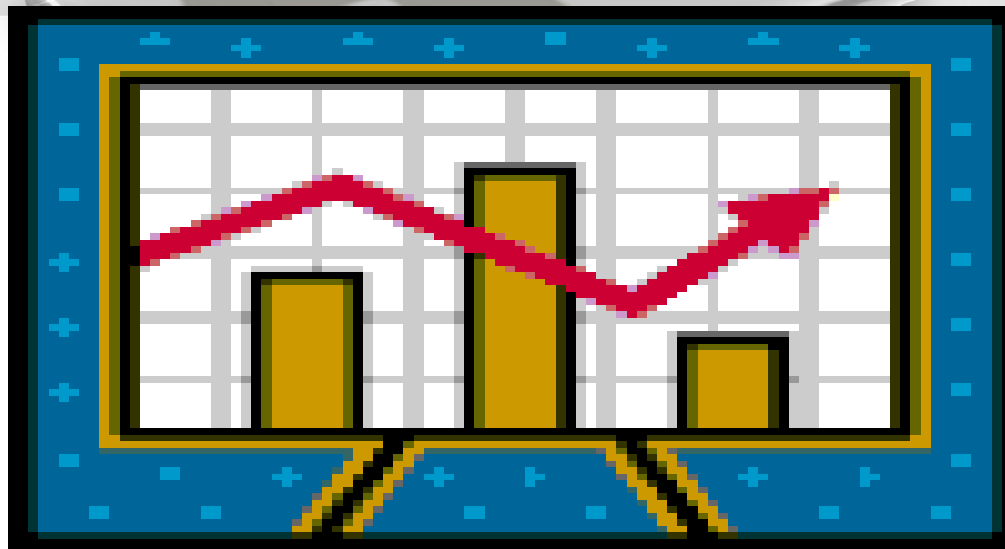


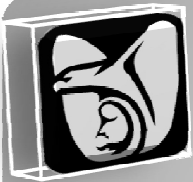
HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

5.-Estratificación

El propósito que se persigue con este análisis es similar al histograma, pero ahora clasificando los datos en función de una característica común.





HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

6.-Gráficas en general y Gráficas de Control

Para observar la calidad, se puede emplear una amplia variedad de gráficas: de puntos, líneas, barras, de pastel, de caja y bigotes, etcétera. Lo importante es que sean claras, por lo que debemos seleccionar aquella que juzgamos representa con más objetividad lo que deseamos exponer y que permita una comprensión rápida y exacta.

Las gráficas de control son diagramas lineales que se usan paralelamente al proceso de producción, es decir, que se hacen sobre la marcha, lo que permite observar el comportamiento de una variable en función de ciertos límites establecidos. Por ello constituyen uno de los principales instrumentos de autocontrol y resultan muy útiles como apoyo al diseño de los diagramas causa y efecto, cuando éstos se subdividen en fases del proceso.



HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Las siete herramientas son:

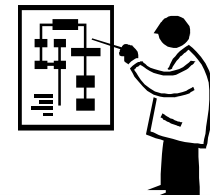
7.- Hojas de Verificación y

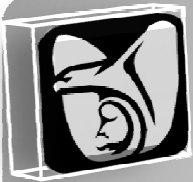


Un aspecto fundamental en el análisis de cualquier problema, es partir de información veraz que haya sido recolectada en forma correcta. Para tal fin se utilizan las hojas de verificación, cuyo formato permite la recopilación de datos de manera ordenada y simultánea al desarrollo del proceso.

Diagrama de Flujo

Permite que el equipo identifique el flujo o secuencia real de los eventos en el proceso que cualquier producto o servicio sigue. Muestra complejidad inesperada, áreas problemáticas, redundancia, y los puntos donde puede que sea posible la simplificación y la estandarización. Compara y establece un contraste entre el flujo real y el flujo ideal de un proceso para identificar las oportunidades de mejora.





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

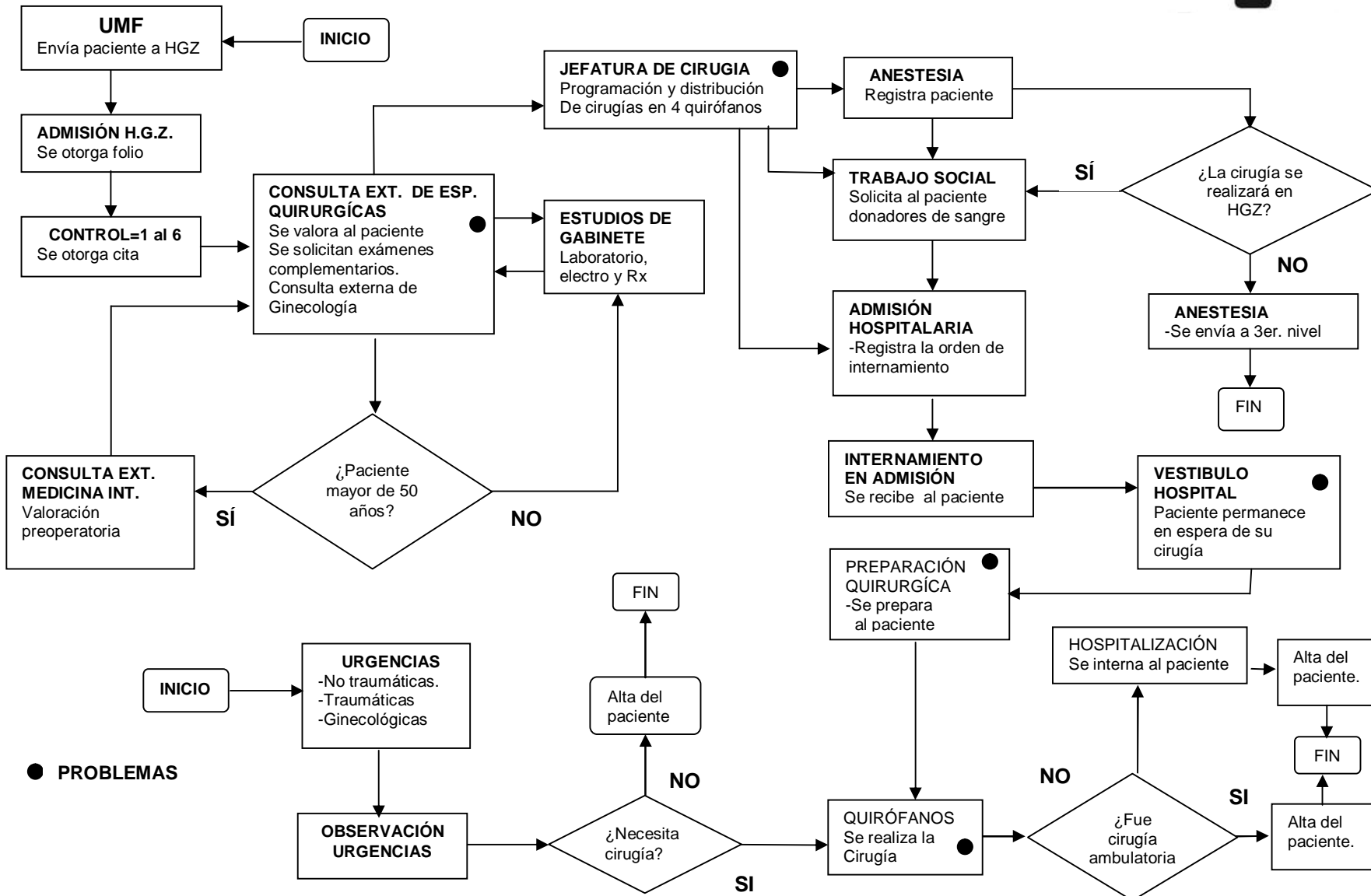
1. Acle Tomasini, Alfredo. (1998). ***Planeación Estratégica y Control Total de Calidad. Un caso real hecho en México.*** México : Grijalbo
2. Armand V. Feigenbaum. (1987). ***Control Total de la Calidad.*** México: CECSA
3. Bronfman, Mario y Castro, Roberto. ***La Utilización de los Servicios de Salud desde las Perspectivas de los Usuarios,*** Vol. 39, Vol. 5
4. Crosby, Philip B. (1993). ***Hablemos de Calidad.*** México: McGraw-Hill
5. Denton, D. Keith. (1991). ***Calidad en el Servicio a los Clientes.*** Madrid: Díaz de Santos
6. Juran, Joseph M. (1990). ***Juran y la Planificación para la Calidad.*** Madrid : Díaz de Santos
7. Müller de la Lama, Enrique. (1999). ***Cultura de Calidad en el Servicio.*** México: Trillas
8. Picazo Martínez, Luis y Martínez Villegas, Fabián.(1998). ***Ingeniería de Servicios. Para crear clientes satisfechos y lograr ventajas competitivas sustanciales y sostenibles.*** México: McGraw-Hill
9. IMSS. (1998) A. ***El IMSS una Institución con Historia,*** Dirección Administrativa y de Calidad, Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.
10. IMSS. (1998) C. ***Premio IMSS,*** Dirección de Organización y Calidad. Coordinación de Cultura de Calidad. Coordinación General de Comunicación Social del Instituto Mexicano del Seguro Social.
11. IMSS (2000). ***Juntos por la Calidad,*** Curso de Sensibilización e Introductorio la Calidad en el Servicio, estandarizado para el IMSS. Dirección de Organización y Calidad. Coordinación de Cultura de Calidad.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO ACTUAL (CIRUGIA)





