



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: EL PLAN INTEGRAL DE CALIDAD (PIC) 1997- 2000

Tesis

Que para obtener el título de
Licenciado en Ciencia Política y Administración Pública
Opción Ciencia Política
P r e s e n t a:

Adolfo Jaimes Rojo

Asesor: Mtro. Salvador Mora Velásquez

México, D.F.

2007



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.

Dedicatorias y Agradecimientos

A mis padres y hermanos con gran respeto cariño y admiración.

A mi hijo Marco Jesús: a través de una sonrisa o una mirada tuya, me haces reír, soñar y vivir, a ti te dedico cada uno de mis logros, gracias por creer en mí. Te amo.

A mi compañera, amiga y esposa: Faby.

A mi gran amigo y hermano: César. Gracias por siempre.

Gracias a cada uno de los profesores que con su atinada dirección permitieron la conclusión de este trabajo.

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCION.....	5
Capítulo 1. La administración pública y la calidad.....	10
1.1 El Estado facilitador.....	11
1.2 Modernización y calidad en la administración pública.....	12
1.3 La gestión pública como gestión de calidad.....	18
1.4 El concepto de calidad y servicio.....	20
1.5 La planeación estratégica.....	22
1.6 Calidad total: tecnología de punta aplicada en el desarrollo institucional	28
1.6.1 Costos de mala calidad.....	32
1.7 Análisis de posicionamiento (Benchmarking).....	34
1.8 Conceptualización de la calidad de la atención médica: Avedis Donabedian.....	36
1.9 Derechohabiente: ¿ciudadano, usuario, beneficiario, cliente...?.....	39
CONCLUSION CAPITULAR.....	43
Capítulo 2. Antecedentes institucionales que dan origen al Programa Integral de Calidad en el IMSS	46
.....	
2.1 La revisión de expedientes clínicos y la auditoria médica en el IMSS.....	47
2.2 Los círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología (1985).....	55
2.3 Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal.....	59
2.4 El Instituto Nacional de Salud Pública: la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica.....	60
CONCLUSION CAPITULAR.....	65
Capítulo 3. El Plan Integral de Calidad: organización, funcionamiento y evaluación.....	68
3.1 Aprobación, definición, objetivos, políticas, universo de aplicación y	

estrategias de aplicación del PIC.....	69
3.2 Estructura y organización del PIC.....	75
3.2.1 El Equipo Estratégico.....	79
3.2.2 Los Equipos Guías de Servicio.....	79
3.2.3 Los Equipos Estratégicos de Operación.....	82
3.2.4 Equipos de Proyecto.....	83
3.3 Evaluación del PIC: análisis de ejecución e indicadores.....	85
3.4 Medición de resultados en los cinco servicios estratégicos.....	90
3.4.1 Consulta Medicina Familiar.....	91
3.4.2 Servicio de Urgencias.....	92
3.4.3 Cirugía.....	94
3.4.4 Servicio de Farmacias.....	95
3.4.5 Consulta de Especialidades.....	96
CONCLUSION CAPITULAR.....	98
CONCLUSIONES GENERALES.....	101
BIBLIOGRAFIA.....	107

Introducción

La ciencia política encuentra su materialización concreta en el acceso al poder y, en particular, en el ejercicio del mismo, por ese motivo su vinculación con la administración pública es ineludible.

La administración pública realiza una diversidad de actividades dentro de la esfera pública: planea y aplica programas para la creación de escuelas y universidades públicas, asigna fondos para investigaciones a proyectos de medicina y de ciencias naturales y sociales, fija el precio a pagarse por bienes y servicios que ofrece, en fin una serie de actos administrativos que cada uno de ellos se realizan bajo esquemas específicos, con una finalidad o propósito común: sus resultados impactan directa o indirectamente a la sociedad como depositaria final de las acciones de gobierno, por tanto la aplicación de un programa bien o mal elaborado traerá los resultados de su planeación.

Dichos actos de político-administrativos por mucho han sido plausibles o criticados por sus resultados, siguiendo modelos que responden o respondieron a las necesidades de su momento, sin embargo, los tiempos actuales han generado cambios en la visión de cómo abordar los problemas sociales y sus respectivas soluciones, pero sin violentar los derechos de los ciudadanos: libertad, justicia, igualdad y dignidad; derechos que se materializan en los mínimos de bienestar: alimentación, salud, educación, trabajo, vivienda, comunicaciones y transportes, y procuración de justicia.

La administración pública se encuentra continua y permanentemente en adaptación ante los diferentes cambios políticos, sociales, económicos, jurídicos y administrativos que vive nuestro país.

Así, refiriéndonos en lo administrativo, es en las transiciones y cambios donde cobran mayor ímpetu y sentido las nuevas tecnologías, enfoques y herramientas de gobierno que buscan favorecer y maximizar dichos cambios, ajustándola a las nuevas y crecientes demandas de un Estado que ha sufrido cambios por las medidas de ajuste estructural de los últimos años. (Ideología neoliberal)

Frente a la envergadura de tales retos tanto para el gobierno como para la sociedad, resulta un imperativo de eficacia y legitimidad de la administración pública el surgimiento, desarrollo y consolidación de nuevas tecnologías, herramientas y modelos de gobierno, provenientes primordialmente del contexto anglosajón: las políticas públicas, la gerencia pública, la nueva gestión pública, la reingeniería de procesos, la calidad total, la planeación estratégica, entre otras.

Dichas tecnologías y modelos, constituyen en cierta medida la respuesta a los vientos de transición y cambio en el proceso de modernización en que esta inserta la administración pública. Conviene hasta aquí apuntar que las nuevas tecnologías de gobierno, deben ser concebidas de una manera interrelacional, es decir, para optimizar su aplicación deben tratar de implantarse varias a la vez permitiendo la innovación y la adaptabilidad de dichas tecnologías en los asuntos públicos, de lo contrario la aplicación irrestricta de dichas tecnologías podrían generar resultados alejados de la razón de ser de la administración pública, que es la consecución del bienestar social.

En términos generales puede decirse que dichos modelos y mecanismos en el sector privado presentan una orientación al mercado y al cliente, planteando un liderazgo ejecutivo y político, enfatizando en los resultados que alcanza en términos del cliente, más que por los recursos que controla o por las tareas que desempeña, se preocupa por impulsar a sus empleados a realizar ajustes para incrementar el servicio y el valor otorgado a sus clientes.

Es propósito de esta investigación analizar a la seguridad social en sus operaciones en el rubro de prestaciones médicas dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que representa un excelente ejemplo para la aplicación de los nuevos modelos administrativos, de hecho en años recientes el Instituto implanta un programa a nivel nacional que recoge y adapta un gran número de esas tecnologías administrativas en su sistema de prestaciones y servicios médicos, denominado Plan Integral de Calidad (PIC).

De tal forma, se revisará en retrospectiva cuál era la situación del IMSS antes de la implantación de dicho programa y la situación actual a corto, mediano y largo plazos, permitiendo identificar los avances o retrocesos que se han presentado. De esta manera, se pretende, con argumentos certeros, criticar, o en su caso validar, la aplicación de las nuevas tecnologías administrativas en la administración pública.

Con el propósito de modernizar los procesos que se llevan a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1997, se implantaron tecnologías que hacen más eficiente la captación de recursos y que permiten otorgar mejoras y oportunas prestaciones económicas, médicas y sociales a todos los derechohabientes, de ahí que la palabra calidad se vuelve un término clave para el Instituto.

La calidad es un termino referente a un conjunto de características de una persona o de una cosa, hoy en día este termino lo vemos en cualquier Empresa o Institución ya sea Pública o Privada, puesto que los sistemas de certificación de calidad, se han convertido en una de las metas a mediano y largo plazo en los procesos de mejora continua.

Ciertamente la Administración Pública no es una excepción y se ha encargado que dentro de las reformas y en diferentes sectores se aplique dicho concepto.

Desde 1943 año en que se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Administración Pública se ha dedicado a elaborar reformas a la ley de modo que las personas afiliadas a este servicio, puedan contar cada vez con mayores beneficios de esta Institución y aunque son varias las necesidades, este trabajo se enfoca a una que por supuesto es la primordial, me refiero, a la Calidad de la Atención en los Servicios Médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en especificó al Plan Integral de Calidad (PIC).

Si al paso de los años, la tecnología ha avanzado, no solo es par referirse al uso de vanguardias, aparatos electrónicos, de entretenimiento u oficina, sino para facilitar intervenciones médicas, tratamientos y terapias para las enfermedades que del mismo modo que la tecnología también avanzan con el paso del tiempo.

Por lo anterior, analizaremos las diferentes formas de posicionamiento y la definición de calidad y como esto se ha practicado dentro del IMSS, de igual forma veremos el déficit o los puntos en los cuales se debe poner mayor atención.

El planteamiento sobre el que versará este trabajo, es que la implantación de los modelos de calidad en los procedimientos de trabajo de las instituciones, en el caso del IMSS, es una respuesta, primero, a las demandas que exigen legítimamente los derechohabientes en la mejora de la calidad en la prestación de los servicios médicos que reciben; segundo la adopción de esas innovaciones para la Institución refuerzan su legitimidad; y tercero la adopción de modelos de calidad exitosos en instituciones de seguridad social depende de las características de la organización y el contexto en que se desarrolla.