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO I

QUÉ SE HACE (Actividades e interacciones)	VALOR AGREGADO (1-4)	DURACIÓN
1. Derechohabiente llega a recepción y asistente médica registra el pase 4-30-8 en libreta de control	1	5'
2. Asistente médica verifica vigencia, especialidad, otorga folio y envía al paciente al control correspondiente	2	5'
3. Paciente acude al control indicado	1	5'
4. Asistente médica otorga cita de 1era vez, la registra en la agenda y en el carnet del paciente	2	10'
5. Derechohabiente, acude el día de la cita, y entrega carnet en el control correspondiente	2	7'
6. Asistente médica corrobora cita en la forma 4-30-60 y en el carnet	1	1'
7. Paciente espera su turno en sala de espera del control	1	30'
8. Médico especialista llama al paciente, otorga consulta, corrobora exámenes de laboratorio básicos e indica la intervención quirúrgica	2	20'
9. Médico especialista solicita valoración preoperatoria de ser necesario (pacientes mayores de 50 años)	2	5'
10. Se efectúa al paciente electro cardiograma	1	30'
11. Se efectúa al paciente rx tele tórax	1	40'
12. Paciente acude a medicina interna para valoración	2	2 SEMANAS
13. Paciente completa su valoración preoperatoria y regresa con médico especialista quien lo programa y llena solicitud correspondiente	2	3 SEMANAS
14. Paciente acude a jefatura de cirugía a registrar su intervención+	4	15'
15. Paciente se registra en jefatura de anestesia+	4	8'

173

ANEXO 5



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



ANÁLISIS DEL PROCESO I

QUÉ SE HACE (Actividades e interacciones)	VALOR AGREGADO (1-4)	DURACIÓN
16. Paciente se registra en admisión hospitalaria	2	30'
17. Paciente acude a trabajo social, recibe instrucciones para donación de sangre	2	10'
18. Paciente acude el día de su intervención y se presenta en admisión hospitalaria+	4	5'
19. El paciente permanece en espera de su cirugía en el vestíbulo del hospital+	4	DE 1 A 7HRS
20. Enfermera de cirugía ambulatoria pasa al paciente a cirugía ambulatoria	2	5'
21. Enfermera de cirugía ambulatoria prepara al paciente para cirugía+	4	20'
22. Enfermera de cirugía ambulatoria llama al auxiliar de servicios de intendencia para el traslado del paciente a quirófano+	4	15'
23. Enfermera de cirugía ambulatoria y a.s.i. Traslada al paciente a quirófano con expediente	1	2'
24. Enfermera de quirófano recibe paciente preparado y con expediente	2	3'
25. A.s.i. de quirófano pasa al paciente al área de recuperación preoperatoria	2	2'
26. Enfermera instrumentista solicita al paciente a la sala de operaciones	2	10'
27. Enfermera de recuperación entrega paciente y expediente a enfermera circulante	1	15'
28. Enfermera circulante recibe paciente	1	15'
29. Enfermera circulante instala venoclisis al paciente	2	5'
30. Cirujano y anestesiólogo se presentan en quirófano+	4	40'
31. Médico anestesiólogo se presenta ante el paciente le interroga antecedentes y revisa expediente+	4	30'
32. Anestesiólogo determina e inicia su procedimiento anestésico+	4	60'



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



ANÁLISIS DEL PROCESO I

175

QUÉ SE HACE (Actividades e interacciones)	VALOR AGREGADO (1-4)	DURACIÓN
33. Enfermera instrumentista prepara ropa e instrumental quirúrgico	3	20''
34. Ayudante del cirujano lava área quirúrgica indicada en el paciente	2	10'
35. Médico cirujano y ayudante llevan a cabo la intervención quirúrgica+	4	60'
36. Anestesiólogo revierte el proceso anestésico al paciente en caso de anestesia general +	4	60'
37. Enfermera instrumentista recoge y lava el instrumental	2	15'
38. A.s.i. pasa al paciente a recuperación postoperatoria	2	10'
39. Enfermera de recuperación recibe al paciente y brinda cuidados postoperatorios	2	5'
40. Enfermera instrumentista entrega instrumental en subceye y solicita el de la siguiente cirugía	1	5'
41. A.s.i. realiza aseo de la sala de operaciones+	4	20'-240'
42. Médico cirujano elabora nota quirúrgica e indicaciones postoperatorias del paciente	1	15'
43. Enfermera de recuperación solicita cama al paciente o avisa a cirugía ambulatoria de su egreso	1	5'
44. Paciente permanece en recuperación posterior a su intervención	2	120-HASTA 24 HRS
45. El paciente regresa a cirugía ambulatoria, pasa a hospitalización de piso de cirugía o ginecología si es necesario +	4	20'-60'
46. Enfermera de cirugía ambulatoria corrobora indicaciones del expediente, receta e incapacidad	2	15'
47. Enfermera de cirugía ambulatoria da de alta al paciente	2	3'
48. Paciente se envía al tercer nivel si es necesario	2	120'



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
1. Derechohabiente llega a recepción y asistente médica registra el pase 48 en libreta de control			X	
2. Asistente médica verifica vigencia, especialidad, otorga folio y envía al paciente al control correspondiente			X	
3. Paciente acude al control indicado			X	
4. Asistente médica otorga cita de 1era vez, la registra en la agenda y en el carnet del paciente			X	
5. Derechohabiente, acude el día de la cita, y entrega carnet en el control correspondiente			X	
6. Asistente médica corrobora datos en la forma 4-30-6 y en el carnet			X	
7. Paciente espera su turno en sala de espera del control			X	
8. Médico especialista llama al paciente, otorga consulta, corrobora exámenes de laboratorio básicos e indica la intervención quirúrgica			X	
9. Médico especialista solicita valoración preoperatoria de ser necesario (pacientes mayores de 50 años)			X	
10. Se efectúa al paciente electro cardiograma			X	

176

ANEXO 6



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

177

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
11.				
12. Se efectúa al paciente RX tele tórax			X	
13. Paciente acude a medicina interna para valoración			X	
14. Paciente completa su valoración preoperatoria y regresa con médico especialista quien lo programa y llena solicitud correspondiente			X	
15. Paciente acude a jefatura de cirugía a registrar su intervención+	X	X	X	<ul style="list-style-type: none">• El número de especialistas quirúrgicos hace insuficiente el número de quirófanos, provoca cancelación de la cirugía en la fecha definida por el especialista Los quirófanos de cirugía general brindan apoyo a los Médicos Ginecólogos para la realización de su cirugía los martes y jueves por la mañana y tarde y los días miércoles por la tarde.
16. Paciente se registra en jefatura de anestesia +	X		X	<ul style="list-style-type: none">• No existe valoración pre anestésica.
17. Paciente se registra en admisión hospitalaria			X	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
18. Paciente acude el día de su intervención y se presenta en admisión hospitalaria+		X	X	<ul style="list-style-type: none">● Se suspenden cirugías porque no se presenta el paciente a su cirugía.
20. Enfermera de cirugía ambulatoria pasa al paciente a cirugía ambulatoria			X	
21. Enfermera de cirugía ambulatoria prepara al paciente para cirugía+		X	X	<ul style="list-style-type: none">● Se suspende cirugías por no traer los pacientes los exámenes de laboratorio vigentes.● Se suspenden cirugías debido a urgencias quirúrgicas.● Suspenden por falta de insumos. (principalmente por falta de materiales de curación e instrumental)● Por enfermedad del paciente se suspenden cirugías● Por no llegar en ayuno el paciente se suspenden cirugías