El objetivo general será analizar la aplicación y utilidad que puedan tener los modelos de calidad en la administración pública y sus beneficios para con la sociedad. En tanto, los objetivos secundarios serán:

- Revisar la implantación del PIC en el IMSS.
- Comparar resultados antes y después del PIC.
- Analizar fortalezas y debilidades del PIC.
- Describir la estructura organizativa del PIC.
- Analizar al IMSS como expresión de vanguardia en la Administración Pública.
- Analizar el contexto teórico que representa la implantación de los nuevos modelos organizacionales para la Administración Pública.

En ese sentido, las preguntas de investigación que se formularán son las siguientes:

1. ¿Los nuevos modelos administrativos aplicados en la iniciativa privada, en particular los sistemas de calidad total, son solución a los problemas de la Administración Pública para mejorar la satisfacción a los servicios que ofrece a la sociedad?
2. ¿Es necesario sacrificar el costo social que conlleva a veces el cambio, en la aplicación de nuevos modelos teórico-metodológicos en la administración pública?
3. ¿Los trabajadores médicos en México están preparados para los nuevos enfoques administrativos de carácter empresarial?
4. ¿Qué es el Programa Integral de Calidad?
5. ¿Cuáles son los antecedentes y las causas que dan origen al Programa Integral de Calidad en el IMSS?
6. ¿Qué resistencias hubo dentro del IMSS para la implementación del PIC.?
7. ¿Qué dificultades encuentran el personal operativo en el momento de aplicar los nuevos procedimientos de la calidad total en sus actividades de trabajo?
8. ¿Los resultados que ha arrojado el PIC hasta el momento, son los esperados que se previeron en un inicio en su planeación o han hecho cambios en la marcha?
9. ¿Cuál es la percepción del derechohabiente actualmente en cuanto a los servicios que ofrece el IMSS?

En el primer capítulo, se exponen las tareas de la Administración Pública, el cambio que se ha reflejado en ella a través de los años y los planes para un nuevo desarrollo.

Asimismo, el significado de calidad, sus diversos conceptos y modelos de algunos países que aplican el concepto de calidad en los servicios. Así como los resultados de una mala calidad. También, la Planeación Estratégica que desde 1950 se ha convertido en punto importante para la administración a largo plazo dentro de cualquier institución pública o privada.

Se analiza el posicionamiento, su concepto y la importancia de no ligarlo solo a la compra y venta de una marca, sino también a los servicios gratuitos que ofrece el IMSS organismo público y descentralizado.

El capítulo dos aborda los antecedentes que dan origen al Plan Integral de Calidad dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, así como los temas que tratan desde las revisiones y auditorías practicadas dentro del Instituto hasta las mejoras y desarrollo que se han dado en las consultas médicas en el Distrito Federal,

como en esta zona el Plan Integral de Calidad va obteniendo resultados y el como se ha implementado la tecnología para una mejor atención al derechohabiente.

Asimismo, los diversos círculos de calidad que desde 1985 aplican en el Instituto Nacional de Perinatología. Y como el Instituto Nacional de Salud Pública es ahora la garantía para implementar la calidad en el área de atención medica.

Por último el capítulo tres lleva a la practica lo expuesto en los primeros dos capítulos dando así sus conclusiones de si realmente se ha llevado a la practica o no el Plan Integral de Calidad, qué falta por integrar, los aspectos en los que se requiere de mayor capacitación, así como las formas en que las nuevas tecnologías aunadas al Plan Integral de Calidad han mejorado el servicio en los diferentes hospitales generales de zona, unidades médico familiares, farmacias, hospitales de especialidades, unidades de alta especialidad entre otras.

CAPÍTULO I:

LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y LA CALIDAD

Capítulo 1. La administración pública y la calidad

1.1 El Estado facilitador

El papel del Estado como eje protagónico rector de la sociedad ha sido tema de discusión en donde se ubican posturas antagónicas: los que están a favor de la intervención estatal en todos los ámbitos de la sociedad y los que fomentan la mínima intervención posible, ambas posturas esgrimen sus argumentos, pero aunque las coincidencias son minúsculas existe una que sería un primer punto de partida para entender cuál debe ser la posición del Estado frente a los nuevos retos y necesidades de las sociedades contemporáneas, y el argumento coincidente, por llamarlo de alguna manera, es que no es posible cuestionar la desaparición del Estado, no se contempla como un mal necesario; al contrario todas las sociedades se han conformado y desarrollado a través de éste.