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
22.				●
23. Enfermera de cirugía ambulatoria llama al auxiliar de servicios de intendencia para el traslado del paciente a quirófano+	X			<ul style="list-style-type: none">● La falta de comunicación con cirugía ambulatoria ocasiona retraso en el paso de los pacientes hasta 30 minutos● Existe solo un Auxiliar de Servicios de Intendencia asignado en cada turno a cirugía ambulatoria, que desempeña diversas funciones resultando insuficiente
24. Enfermera de quirófano recibe paciente preparado y con expediente			X	
25. A.S.I. de quirófano pasa al paciente al área de recuperación preoperatoria			X	
26. Enfermera circulante solicita al paciente a la sala de operaciones			X	
27. Enfermera de recuperación entrega paciente y expediente a enfermera circulante			X	
28. Enfermera circulante recibe paciente			X	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
29.				
30. Enfermera circulante instala venoclisis al paciente			X	
31. Cirujano y anestesiólogo se presentan en quirófano+	X		X	<ul style="list-style-type: none">● Por inasistencia del cirujano y el anestesiólogo se suspenden cirugías● El anestesiólogo se presenta hasta con 30 minutos de retraso a los quirófanos ocasionando suspensión● El cirujano se presenta hasta con 20 minutos de retraso a los quirófanos
32. Médico anestesiólogo se presenta ante el paciente le interroga antecedentes y revisa expediente+	X		X	<ul style="list-style-type: none">● El anestesiólogo demora hasta 20 minutos en conocer los antecedentes del paciente ocasionando retraso.
33. Enfermera instrumentista prepara ropa e instrumental quirúrgico			X	
34. Ayudante lava área quirúrgica indicada en el paciente.			X	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
35.				<ul style="list-style-type: none">●
36. Médico cirujano y ayudante llevan a cabo la intervención quirúrgica+	X		X	<ul style="list-style-type: none">● Se suspenden cirugías cuando el paciente se encuentra en el preoperatorio, debido a urgencias quirúrgicas.● Dentro del quirófano no. 4 sólo se efectúan procedimientos menores por falta de monitores y aspiración adecuada lo que ocasiona suspensión de cirugías● Por complicaciones transoperatorias el evento puede demorarse hasta 2 hrs más. provocando falta de tiempo quirúrgico para las siguientes cirugías llegando ha provocar suspensión● La insuficiente iluminación en la sala 4 impide que las urgencias puedan ser operadas en esa sala debiendo efectuarse en otro quirófano
37. Anestesiólogo revierte el proceso anestésico al paciente en caso de anestesia general+	X			<ul style="list-style-type: none">● La tardanza hasta de 45 minutos en el proceso de re vertimiento del paciente produce suspensión de la cirugía siguiente
38. Enfermera instrumentista recoge y lava el instrumental			X	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
39.				
40. Enfermera de recuperación recibe al paciente y brinda cuidados postoperatorios			X	
41. Enfermera instrumentista entrega instrumental en subceye y solicita el de la siguiente cirugía			X	
42. A.S.I. realiza aseo de la sala de operaciones+	X		X	<ul style="list-style-type: none">● Por contaminación de las salas de cirugía es necesario realizar exhaustivos que pueden durar hasta 2 hrs,
43. Médico cirujano elabora nota quirúrgica e indicaciones postoperatorias del paciente			X	
44. Enfermera de recuperación solicita cama al paciente o avisa a cirugía ambulatoria de su egreso			X	
45. Paciente permanece en recuperación posterior a su intervención			X	
46. El paciente regresa a cirugía ambulatoria, pasa a hospitalización de piso de cirugía o ginecología si es necesario +	X		X	<ul style="list-style-type: none">● La demora en la salida de un Auxiliar de Servicios de Intendencia sobre todo al inicio del turno vespertino ocasiona retraso al momento de pasar a los pacientes a hospitalización, hasta de 1 hora, provocando suspensión



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



ANÁLISIS DEL PROCESO II

MATRIZ DE CONTRIBUCIÓN				
QUE SE HACE (ACTIVIDADES E INTERACCIONES)	DEMORA (x)	RETRABAJO (x)	INSPECCIÓN (CONTROL) (x)	COMENTARIOS
47. Enfermera de cirugía ambulatoria corrobora indicaciones del expediente, receta e incapacidad			X	
48. Paciente se envía al tercer nivel si es necesario			X	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMAS SELECCIONADOS (Actividades e integraciones)	INDICADORES	FUENTE (S) DE INFORMACIÓN	MEDICIÓN	
			ACTUAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
1. SE SUSPENDEN CIRUGÍAS	$\frac{\text{NO. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN UN MES}}{\text{TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS EN UN MES}} \times 100$	REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES QUIRÚRGICAS	28.9% (110)	54.54% ** (60)
2. SON DEMASIADAS LAS CIRUGÍAS PROGRAMADAS	$\frac{\text{NO. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR FALTA DE TIEMPO QUIRÚRGICO}}{\text{TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS}} \times 100$	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	12.72% (14)	8.18% (9)
3. NO SE PRESENTA EL PACIENTE A SU CIRUGÍA	$\frac{\text{No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS PORQUE NO SE PRESENTA EL PACIENTE}}{\text{TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS}} \times 100$	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	1.81% (2)	0.90% (1)
4. POR ENFERMEDAD DEL PACIENTE SE SUSPENDEN CIRUGÍAS	$\frac{\text{No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR ENFERMEDAD DEL PACIENTE}}{\text{TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS}} \times 100$	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	3.63% (4)	1.81% (2)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMAS SELECCIONADOS (Actividades e integraciones)	INDICADORES	FUENTE (S) DE INFORMACIÓN	MEDICIÓN	
			ACTUAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
5. EL PACIENTE NO SE PRESENTA A SU CIRUGÍA CON LAS HORAS DE AYUNO ADECUADAS	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR <u>FALTA DE AYUNO DEL PACIENTE</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	9.09% (10)	3.63% (4)
6. AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA EL PACIENTE CUENTA CON EXÁMENES DE LABORATORIO CADUCOS O INCOMPLETOS	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR EXÁMEN DE LABORATORIO CADUCOS O <u>INCOMPLETOS</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	1.81% (2)	0.90% (1)
7. TODAS LAS URGENCIAS NO TRAUMÁTICAS Y LOS TRAUMATISMOS TORACOABDOMINALES SE OPERAN EN QUIRÓFANOS PLANTA ALTA	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR <u>URGENCIAS QUIRÚRGICAS</u> X100 TOTAL DE CIRUGIAS SUSPENDIDAS	INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA	25.45% (28)	18.18% (20)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMAS SELECCIONADOS (Actividades e integraciones)	INDICADORES	FUENTE (S) DE INFORMACIÓN	MEDICIÓN	
			ACTUAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
8. FALTA PERSONAL QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN TURNO VESPERTINO	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR FALTA DE EQUIPO DE QUIRÚRGICO DE <u>ENFERMERÍA TURNO VESPERTINO</u> X100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS EN TURNO VESPERTINO	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	2.72% (3)	0.09% (1)
9. SE SUSPENDEN CIRUGÍAS POR FALTA DE INSUMOS Y EQUIPO (MATERIAL DE CURACIÓN E INSTRUMENTAL)	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS <u>POR FALTA DE INSUMOS</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	11.81% (13)	5.45% (6)
10. EL A.S.I. TARDA EN TRASLADAR AL PACIENTE A QUIRÓFANO O A RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA	No. DE PACIENTES QUE SON TRASLADADOS DENTRO DE LOS PRIMEROS 5 MINUTOS POR EL ASI AL QUIRÓFANO O A RECUPERACIÓN <u>POSTOPEATORIA</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	1.81% (2)	0.90% (1)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMAS SELECCIONADOS (Actividades e integraciones)	INDICADORES	FUENTE (S) DE INFORMACIÓN	MEDICIÓN	
			ACTUAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
11. AUSENTISMO NO PROGRAMADO DE LOS ANESTESIÓLOGOS O CIRUJANOS	<p>No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR AUSENTISMO <u>NO PROGRAMADO DEL CIRUJANO</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</p> <p>No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR AUSENTISMO <u>NO PROGRAMADO DEL ANESTESIÓLOGO</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</p>	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	1.81% (2)	0.00% (0)
12. LAS CIRUGÍAS NO INICIAN EN PUNTO DE LAS 8:00 DE LA MAÑANA	<p>No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR INICIO TARDIO DE LA ACTIVIDAD <u>QUIRÚRGICA</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</p>	INFORME DIARIO DE PRODUCTIVIDAD QUIRÚRGICA	10.90% (12)	5.45% (6)
13. SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS POR DEMORA EN LA VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DENTRO DEL QUIRÓFANO	<p>No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR FALTA DE VALORACION <u>PREANESTÉSICA</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS</p>	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	9.09% (10)	4.54% (5)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMAS SELECCIONADOS (Actividades e integraciones)	INDICADORES	FUENTE (S) DE INFORMACIÓN	MEDICIÓN	
			ACTUAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
14. TARDANZA EN LA REALIZACIÓN DE LAS CIRUGÍAS	No. DE CIRUGÍAS QUE TARDAN EN <u>REALIZARSE</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	REGISTO DIARIO E ENFERMERÍA	1.81% (2)	0.90% (1)
15. TARDANZA EN LA EMERSIÓN DEL PACIENTE	No. DE PACIENTES QUE TARDAN EN <u>EMERGER MÁS DE 20 MINUTOS</u> X 100 TOTAL DE TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	HOJA DE REGISTRO ANESTESICO DE CADA PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	4.54% (5)	2.72% (3)
16. SE SUSPENDEN CIRUGÍAS POR FALTA DE LIMPIEZA DE LOS QUIRÓFANOS	No. DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS POR <u>CONTAMINACIÓN DE LOS QUIRÓFANOS</u> X 100 TOTAL DE CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	REGISTRO DIARIO DE ENFERMERÍA	0.90% (1)	0.00% (0)
		TOTAL	100% (110)	54.54% (60)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

- **** La información obtenida es el promedio de seis meses**
- **Son 380 cirugías programadas y 110 suspendidas lo que se presentó en promedio estos seis meses, lo que dio como resultado el 28.9% de cirugías suspendidas.**
- **Se tomaron las 110 cirugías como el 100% de cirugías suspendidas y se obtuvieron las causas de suspensión de éstas y su indicador.**
- **() Frecuencia de suspensión al mes.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
(Derechohabiente)



Esta encuesta tiene como finalidad conocer su opinión respecto al trato y atención recibidos en el servicio de **Cirugía General**, le pido por favor conteste con la mayor sinceridad para poder atenderle mejor, no es necesario que anote su nombre por su tiempo y atención gracias.