Ahora bien la postura del razonamiento invita a reflexionar y evaluar en qué nivel se debe dar la intervención del Estado, en países de América Latina históricamente el Estado se ha ampliado a tasas de crecimiento con intermitencias y retrocesos en algunos casos, pero la generalidad es el protagonismo central que asume el Estado, la cual surge principalmente de insuficiencias estructurales del sistema económico-social por lo que la cuestión no es si el Estado debe intervenir o no: el Estado está obligado a intervenir, el problema medular es si este tiene las condiciones y la capacidad necesaria de gestión y de administración que requiere la sociedad y en qué renglones de la vida política-económica.

“La actual coyuntura de mercados globales y altamente competitivos exige de los Estados y sus gobiernos un papel menos protagónico y más inductor, promotor y facilitador, al tiempo que implica redefinir sus mecanismos de protección a los sectores de la población menos favorecidos con la finalidad de conducir a la sociedad entera hacia los objetivos solidarios. Se requiere, por lo tanto, ofrecer resultados y recuperar la credibilidad y confianza de la sociedad en su gobierno para alcanzar condiciones que promuevan un desarrollo sostenible.”¹

“La sociedad reclama sistemas sociales que propicien mejor calidad de vida para sus miembros, mejores satisfactores para los consumidores y más riqueza para sus comunidades, y por lo tanto, exige necesariamente de acciones estatales diferentes a la actual. De ahí que la misión del Estado sea de contención de conflictos, de logro en el bienestar social e individual y de garantizar el goce de libertades públicas que son la garantía para que el desarrollo de la sociedad sea

¹ Esteban Moctezuma Barragán, Andrés Roemer, *Por un gobierno con resultados*, p. 16

progresivo.”² Por eso, la administración pública, brazo ejecutor del gobierno, debe ser más productiva y eficiente para contribuir a incrementar la legitimidad del Estado.

Cabe resaltar que “los retos de un mundo cambiante han provocado que en etapas de declive estatal se adopten estrategias de cambio para revitalizar el sentido y legitimidad de los Estados. De ahí que el concepto reforma del Estado se encuentre presente en la agenda de los gobiernos”.³

Ciertamente, la función pública ha sido influida por el espíritu empresarial y por la globalización de las economías y de las sociedades. En consecuencia el Estado se transforma de manera irreversible y acelerada, y los procesos cognoscitivos y pragmáticos se encaminan al diseño de nuevos cursos de acción y de nuevas estrategias, tareas que tienen la finalidad de no eliminar ni tampoco ensanchar las funciones del Estado, sino que la propuesta va más allá del tamaño y se enfoca primordialmente en la capacidad funcional de respuesta del Estado para y hacia la sociedad que representa.

1.2 Modernización y calidad en la administración pública

Se ha señalado que la administración pública debe actuar como elemento dinamizador de la modernización general del país, por lo tanto debe modernizarse ella misma, mejorando su organización, que ha mostrado disfunciones acumulativas que es preciso corregir, reforzando su funcionamiento al servicio público profesionalizado.

“Un gobierno que mantenga el consenso de los ciudadanos, pero que pierda eficacia, será improductivo. Si la situación persiste, a la larga la pérdida de eficacia llevará a una disminución del consenso y por lo tanto a la ilegitimidad a los ojos de los ciudadanos.”⁴

En el ámbito Internacional se aprecia un permanente proceso de evolución y mejoramiento de los mecanismos para administrar y promover el desarrollo de diversas naciones, mediante la utilización de los aparatos administrativos públicos como instrumento estratégico para otorgar mayor competitividad a sus respectivas economías, impulsar sus sectores productivos y promover la participación en las decisiones y en la evaluación de la gestión gubernamental.

² Ricardo Uvalle Berrones, *“Formación de directivos y calidad total en los servicios”* en Revista IAPEM, octubre-diciembre de 1994, p.19

³ Ibid., p. 31

⁴ Norberto Bobbio y Gianfranco Pasquino, *Diccionario de Política*, p. 705

El cambio del Estado benefactor hacia el Estado regulador modificó los fines, instrumentos y políticas públicas aplicadas por los gobiernos.

Bajo la influencia del gerencialismo privado países como Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos, por señalar los más representativos, han adoptado y adaptado dentro de sus reformas administrativas las técnicas e instrumentos que ofrece la administración privada. Como consecuencia de lo anterior, destaca la adecuación de la administración pública a las nuevas condiciones de su entorno, de ahí que una gran diversidad de naciones ha puesto en marcha procesos de modernización de su aparato gubernamental.

“Lo que está ocurriendo en la mayoría de los países occidentales, dotados de un sistema administrativo altamente institucionalizado, es un cambio de énfasis en los diseños organizativos para la gestión pública. Esta internacionalización de la gestión pública se desarrolla en paralelo de la internacionalización de las economías públicas y privadas. Consecuentemente, no es del todo inesperado que los gobiernos hayan buscado aprender no sólo de otros gobiernos, sino también de las experiencias de la gestión privada.”⁵

Los procesos de reforma de la administración pública que se iniciaron en la década de los ochenta bajo el discurso de generar un gobierno cada vez más eficiente y efectivo, están entrando en una fase de intensa recomposición. Después de los procesos de privatización se ha generado desde hace algunos años una propuesta de reforma que propugna por un gobierno modesto pero capaz de enfrentar y dirigir con éxito los problemas públicos.

“El marco general que ha orientado este tipo de reformas, ha adquirido una sorprendente homogeneidad a lo largo y ancho del mundo. Una reforma de tipo gerencialista parece estar guiando la dinámica de transformación y de consolidación de las capacidades gubernamentales para los próximos años. Esta reforma gerencialista ha sido denominada por algunos como Nueva Gerencia Pública o *New Public Management*.”⁶

“En este sentido, las propuestas de reconfiguración del sector público con miras a generar gobiernos que sustenten su actuación en términos de resultados obtenidos y de impactos reales observados, se están haciendo comunes en una gran cantidad de países. Y en consecuencia, muchos de los conceptos, principios y

⁵ Peter Aucoin. “Reforma administrativa en la Gestión Pública: paradojas y péndulos”. Brugue, Quim (comp.) *Lecturas de Gestión Pública*. Madrid, Ministerio de las Administraciones Públicas, 1996.

⁶ David Arellano Gault, José Ramón Gil, Jesús Ramírez Macías y Ángeles Rojano *Nueva gerencia pública en acción: procesos de modernización presupuestal. Un análisis inicial en términos organizativos (Nueva Zelanda, Reino Unido, Australia y México)*, en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 17 (Jun. 2000). Caracas.

prácticas del mundo empresarial fueron trasladados de manera casi mecánica a las operaciones de la administración pública. Todo esto, además, con el apoyo decidido de diversos organismos internacionales como la OCDE y el Banco Mundial, entre otros.”⁷

“Con las peculiaridades asociadas a cada tradición histórica y cultural, y con los matices propios de cada opción política, lo cierto es que existe un amplio consenso entre países diferentes, y entre gobiernos de distinto signo en un mismo país, a la hora de definir un marco de referencia, un paradigma común, que sirva de matriz para la concepción y el desarrollo de políticas en materia de reforma y de modernización de las Administraciones Públicas. Esta convergencia múltiple constituye un aval que valida la necesidad de impulsar estos procesos, dota de consistencia a los diagnósticos y otorga seguridad a la orientación de las diferentes políticas y objetivos de la reforma administrativa.”⁸

“Las características que distinguen dichos procesos de modernización son la búsqueda de una administración pública eficiente, eficaz y de alta calidad; orientada a la edificación de un buen gobierno que trabaje por y para la ciudadanía; que obtenga los resultados demandados por la sociedad; que muestre una satisfactoria retribución a la población de los recursos fiscales que ésta aporta; que cuente con servidores públicos comprometidos con su labor y con un alto nivel profesional; que rinda cuentas claras a la sociedad sobre su desempeño; que se apoye en una mayor flexibilidad de gestión y que simplifique sus procesos; que cuente con las herramientas que le permitan una toma de decisiones más fundamentada; y en síntesis, que soporte al gobierno en su proceso de adaptación y funcionamiento en un nuevo entorno socio-político, y económico.”⁹

La modernización administrativa consiste en vislumbrar una política administrativa-institucional de Estado, sustentada en una reingeniería de procedimientos en las instituciones gubernamentales, animada por el objetivo de lograr eficiencia y eficacia en su gestión a través de la transformación de las dependencias en unidades de modelos sujetos al control de Hacienda y Contraloría, en formas de auto gestión administrativa orientadas a resultados mediante la definición clara de objetivos por alcanzar en el mediano y largo plazo.

“En una etapa de transformaciones básicas para la sociedad y el Estado, los métodos de gobierno deben revisarse a la luz de los nuevos acontecimientos. Sin

⁷ José Juan Sánchez González, *Gestión Pública y Governance*, Instituto de Administración Pública del Estado de México, México, 2002.

⁸Ministerio de Administraciones Públicas, *Libro Blanco para la mejora de los servicios públicos. Introducción.*, España, <http://www.map.es/libro/introduccion>

⁹ SHCP, *Reforma al Sistema Presupuestario en la Administración Pública Federal*. México, 1997.

nostalgias, sin actitudes nihilistas y lejos de la racionalidad acrítica, la gestión pública tiene que revalorarse y nutrirse de los elementos modernos que proporcionan la ciencia y la tecnología.”¹⁰

Los antecedentes relativos a la evolución de la administración pública denotan empeño y perseverancia para encontrar formas y mecanismos encaminados a incrementar su eficacia y eficiencia. No obstante, es preciso estar conscientes del reto que significa ofrecer servicios públicos de calidad a la sociedad, y combatir la corrupción y la impunidad en todos los niveles de gobierno.