Instrucciones: Conteste SI o NO según considere apropiado.

1. ¿Está satisfecho con el trato que le dio el médico en su consultorio?

SI () NO ()

2. ¿Está conforme con el tiempo que tardan en realizar sus estudios?

SI () NO ()

3. ¿Está satisfecho con la fecha que se le otorgó para realizarle su cirugía?

SI () NO ()

4. ¿Le han suspendido su cirugía en los últimos 3 meses?

SI () NO ()

5. ¿Si ya lo operaron está satisfecho con el trato recibido durante su cirugía?

SI () NO ()

6. ¿Está satisfecho con la información otorgada por su médico antes, durante y después de su cirugía?

SI () NO ()

7. ¿Considera restablecida su salud?

SI () NO ()

ANEXO 8



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
(Prestador del servicio)



Esta encuesta tiene como finalidad conocer su opinión respecto al servicio que otorga y atención que recibe de sus compañeros y del derechohabiente en el servicio de **Cirugía General**, le pido por favor conteste con la mayor sinceridad, no es necesario que anote su nombre por su tiempo y atención gracias.

Categoría _____

Instrucciones: Conteste SI o NO según considere apropiado.

1. ¿Está satisfecho con el número de pacientes que atiende diariamente?

SI () NO ()

2. ¿Está conforme con los recursos otorgados para llevar a cabo los estudios preoperatorios?

SI () NO ()

3. ¿Está satisfecho con los recursos otorgados para realizar las cirugías (material quirúrgico, equipo de diagnóstico, material de curación, etc.)?

SI () NO ()

4. ¿Considera que las áreas físicas son apropiadas para trabajar?

SI () NO ()

5. ¿El área física y las condiciones son adecuadas? ¿Qué hace falta, luz, espacio o ventilación?

Luz _____ Espacio _____ Ventilación _____

6. ¿Cuenta con los recursos de apoyo (papelería) para trabajar?

SI () NO ()

7. ¿Ha recibido quejas o maltrato por parte de los derechohabientes?

SI () NO ()

8. ¿De que tipo? Marque con una X la o las opciones que considere necesarias.

Agresión Física (golpes, jalones, etc.) _____
Agresión Verbal _____
Amenazas (De muerte) _____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



**DETERMINACIÓN DE CAUSAS
(LLUVIA DE IDEAS)**

PROBLEMAS SELECCIONADOS	CAUSAS PROBABLES
1. Se suspenden cirugías por programación excesiva de las mismas	<ul style="list-style-type: none">✓ Demanda excesiva de pacientes y escaso tiempo quirúrgico por semana por cirujano.✓ Número insuficiente de quirófanos para la demanda excesiva de pacientes para cirugía.✓ La saturación de cirugías en cada quirófano y el escaso número de éstos obliga a programar solo un limitado número de intervenciones quirúrgicas.✓ Se brinda apoyo al servicio de ginecología hasta en 40 procedimientos mensuales.✓ Durante el turno nocturno sólo existe un equipo quirúrgico de enfermería lo cual ocasiona que los otros tres quirófanos queden inutilizados.
2. No se presenta el paciente a su cirugía	✓ Infecciones de vías respiratorias altas en los niños y adultos
3. Por enfermedad del paciente se suspenden cirugías	✓ Hipertensión arterial sistémica en los adultos
4. El paciente no se presenta a su cirugía con las horas de ayuno adecuadas	✓ No se especifica por parte del médico tratante las horas de ayuno indispensables para llevar a cabo la operación.
5. Al momento de la cirugía el paciente cuenta con exámenes de laboratorio caducos o incompletos	✓ Los exámenes han perdido vigencia por el amplio intervalo entre la cita de primera vez y la cirugía
6. Todas las urgencias no traumáticas y los traumatismos toracoabdominales se operan en quirófanos planta alta.	✓ No se dispone de un quirófano para urgencias



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



**DETERMINACIÓN DE CAUSAS
(LLUVIA DE IDEAS)**

193

PROBLEMAS SELECCIONADOS	CAUSAS PROBABLES
7. Falta personal quirúrgico de enfermería en turno vespertino	✓ Sólo en quirófanos de planta alta se cuenta con equipos para realizar una laparotomía o una toracotomía exploradoras
8. Faltan insumos y equipo (material de curación e instrumental)	✓ La falta de un quirófano para urgencias obliga a que éstas sean operadas en alguna de las tres salas debiéndose suspender la cirugía programada.
9. El auxiliar de servicios de intendencia tarda en trasladar al apaciente de cirugía ambulatoria a quirófano y de quirófano a cirugía ambulatoria o a recuperación	✓ Alto índice de ausentismo no programado en el servicio de enfermería del turno vespertino
10. Los anestesiólogos o cirujanos a veces faltan (ausentismo no programado)	✓ Elevado número de plazas vacantes de enfermería
11. Las cirugías no inician en punto de las 8:00 de la mañana	✓ El abasto de material de curación es entregado de forma extemporánea e insuficiente
12. Suspensión de cirugías por demora en la valoración pre anestésica dentro del quirófano	✓ El auxiliar de servicios de intendencia realiza funciones de limpieza y camillería
13. Tardanza en la realización de las cirugías	✓ Faltas injustificadas
14. Tardanza en la emersión del paciente	✓ Incapacidades
	✓ El anestesiólogo y el cirujano tardan en presentarse en el quirófano
	✓ Demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos con programación quirúrgica
	✓ La habilidad de cada uno de los cirujanos es diferente
	✓ Falta de anestésicos de rápida eliminación
	✓ El quirófano 4 no cuenta con máquina de anestesia adecuada,



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



**DETERMINACIÓN DE CAUSAS
(LLUVIA DE IDEAS)**

PROBLEMAS SELECCIONADOS	CAUSAS PROBABLES
15. Se suspenden cirugías por falta de limpieza en los quirófanos	<p>No tiene sistema de monitoreo, ni succión adecuada y sólo tiene una lámpara quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none">✓ No existe valoración pre anestésica previa al evento quirúrgico✓ La cronicidad de los padecimientos hace técnicamente difíciles los procedimientos quirúrgicos✓ El abasto de equipos de bloqueo es inoportuno e insuficiente en los dos últimos meses del año✓ Tardanza en la limpieza de la sala contaminada <p>La contaminación del quirófano obliga a efectuar un aseo exhaustivo de la sala que demora hasta 4 horas</p>
	CAUSAS POTENCIALES
	<ul style="list-style-type: none">• El hospital no cuenta con un quirófano para urgencias porque no se contempló al inicio, el incremento del número de derechohabientes el incremento de los sub especialistas quirúrgicos• El quirófano no. 4 es improvisado, inicialmente se proyectó para efectuar procedimientos menores• Plantilla insuficiente de enfermería quirúrgica, faltas injustificadas, licencias, incapacidades• Falta de información adecuada a los pacientes en cuanto a la administración de medicamentos antihipertensivo.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



**DETERMINACIÓN DE CAUSAS
(LLUVIA DE IDEAS)**

195

	CAUSAS POTENCIALES
	<ul style="list-style-type: none">• No se tiene asignado persona al para camillería y el personal asignado es insuficiente• Falta de oportunidad en el abasto de insumos de material de curación• Falta de orientación e información pre quirúrgica por parte del médico tratante• Los exámenes han perdido vigencia por el amplio intervalo entre la cita de primera vez y la cirugía• Los exámenes se pierden del expediente durante el tránsito del mismo o el paciente los extravía• Demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos con programación quirúrgica• La consulta pre anestésica no se ha implementado en la unidad• La cronicidad de los padecimientos hace técnicamente difíciles los procedimientos quirúrgicos• La habilidad técnica de cada cirujano es diferente• No se cuenta con medicamentos anestésicos de rápida eliminación• El abasto de medicamentos anestésicos es inoportuno e insuficiente