La identificación de las limitaciones y deficiencias administrativas actuales, así como las causas que las generan, es condición indispensable para avanzar en la modernización del aparato público.

Una administración pública accesible, moderna y eficiente es una demanda sentida de la población, un imperativo para coadyuvar al incremento de la productividad global de la economía y una exigencia del proceso democrático que vive el país. Transformar a la Administración Pública en una organización eficaz, eficiente y con una arraigada cultura de servicio para coadyuvar a satisfacer cabalmente las legítimas necesidades de la sociedad.

Tradicionalmente en México la actuación y el desempeño de las dependencias y entidades de la administración pública son evaluados, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública, con base en los niveles de gasto autorizados así como en función de su respectiva asignación a programas y a rubros presupuestarios. Por lo general se ha omitido medir la contribución del gasto público al logro de los objetivos a que éste se destina. Lo anterior se debe a que el planteamiento programático-presupuestal vigente ha tenido como prioridad la disciplina fiscal, sin incorporar criterios de eficiencia y efectividad para cumplir con las expectativas de la población a la que se pretende servir.

Sin embargo, a partir de 1995, el gobierno federal inició un proceso de reforma administrativa que implicó la transformación del aparato gubernamental, al que se le llamó Programa de Modernización Administrativa 1995-2000. De acuerdo al diagnóstico elaborado por este programa, resulta necesario mejorar la eficiencia en los mecanismos de medición y evaluación del desempeño del sector público, por lo que se pretende transformar la administración pública federal en una organización eficaz, eficiente y con una arraigada cultura de servicio.

Para alcanzar lo anterior, “dentro de la reingeniería organizacional se contempló una reforma al sistema integral de planeación-programación-

¹⁰ Ricardo Uvalle, op. cit., p. 26

presupuestación. Esta última reforma implica transformaciones en el sistema de administración financiera, el empleo de la planeación estratégica para orientar el rumbo del sector gubernamental, cambios en la política de recursos humanos, y la implantación en todas las dependencias y entidades de la Nueva Estructura Programática (NEP) y el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) a través de indicadores.¹¹

Una de las vertientes de esta modernización administrativa es la modificación de los mecanismos para formular y ejecutar el gasto, ya que existía una fragmentación del sistema presupuestario desde la planeación hasta la evaluación, debido a que la elaboración del presupuesto no indicaba en qué medida las metas establecidas contribuían a alcanzar los objetivos sectoriales y era difícil identificar los costos de cada acción.

De esta manera, son dos los objetivos que se establecieron de esta reforma al sistema presupuestario: consolidar la implantación de una nueva estructura programática, y promover la evaluación del desempeño como procedimiento para dar continuidad y cumplimiento a la misión y a los objetivos de las dependencias y entidades. Esto implica un cambio cultural en las etapas del proceso presupuestario, que se pretende conseguir con la adopción de categorías y elementos programáticos que se puedan medir.

La nueva estructura programática es, precisamente, un conjunto de categorías y de elementos programáticos que buscan dar orden y dirección al gasto público en su clasificación funcional. Las primeras tratan de definir el universo de la acción gubernamental, clasificando el gasto en funciones, subfunciones, programas sectoriales, programas especiales, actividades institucionales y proyectos. Los segundos pretenden proporcionar la información que permita medir los resultados logrados con los recursos públicos, y son: misión, propósito institucional, objetivos, indicadores estratégicos y metas de los indicadores.

Esta nueva estructura busca alcanzar un cambio de enfoque en el desempeño del gobierno, cuyos resultados sean que al interior de cada una de las dependencias y entidades exista un responsable de la función o subfunción, se reconfiguren las estructuras orgánicas para la coordinación de las áreas de acuerdo a las actividades, se simplifique el proceso de presupuestación y se evite la duplicidad de funciones.

El Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) es un esquema que retoma los productos de la Nueva Estructura Programática para incorporarlos a un modelo de medición de resultados. Sus objetivos son fortalecer un cambio en la gestión gubernamental, encaminado a la obtención de resultados y a la satisfacción de los

¹¹ Programa de Modernización de la Administración Pública, México, 1997.

usuarios en lugar del desarrollo de actividades, así como analizar el desempeño de las dependencias y entidades vinculándolas con el cumplimiento de sus objetivos.