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



**DETERMINACIÓN DE CAUSAS
(LLUVIA DE IDEAS)**

196

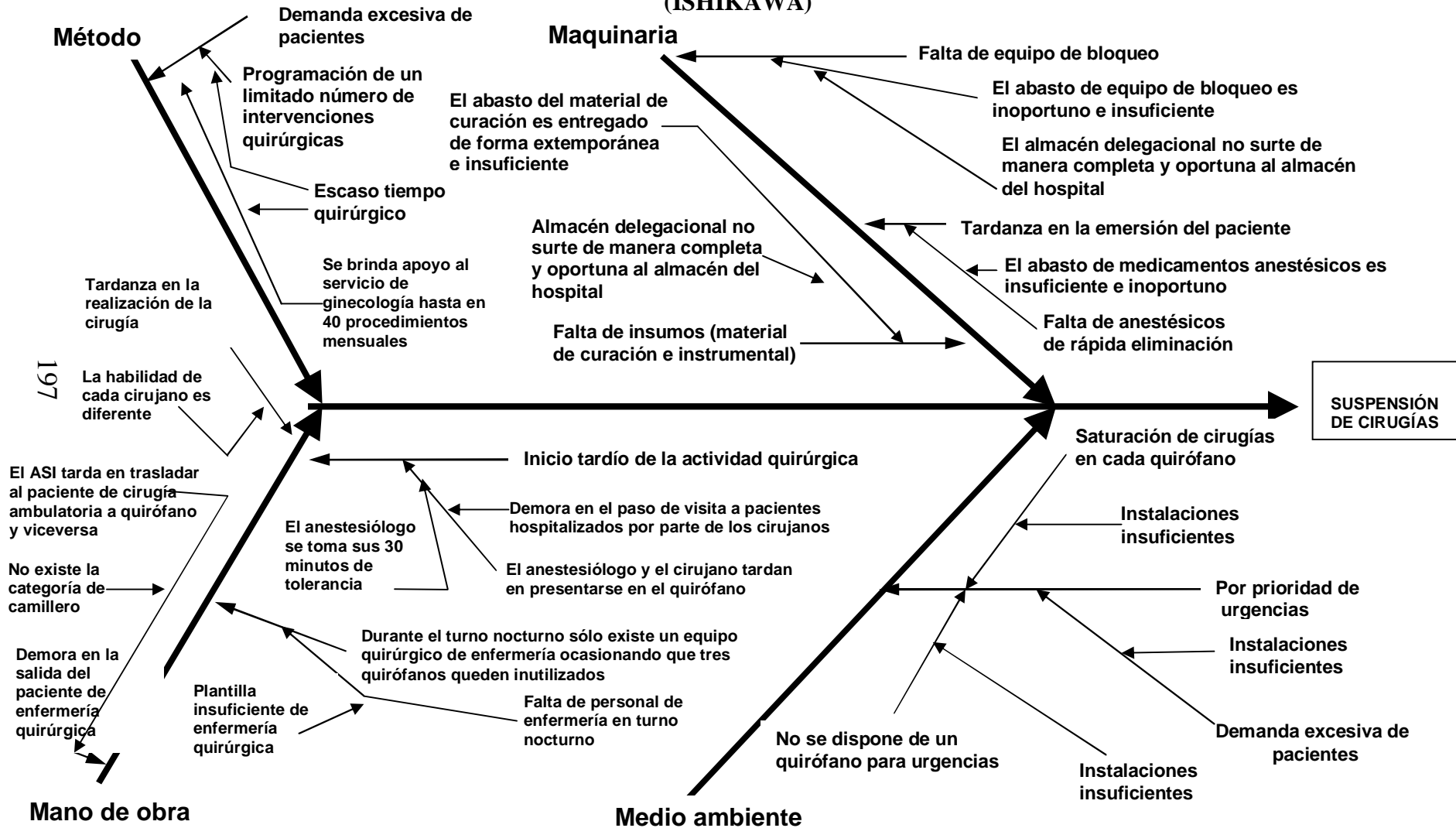
	CAUSAS RAÍZ
	<ol style="list-style-type: none">1. Instalaciones insuficientes2. Escasa información al paciente3. Escaso tiempo quirúrgico4. Almacén delegacional no surte de manera oportuna5. No existe valoración pre quirúrgica de anestesia6. El anesthesiólogo se toma sus 30 minutos de tolerancia7. Demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos8. El quirófano 4 no cuenta con equipo adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores9. Plantilla insuficiente de equipo quirúrgico de enfermería en turno vespertino10. No existe la categoría de camillero11. La habilidad de cada cirujano es diferente12. Exámenes de laboratorio no vigentes13. Inasistencia del cirujano o del anesthesiólogo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD ANÁLISIS DE CAUSAS



(ISHIKAWA)



197



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



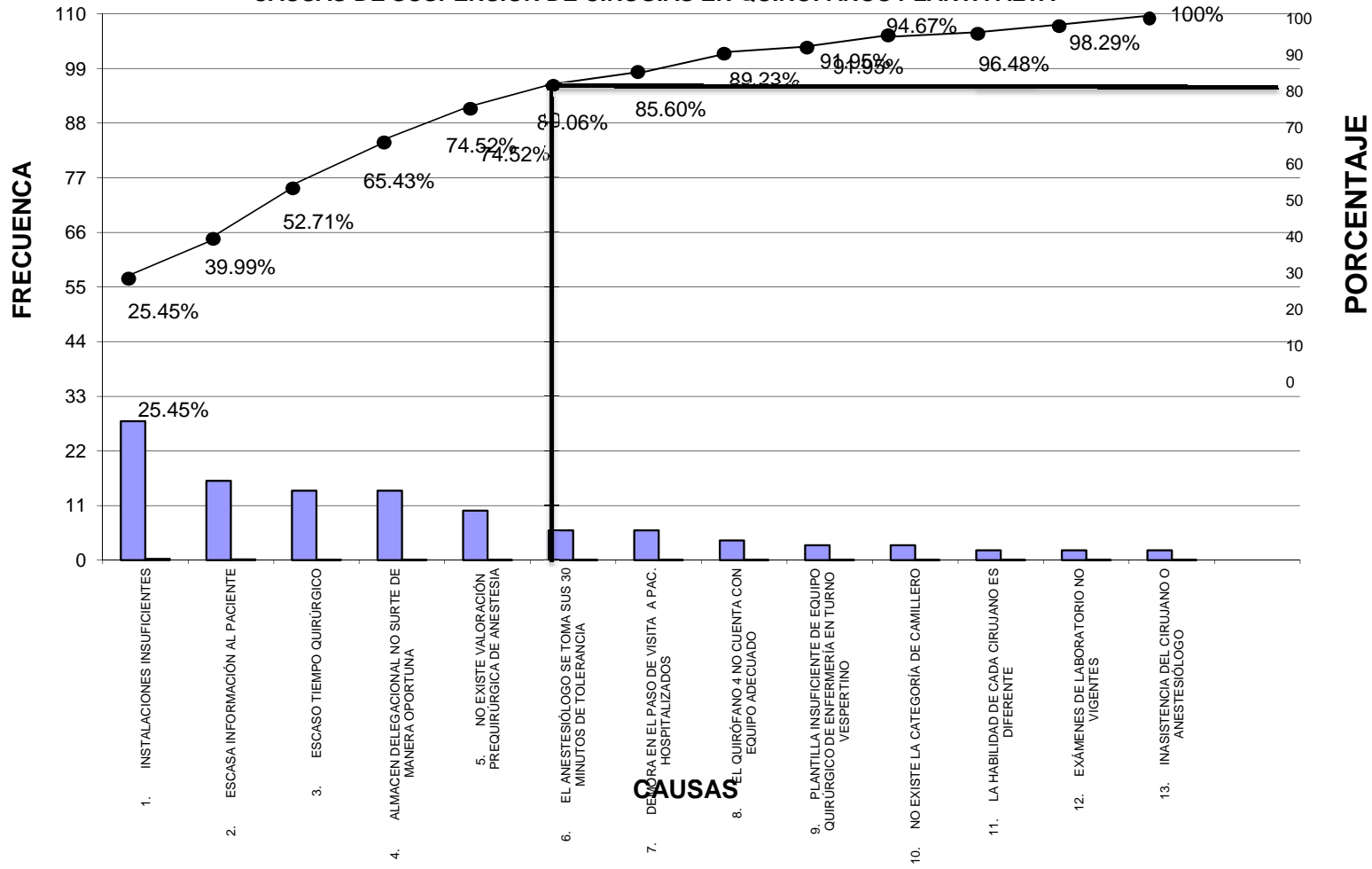
**CAUSAS DE SUSPENSIÓN
(QUIRÓFANOS CIRUGÍA GENERAL)**

CAUSA RAIZ	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1. INSTALACIONES INSUFICIENTES	28	25.45 %	25.4 %
2. ESCASA INFORMACIÓN AL PACIENTE	16	14.54 %	39.99 %
3. ESCASO TIEMPO QUIRÚRGICO	14	12.72 %	52.71%
4. ALMACÉN DELEGACIONAL NO SURTE DE MANERA OPORTUNA	14	12.72 %	65.43 %
5. NO EXISTE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE ANESTESIA	10	9.09 %	74.52 %
6. EL ANESTESIÓLOGO SE TOMA SUS 30 MINUTOS DE TOLERANCIA	6	5.45 %	80.06%
7. DEMORA EN EL PASO DE VISITA A PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DE LOS CIRUJANOS	6	5.45 %	85.60%
8. EL QUIRÓFANO 4 NO CUENTA CON EQUIPO ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES	4	3.63%	89.23 %
9. PLANTILLA INSUFICIENTE DE EQUIPO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA TURNO VESPERTINO	3	2.72 %	91.95 %
10. NO EXISTE LA CATEGORÍA DE CAMILLERO	3	2.72 %	94.67 %
11. LA HABILIDAD DE CADA CIRUJANO ES DIFERENTE	2	1.81 %	96.48 %
12. EXÁMENES DE LABORATORIO NO VIGENTES	2	1.81 %	98.29 %
13. INASISTENCIA DEL CIRUJANO O DEL ANESTESIÓLOGO	2	1.81 %	100 %
TOTAL CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	110	100%	