De esta forma, el Sistema de Evaluación del Desempeño otorga elementos de apoyo a quienes toman las decisiones, para promover la credibilidad del gobierno, mejorar la asignación de recursos, incorporar nuevas herramientas tecnológicas e identificar programas que requieran estudios para justificar su existencia. Así, este sistema supone una integración de los siguientes componentes: auditorías al sistema, encuestas a la población, incorporación de tecnologías de información, convenios de desempeño y la construcción de indicadores estratégicos.

A nivel nacional se cuenta con una sociedad más informada, más participante y crítica, que reclama con vehemencia la mejora permanente de los servicios gubernamentales, mayor transparencia y honestidad en las acciones de gobierno y el uso de los recursos públicos y un proceso de rendición de cuentas más completo, desagregado y una amplia participación. Lo que hace necesario un replanteamiento continuo de la actuación gubernamental para atender de manera más eficiente, efectiva, oportuna y con calidad, las diversas necesidades de la población.

En este sentido, la calidad en la administración pública es un asunto medular para ganar consensos o propiciar disensos. Cuando los servicios públicos son ineficientes, deficitarios y erráticos se altera negativamente la relación gobierno-ciudadanos. Relación que al ingresar al terreno político y en el cual los ciudadanos como electores castigan o ratifican su confianza a través del voto en el gobierno. Luego entonces, los servicios públicos desde la óptica del gobierno tienen que mejorarse continuamente.

“Siendo la calidad la aptitud de un producto o un servicio para satisfacer las necesidades del usuario, las respuestas más adaptadas deben aportarse a partir del análisis preciso de las necesidades de todos los clientes de la gobernación, reduciendo los plazos, mejorando la acogida, y simplificando los procesos.”¹²

De esta manera, los desafíos de la Administración Pública para las próximas décadas, deben partir de situar a los ciudadanos en el centro de decisión de la Administración y de considerar que ésta ha de ser sencilla, ágil, eficaz y eficiente, y que ha de aprovechar las ventajas que suponen las nuevas tecnologías de la información y de las comunicaciones, con el fin de contribuir al mayor bienestar de las personas.

¹² Jean Coussirou. “Calidad y administración pública” en, *Tratado de la calidad total*, T.I. p. 314.

1.3 La gestión pública como gestión de calidad

“El enfoque hacia la calidad en el servicio es parte fundamental de la orientación general de las reformas en la administración del sector público que los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) están implementando para mejorar la capacidad de respuesta y sensibilizar a sus instituciones gubernamentales.”¹³

Los esfuerzos a favor de la calidad se concentran en mejorar la calidad y prestación del servicio y en la mayor satisfacción del cliente y una mayor participación de los empleados en la toma de decisiones y en la comunicación dentro de la organización.

“En la gestión de calidad se observan políticas como la potenciación del personal, las organizaciones más “planas”, una mejor comunicación y una mayor atención al servicio al cliente, que se han convertido en principios comunes para los gobiernos en el nivel federal y local.”¹⁴

“Gestionar la calidad de una institución implica realizar todas las tareas inherentes a la consolidación de una organización que se prepara para garantizar calidad en sus productos o procesos. Es calidad en función de un compromiso, de una especificación de productos o servicios, del tiempo de entrega, de un ambiente organizacional predispuesto a la mejora continua, de un conjunto de procedimientos hechos para identificar por dónde las cosas se están haciendo en función de un parámetro externo o norma adoptados voluntariamente.”¹⁵

La OCDE considera que existen evidencias de que “las iniciativas de gestión de calidad están cambiando la percepción del público acerca de los servicios destinados a la población, así como la forma de interacción entre los servidores públicos y el público, así como la forma en que está organizado el servicio a ellos destinado. También están cambiando los tipos de servicios suministrados y la manera en la cual se presentan dichos servicios públicos. Más aún, es probable que estén alterando las relaciones entre los políticos y los gestores públicos.”¹⁶

¹³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Un Gobierno alerta. Iniciativa de Servicios de Calidad en la Administración*. México, DDF, 1997, p. 18

¹⁴ Ver Oficina de la Presidencia para la innovación gubernamental, *Modelo estratégico para la innovación gubernamental*, México, 2001.

¹⁵ Guillermo Malvicino M.S. “La Gestión de la Calidad en el Ámbito de la Administración Pública: potencialidades para un cambio gerencial”. *VI Congreso Internacional del CLAD*, Argentina, www.clad.org.ve/anales6/html

¹⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, op. cit., p. 13

La calidad es ahora un elemento fundamental en el nuevo estilo de gestión de las organizaciones. Mediante la gestión de la calidad, la gerencia participa en la definición, análisis y garantía de los bienes que produce para la sociedad.