CAUSA	F	P	PA
1. INSTALACIONES INSUFICIENTES	28	25.45%	25.40%
2. ESCASA INFORMACIÓN AL PACIENTE	16	14.54%	39.99%
3. ESCASO TIEMPO QUIRÚRGICO	14	12.72%	52.71%
4. ALMACEN DELEGACIONAL NO SURTE DE MANERA OPORTUNA	14	12.72%	65.43%
5. NO EXISTE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE ANESTESIA	10	9.09%	74.52%
6. EL ANESTESIÓLOGO SE TOMA SUS 30 MINUTOS DE TOLERANCIA	6	5.54%	80.06%
7. DEMORA EN EL PASO DE VISITA A PAC. HOSPITALIZADOS	6	5.45%	85.60%
8. EL QUIRÓFANO 4 NO CUENTA CON EQUIPO ADECUADO	4	3.63%	89.23%
9. PLANTILLA INSUFICIENTE DE EQUIPO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA	3	2.72%	91.95%
10. NO EXISTE LA CATEGORÍA DE CAMILLERO	3	2.72%	94.67%
11. LA HABILIDAD DE CADA CIRUJANO ES DIFERENTE	2	1.81%	96.48%
12. EXÁMENES DE LABORATORIO NO VIGENTES	2	1.81%	98.29%
13. INASISTENCIA DEL CIRUJANO O ANESTESIÓLOGO	2	1.81%	100.00%



CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGIAS EN QUIROFANOS PLANTA ALTA





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



SELECCIÓN DE LA SOLUCIÓN

CAUSA RAÍZ	SOLUCIÓN (ES) POSIBLE (ES)	AHORROS Y BENEFICOS (ALTO, MEDIO, BAJO)	PROBABILIDAD DE ÉXITO (ALTO, MEDIO, BAJO)
1. instalaciones insuficientes	Contar con un quirófano de urgencias en el área de quirófanos planta alta.	Alto	Bajo
2. Escasa información al paciente	Que el paciente continúe su tratamiento médico incluso el día de su operación	Alto	Alto
3. Escaso tiempo quirúrgico	Rehacer el programa de distribución de cirujanos de las salas quirúrgicas con el fin de distribuir los tiempos de las sala equitativamente y así optimizar el uso de los quirófanos	Alto	Medio
4. almacén delegacional no surte oportunamente	Que al almacén delegacional regularice el abasto. Contar con anestésicos de rápida eliminación.	Alto	Alto
5. No existe valoración pre quirúrgica de anestesia	El paciente debe ser valorado por anestesia antes de la cirugía	Alto	Alto
6. El anestesiólogo se toma sus 30 minutos	Los anestesiólogos se presenten a las cirugías en los horarios programados	Alto	Alto
7. Demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos	El paso de visita de pacientes hospitalizados lo realicen los cirujanos que no tengan programación quirúrgica	Alto	Alto

200

ANEXO 13



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



SELECCIÓN DE LA SOLUCIÓN

CAUSA RAÍZ	SOLUCIÓN (ES) POSIBLE (ES)	AHORROS Y BENEFICIOS (ALTO, MEDIO, BAJO)	PROBABILIDAD DE ÉXITO (ALTO, MEDIO, BAJO)
8. El quirófano 4 no cuenta con equipo adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores	Equipar el quirófano 4 con monitor, aparato de succión, una lámpara y ventilador.	Alto	Alto
9. Plantilla insuficiente de equipo quirúrgico de enfermería en turno vespertino	Cubrir la plantilla de enfermería.	Alto	Alto
10. No existe la categoría de camillero	Asignar otro A.S.I. En el turno vespertino al servicio de cirugía ambulatoria para movilización de pacientes.	Alto	Medio
11. La habilidad de cada cirujano es diferente	Desarrollar las habilidades técnicas de cada cirujano	Alto	Alto
12. Exámenes de laboratorio no vigentes	Los exámenes de laboratorio deben conservarse en el expediente y ser recientes (hasta dos meses de vigencia)	Alto	Alto
13. Inasistencia del cirujano o del anesthesiólogo	Solicitar que no falten a sus labores	Alto	Bajo



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



PRUEBA DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

CAUSA RAÍZ	SOLUCIÓN (ES) SELECCIONADAS	PROGRAMA DE EJECUCIÓN			
		ACCIONES DEL PROYECTO	RESPONSABLE	PLAZO DE REALIZACIÓN	
				INICIO	TERMINO
INSTALACIONES INSUFICIENTES	Contar con un quirófano de urgencias en el área de quirófanos planta alta.	Se solicitó a conservación la evaluación del área física. Se solicitó al departamento de construcciones delegacional la construcción de un quirófano para urgencias	Jefe de cirugía, Jefe de conservación Director	Semana 18	Semana 30
1.ESCASA INFORMACIÓN AL PACIENTE	Que el paciente continúe su tratamiento médico incluso el día de su operación	Se diseñó un formato de orden de internamiento en el cual se especifica la continuidad del tratamiento del paciente hipertenso o diabético Se entrega al paciente el formato de orden de internamiento antes de la cirugía Brindar información completa al paciente, acerca del procedimiento quirúrgico que se le practicará	Jefe de Cirugía, Médico Tratante	Semana 18	Semana 30

202

ANEXO 14



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



PRUEBA DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

CAUSA RAÍZ	SOLUCIÓN (ES) SELECCIONADAS	PROGRAMA DE EJECUCIÓN			
		ACCIONES DEL PROYECTO	RESPONSABLE	PLAZO DE REALIZACIÓN INICIO	TERMINO
5.NO EXISTE VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE ANESTESIA	El paciente debe ser valorado por anestesia antes de la cirugía	Se implementó la consulta de valoración pre anestésica Se solicitó al director del hospital, un consultorio de la unidad para llevar a cabo la valoración pre anestésica Se acondicionó un área para consultorio y se equipó con lo necesario. Se dispuso de una asistente médica para llevar el control de los pacientes y de un anestesiólogo para realizar la consulta.	Jefe de Cirugía, Jefe de Anestesia, Director, Jefe de Conservación, Jefe de Personal	Semana 18	Semana 30
6.EL ANESTESIOLOGO SE TOMA SUS 30 MINUTOS	Los anestesiólogos se presenten a las cirugías en los horarios programados	El jefe de anestesia, de cirugía y de personal realizó una junta con los anestesiólogos para explicar las consecuencias en los pacientes por retrasar o suspender las cirugías y de esta manera concientizarlos de la	Jefe de Anestesia, Jefe de Personal, Jefe de Cirugía	Semana 18	Semana 30



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



PRUEBA DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

204

		responsabilidad laboral y moral que tienen con ellos.			
7.DEMORA EN EL PASO DE VISITA A PACIENTES HOSPITALIZADOS POR PARTE DE LOS CIRUJANOS	El paso de visita de pacientes hospitalizados lo realicen los cirujanos que no tengan programación quirúrgica	El jefe de cirugía realizó una junta con los cirujanos y acordaron quienes realizan el paso de visita al paciente hospitalizado para no retrasar las cirugías.	Jefe de Cirugía	Semana 18	Semana 30
8.EL QUIRÓFANO 4 NO CUENTA CON EQUIPO ADECUADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MAYORES	Equipar el quirófano 4 con monitor, aparato de succión, una lámpara y ventilador.	Se solicitó al departamento de contraloría del hospital la adquisición del equipo necesario para que el quirófano 4 funcionara al 100%.	Jefe de Cirugía, Jefe de Contraloría, Director	Semana 18	Semana 30
9.PLANTILLA INSUFICIENTE DE EQUIPO QUIRÚRGICO DE ENFERMERÍA EN TURNO VESPERTINO	Cubrir la plantilla de enfermería.	La jefa de enfermería junto con el director realizó juntas con las enfermeras quirúrgicas en el turno vespertino para concientizarlas de la responsabilidad laboral y moral que tienen con los pacientes. Se solicitó al jefe de personal la cobertura de las plazas vacantes de	Director, Jefe de Enfermería	Semana 18	Semana 30



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



PRUEBA DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

205

		enfermería quirúrgica.			
10.NO EXISTE LA CATEGORÍA DE CAMILLERO	Asignar otro A.S.I. en el turno vespertino al servicio de cirugía ambulatoria para movilización de pacientes.	El jefe de conservación solicitó al departamento de personal que se cubriera la plantilla de intendencia al 100%	Jefe de Servicios Básicos	Semana 18	Semana 30
11.LA HABILIDAD DE CADA CIRUJANO ES DIFERENTE	Desarrollar las habilidades técnicas de cada cirujano	El jefe de cirugía realizó una junta con el equipo de cirujanos y acordaron que para fomentar la capacitación y la supervisión continua de las técnicas realizadas por los cirujanos de menor experiencia, por lo menos tres veces a la semana los cirujanos con mayor experiencia permiten que aquellos realicen las cirugías con su apoyo y asesoramiento y así desarrollar sus habilidades y destrezas.	Jefe de Cirugía	Semana 18	Semana 30
12.EXÁMENES DE LABORATORIO NO	Los exámenes de laboratorio deben	El jefe de cirugía por medio de memorándum pidió a los médicos	Jefe de Cirugía	Semana 18	Semana 30



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



PRUEBA DE LAS SOLUCIONES PROPUESTAS

206

VIGENTES	conservarse en el expediente y ser recientes (hasta dos meses de vigencia)	cirujanos que conservaran los exámenes de laboratorio en los expedientes y no los entregaran a los pacientes. Así mismo, les indicó que solicitaran los exámenes de laboratorio a los pacientes que los tienen en su poder, un par de semanas antes de la cirugía.			
13. INASISTENCIA DEL CIRUJANO O DEL ANESTESIÓLOGO	Solicitar que no falten a sus labores	El jefe de anestesia y de personal realizaron una junta con los anesthesiólogos para explicar la forma como les afectan las faltas en su antigüedad, estímulos y sueldo, así como concientizarlos de la responsabilidad moral que tienen con ellos mismos y sus pacientes	Jefe de Anestesia, Jefe de Personal	Semana 18	Semana 30

****De acuerdo al principio del Diagrama de Pareto que establece dar solución al 20% de las Causas Raíz, significa que se debió haber dado solución solamente del punto 1 al 6, pero por decisión del equipo se le dieron solución a todas las causas raíz.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD
HOJA DE REGISTRO DIARIO DE CAUSAS DE SUSPENSIÓN
DE CIRUGÍAS EN QUIRÓFANOS PLANTA ALTA



MARQUE CON UNA "X" EL MOTIVO DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA EN CADA SALA Y EVENTO

MES _____ DIA _____ AÑO _____

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE CIRUGÍAS EN QUIRÓFANOS PLANTA ALTA	TURNO MATUTINO				TURNO VESPERTINO															
	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4												
	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS	EVENTOS												
	1 2 3	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4												
1. Prioridad de urgencias																				
2. No se presentó el paciente a su cirugía																				
3. Falta de tiempo quirúrgico																				
4. Falta de valoración preanestésica																				
5. Falta de insumos																				
6. Retraso en la llegada del anestesiólogo																				
7. Retraso en la llegada del cirujano																				
8. Demora en la emersión del paciente																				
9. Falta de personal quirúrgico de enfermería en turno vespertino																				
10. Complicaciones transoperatorias																				
11. Falta de exámenes de laboratorio vigentes																				
12. Enfermedad del paciente																				
13. Falta de ayuno del paciente																				
14. Retraso en el traslado de pacientes a quirófano por el a.s.i.																				
15. Contaminación del quirófano																				
16. Inasistencia del anestesiólogo																				
17. Inasistencia del cirujano																				
18. Falta de material de curación																				
19. Falta de equipos de bloqueo																				
20. Demora en la salida del paciente de recuperación																				
21. Falta de ropa																				

207

ANEXO 15

 NOMBRE Y FIRMA DE JEFE DE ENFERMERÍA
 RESPONSABLE DEL REPORTE



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



DISTRIBUCIÓN DE CIRUJANOS EN LAS SALAS DE CIRUGÍA PLANTA ALTA

TURNO MATUTINO

208

SALAS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO
1	CIRUG/DR. REREGIS CIRUG/DR. REREGIS CIRUG TORAX /DR RODRIGUEZ	CIRUG/ DR VÁZQUEZ CIRUG/ DR VÁZQUEZ CIRUG/ DR REYES CIRUG/ DR REYES	CIRUG/ DR RIVAS CIRUG/ DR RIVAS CIRUG/ DR SOSA CIRUG/ DR SOSA	CIRUG/DRA MIRANDA CIRUG/DRA MIRANDA URO/ DR FLORES URO/ DR FLORES	CIRUG/DR HERNÁNDEZ CIRUG/DR HERNÁNDEZ CIRUG/DR HERNÁNDEZ	CIRUG/DR SOSA CIRUG/DR SOSA URGENCIAS/DR ARENAS URGENCIAS/DR ARENAS	CIRUG/DR REREGIS CIRUG/DR REREGIS URGENCIAS/DR ARENAS URGENCIAS/DR ARENAS
2	PEDIAT/DR BARRIOS PEDIAT/DR BARRIOS CIRUG/DR ONTIVEROS CIRUG/DR ONTIVEROS	URO/DR BARRIENTOS URO/DR BARRIENTOS ANGIO/DRA GUEVARA ANGIO/DRA GUEVARA	PEDIAT/DR ESCUDERO PEDIAT/DR ESCUDERO URO/DR.BARRIENTOS URO/DR BARRIENTOS	PEDIAT/DR ESCUDERO PEDIAT/DR ESCUDERO URO/DR ALVAREZ URO/DR ALVAREZ	URO/DR FLORES URO/DR FLORES ANGIO/DRA GUEVARA ANGIO7DRA GUEVARA	PEDIAT/DR BARRIOS PEDIAT/DR BARRIOS	CIRUG/DR ONTIVEROS CIRUG/DR ONTIVEROS
3	OTORRINO/DR CRUZ OTORRINO/DR CRUZ CIRG. TORAX/DR RODRIGUEZ	GINECOLOGOS GINECOLOGOS OTORRINO/DRA IBARRA OTORRINO/DRA IBARRA	MAXILOFAC/DR ORTIZ MAXILOFAC/DR ORTIZ OTORRINO/DR ALVAREZ OTORRINO/DR ALVAREZ	GINECOLOGOS GINECOLOGOS OTORRINO/DRA IBARRA OTORRINO/DRA IBARRA	ONCO/DR CRUZ ONCO/DR CRUZ	OFTALMO/DR PÉREZ J OFTALMO/DR PEREZ J	OFTALMO/DR BENITEZ OFTALMO/DR BENITEZ OFTALMO/DR BENITEZ
4	RECONST/DR ALTIMIR RECONST/DR ALTIMIR OFTALMO/DR SEVILLA	RECONST/DR ALTIMIR RECONST/DR ALTIMIR PROCTOL/DR VIEYRA PROCTOL/DR VIEYRA	RECONST/DR GUTIERREZ RECONST/DR GUTIERREZ ONCO/DR LÓPEZ CORD ONCO/DR LÓPEZ CORD	OFTALMO/DR SEVILLA RECONST/GUTIERREZ RECONST/GUTIERREZ RECONST/GUTIERREZ	RECONST/DR SUAREZ RECONST/DR SUAREZ PROCTO/DR VIEYRA PROCTO/DR VIEYRA	ONCO/DR LÓPEZ C ONCO/DR LÓPEZ C	GINECOLOGÍA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD



DISTRIBUCIÓN DE CIRUJANOS EN LAS SALAS DE CIRUGÍA PLANTA ALTA

TURNO VESPERTINO

209

SALA S	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO	ESPECIALIDAD / CIRUJANO
1	CIRUG/DR. FLORES CIRUG/DR. FLORES OFTALMO/DR CHACÓN OFTALMO/DR CHACÓN	CIRUG/ DR MORALES CIRUG/ DR MORALES CIRUG/ DR ALPHA CIRUG/ DR ALPHA	CIRUG/DR MTNZ DE ÁVILA CIRUG/DR MTNZ DE ÁVILA OFTALMO/DR GARCIDUEÑAS OFTALMO/DR GARCIDUEÑAS	ONCO/DR LIZÁRRAGA ONCO/DR LIZÁRRAGA OTORRINO/DR CRUZ A	CIRUG/DR XOLALPA CIRUG/DR XOLALPA CIRUG/DR XOLALPA	CIRUG/DRA ALPHA CIRUG/DRA ALPHA	CIRUG/DR MORALES CIRUG/DR MORALES
2	PEDIAT/DR ROMERO PEDIAT/DR ROMERO OTORRINO/DRA DURAN OTORRINO/DRA DURAN	OTORRINO/DR CRUZ A. OTORRINO/DR CRUZ A. ONCO/DRA ROSAS ONCO/DRA ROSAS	PEDIAT/DR ROMERO PEDIAT/DR ROMERO OTORRINO/DR JUNCO OTORRINO/DR JUNCO	PEDIAT/DR ROMERO PEDIAT/DR ROMERO OTORRINO/DRA DURÁN	ONCO/DRA ROSAS ONCO/DRA ROSAS URO/ DR LÓPEZ URO/ DR LÓPEZ	URGENCIAS/DR ARENAS URGENCIAS/DR ARENAS	URGENCIAS/DR ARENAS URGENCIAS/DR ARENAS
3	ONCO/DR LIZÁRRAGA ONCO/DR LIZÁRRAGA	GINECOLOGOS GINECOLOGOS	GINECOLOGOS GINECOLOGOS	GINECOLOGOS GINECOLOGOS	OTORRINO/DR JUNCO OTORRINO/DR JUNCO		
4	ANGIO/DR RODRIGUEZ ANGIO7DR RODRIGUEZ	URO/DR CALDERÓN URO/DR CALDERÓN	ANGIO/DR PACHECO ANGIO7DR PACHECO URO/ DR LÓPEZ URO/ DR LÓPEZ	URO/DR CALDERÓN URO/DR CALDERÓN CIRUG/DR VILLARREAL CIRUG/DR VILLARREAL	ANGIO/DR RODRIGUEZ ANGIO7DR RODRIGUEZ OFTALMO/DR GÓMEZ OFTALMO/DR GÓMEZ		



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD
INSTRUCCIONES DE INTERNAMIENTO



SERVICIO DE CIRUGÍA

PACIENTE :

PARA QUE SU OPERACIÓN QUEDE PROGRAMADA DEBE REGISTRARSE EN LOS SIGUIENTES SERVICIOS :

- 1.- JEFATURA DE ANESTESIA : Planta alta junto a los a los quirofanos
- 2.- JEFATURA DE CIRUGÍA : Primer piso
- 3.- ADMISIÓN HOSPITALARIA : Planta alta junto a los elevadores

EL DÍA DE LA OPERACIÓN DEBERÁ PRESENTARSE EN ADMISIÓN HOSPITALARIA DE LA SIGUIENTE FORMA:

- PRESENTARSE A LAS : HORAS
- EN AYUNO
- BAÑO EL DÍA ANTERIOR
- SI PADECE DE PRESION ALTA TOMAR SU MEDICAMENTO POR LA MAÑANA CON POCA AGUA
- SI PADECE DE DIABETES TOMAR SU MEDICAMENTO POR LA MAÑANA CON POCA AGUA
- TRAER SUS RADIOGRAFÍAS SI LE SON SOLICITADAS

NOMBRE, FIRMA Y MATRÍCULA DEL
MÉDICO TRATANTE

ANEXO 17



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

PROBLEMA SELECCIONADO	CAUSA RAÍZ	INDICADORES	MEDICIÓN		
			INICIAL % SUSPENSIÓN	RESULTADOS ESPERADOS	RESULTADOS OBTENIDOS
Se suspenden cirugías		<u>No. De cirugías suspendidas en un mes x 100</u> Total de cirugías programadas en un mes	28.9% (110)	54.54%% (60)	50.90% (56)
1.Todas las urgencias no traumáticas y los traumatismos toracoabdominales se operan en quirófanos planta alta	1.instalaciones insuficientes	<u>No. De cirugías suspendidas por urgencias quirúrgicas x100</u> Total de cirugías suspendidas	25.45% (28)	18.18% (20)	0% (0)
2.El paciente no se toma su antihipertensivo antes de la cirugía	2.escasa información al paciente	<u>No. De cirugías suspendidas por enfermedad del paciente x 100</u> Total de cirugías suspendidas	3.63% (4)	1.81% (2)	1.81% (2)
3. El paciente no se presenta a su cirugía con las horas de ayuno.		<u>No. De cirugías suspendidas por falta de ayuno del paciente x 100</u> Total de cirugías suspendidas	9.09% (10)	3.63% (4)	3.63% (4)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

4.Son demasiadas las cirugías programadas	3.escaso tiempo quirúrgico	No. De cirugías suspendidas por falta de <u>tiempo quirúrgico</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	12:72% (14)	8.18% (9)	5.54% (6)
5.Se suspenden cirugías por falta de insumos y equipo (material de curación e instrumental)	4.almacén delegacional no surte de manera oportuna	No. De cirugías suspendidas <u>Por falta de insumos</u> x 100 Total de cirugías programadas	12:72% (14)	5.54% (6)	4.54% (5)
6.Suspensión de cirugías por demora en la valoración pre anestésica dentro del quirófano	5.no existe valoración pre quirúrgica de anestesia	No. De cirugías suspendidas por <u>falta de valoración pre anestésica</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	9.09% (10)	4.54% (5)	9.09% (10)
7.Las cirugías no inician en punto de las 8:00	6.el anestesiólogo se toma sus 30 minutos de tolerancia	No. De cirugías suspendidas por inicio tardío de la actividad <u>quirúrgica</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	10.90% (12)	5.45% (6)	1.81% (2)
	7.demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos			5.45% (6)	2.72% (3)
8. El quirófano 4 no cuenta con equipo	8.el quirófano 4 no cuenta con equipo		3.63%	3.63%	3.63%



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores	adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores		(4)	(4)	(4)
9. No hay suficientes enfermeras en turno vespertino	9.plantilla insuficiente de equipo quirúrgico de enfermería en turno vespertino	No. De cirugías suspendidas por falta de equipo de quirúrgico de <u>Enfermería turno vespertino</u> x100 Total de cirugías suspendidas . En turno vespertino	2.72% (3)	0.90% (1)	0% (0)
10.El A.S.I.. Tarda en trasladar al paciente a quirófano o recuperación postoperatoria	10.no existe categoría de camillero	No. De pacientes que son trasladados dentro de los primeros 5 minutos por el asi al quirófano o a recuperación <u>Post operatoria</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	2.72% (3)	0.90% (1)	0.90% (1)
11.Tardanza en la realización de las cirugías	11.la habilidad de cada cirujano es diferente	No. De cirugías que tardan en <u>realizarse</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	1.81% (2)	0.90% (1)	0.90% (1)
11.al momento de la cirugía el paciente cuenta con exámenes de laboratorio caducos o	12.exámenes de laboratorio no vigentes	No. De cirugías suspendidas por Examen de laboratorio caducos o <u>incompletos</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	1.81% (2)	0.90% (1)	1.81% (2)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



POSIBILIDADES DE MEDICIÓN

incompleto					
13.los anestesiólogos o cirujanos a veces faltan	13.inasistencia del cirujano del anestesiólogo	No. De cirugías suspendidas por ausentismo <u>no programado del cirujano</u> x 100 Total de cirugías suspendidas	1.81% (2)	0% (0)	0.90% (1)
		No. De cirugías suspendidas por ausentismo <u>no programado del anestesiólogo</u> x 100 Total de cirugías suspendidas.			
			100% (110)	54.54% (60)	37.27% (41)

214

- ✓ De 110 cirugías programadas suspendidas, se esperaba que sólo se suspendieran 60, es decir, tener una mejora del 54.54%, finalmente se suspendieron 41 y se obtuvo una mejora del 37.27%.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



CAUSAS DE SUSPENSIÓN EN QUIRÓFANOS PLANTA ALTA

<i>CAUSA RAÍZ</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>	<i>PORCENTAJE ACUMULADO</i>
1. Instalaciones insuficientes	28	25.45 %	25.4 %
2. Escasa información al paciente	16	14.54 %	39.99 %
3. Escaso tiempo quirúrgico	14	12.72 %	52.71%
4. Almacén delegacional no surte de manera oportuna	14	12.72 %	65.43 %
5. No existe valoración prequirúrgica de anestesia	10	9.09 %	74.52 %
6. El anestesiólogo se toma sus 30 minutos de tolerancia	6	5.45 %	80.06%
7. Demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos	6	5.45 %	85.60%
8. El quirófano 4 no cuenta con equipo adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores	4	3.63%	89.23 %
9. Plantilla insuficiente de equipo quirúrgico de enfermería turno vespertino	3	2.72 %	91.95 %
10. No existe la categoría de camillero	3	2.72 %	94.67 %
11. La habilidad de cada cirujano es diferente	2	1.81 %	96.48 %
12. Exámenes de laboratorio no vigentes	2	1.81 %	98.29 %
13. Inasistencia del cirujano o del anestesiólogo	2	1.81 %	100 %
TOTAL CIRUGÍAS SUSPENDIDAS	110	100%	



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 4 SURESTE DEL DISTRITO FEDERAL
COORDINACIÓN DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**



CAUSAS DE SUSPENSIÓN EN QUIRÓFANOS PLANTA ALTA

<i>Causa raíz</i>	<i>Antes</i>		<i>Después</i>	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1. Instalaciones insuficientes	28	25.45 %	28	25.45%
2. Escasa información al paciente	16	14.54 %	6	5.54%
3. Escaso tiempo quirúrgico	14	12.72 %	6	5.54%
4. Almacén delegacional no surte de manera oportuna	14	12.72 %	5	4.54%
5. No existe valoración prequirúrgica de anestesia	10	9.09 %	0	0%
6. El anesthesiólogo se toma sus 30 minutos de tolerancia	6	5.45 %	2	1.81%
7. demora en el paso de visita a pacientes hospitalizados por parte de los cirujanos	6	5.45 %	3	2.72%
8. El quirófano 4 no cuenta con equipo adecuado para procedimientos quirúrgicos mayores	4	3.63%	0	0%
9. Plantilla insuficiente de equipo quirúrgico de enfermería turno vespertino	3	2.72 %	3	2.72%
10. No existe la categoría de camillero	3	2.72 %	1	.90%
11. La habilidad de cada cirujano es diferente	2	1.81 %	1	.90%
12. Exámenes de laboratorio no vigentes	2	1.81 %	0	0%
13. Inasistencia del cirujano o del anesthesiólogo	2	1.81 %	1	.90%
Total cirugías suspendidas	110	100%	56	50.90%

216

ANEXO 20