“Debe entenderse por gestión de calidad al conjunto de caminos mediante los cuales se consigue la calidad; incorporándolo por tanto al proceso de gestión, que es como traducimos el término inglés “management”, alude a dirección, gobierno y coordinación de actividades.”¹⁷

“Dentro de las ventajas que se generan al aplicar la gestión de calidad se señalan las siguientes:

- a) Su fundamento es hacer las cosas bien a la primera;
- b) Consiste en dar al cliente lo que desea;
- c) Está basada en el sentido común;
- d) No supone hacer más que lo necesario;
- e) Todos los niveles de la organización están involucrados;
- f) Asegura el espíritu de equipo y
- g) Su aplicación es altamente motivante.”¹⁸

“La gestión de la calidad en una organización implica: identificar los procesos que deben ser reformulados o reposicionados en función de una demanda fluctuante; determinar las causas y efectos de los requerimientos volátiles de los nuevos nichos de mercado; identificar vetas de diferenciación de procesos; organizar el sistema de aseguramiento de calidad y definir procesos tecnológicos que impliquen precisar métodos de diferenciación.”¹⁹

Diversos autores, estudiosos de la administración pública, coinciden que crear calidad en el servicio público es crear la capacidad, el compromiso y la voluntad de realizar el trabajo necesario. Pero también se trata de crear el espacio político que permita la implantación de cambios políticos. En consecuencia, la gestión de calidad y las organizaciones redefinidas que ésta respalda pueden hacer una contribución importante a la gestión pública, que por si sola no solucionará los problemas que enfrentan las instituciones públicas.

¹⁷ Miguel Udaondo Duran. *Gestión de Calidad*. p. 5

¹⁸ *Ibid.*, p. 11

¹⁹ Guillermo Malvicino, *op. cit.*, p. 7

1.4 El concepto de *calidad y servicio*

En español, el término *calidad* señala un conjunto de características de una persona o de una cosa, importancia, calificación, carácter, índole, superioridad, condición social, civil o jurídica, nobleza, prendas morales, propiedad, clase, cualidad, importancia, condición.

El sustantivo inglés *quality* indica una persona de un alto nivel social, algo excepcionalmente bueno en su clase, un nivel de superioridad, un elemento distintivo, una medida de excelencia, atributo, carácter, característica, peculiaridad, propiedad.

Ambos términos derivan de la palabra latina *qualitas, atis*, que indica cualidad manera de ser, propiedad de las cosas y que a su vez deriva del adjetivo también latino *qualis, e*, que significa cuál, de qué género, de qué clase, de qué calidad, de qué especie.

En tanto que la palabra *servicio* denota la acción o el efecto de servir, estar a disposición de una persona, organización, iglesia o Estado; función desempeñada en el Estado. El verbo *servir* señala la acción de estar al servicio de otro, estar empleado en la ejecución de algo por delegación de otro, ser un instrumento para ejercer un cargo o un empleo. Ambos derivan del verbo latino *servio, is, ivi, itum*, que indica servir, ser dependiente, estar sujeto, estar sometido, obedecer, complacer, someterse, sujetarse, dedicarse, consagrarse, procurar, atender.

Para Juran servicio es el trabajo realizado para otra persona. "Un servicio existirá mientras una parte ofrezca alternativas de satisfacción a una determinada necesidad de los clientes, con mayores conveniencias que si el cliente lo hiciera por sí mismo y otra parte tenga capacidad y disposición para pagar dicha satisfacción."²⁰

Los sistemas administrativos actuales han utilizado en demasía los conceptos de *calidad y servicio* que los han evolucionado, hasta significar mucho más que las definiciones originales de los diccionarios.

Se entiende la calidad, en definición de la American Society for Quality Control, como "la totalidad de funciones y características de un producto -o servicio- que determinan la capacidad para satisfacer las necesidades de un cierto grupo de usuarios."²¹ De esta forma la calidad es todo aquello que realza el valor del producto o servicio en opinión del usuario o consumidor.

²⁰ Carlos Colunga Dávila. *La Calidad en el Servicio*. p. 25.

²¹ Pedro Larrea. *Calidad de Servicio*. p. 15.

Los productos, bienes y servicios son resultados de diferentes procesos, que están interrelacionados y que no necesariamente abarcan una sola área de trabajo, pues se vinculan diferentes funciones, ya sea de orden productivo, financiero, comercial, abastecimiento, personal entre otros. Por ende la calidad final de un producto o servicio será la resultante del control de todos los procesos. De esta manera al buscar minimizar las variaciones de cada proceso se podrán abatir al mínimo las alteraciones en la calidad del producto o servicio final.

La calidad es resultado de una relación entre las instituciones públicas y los ciudadanos, beneficiarios, usuarios y clientes, dependiendo de la misión de cada institución. En este sentido, "la calidad en el servicio público es el resultado de la vocación de servicio de los servidores públicos orientada al desarrollo de sus actividades con:

- a) cero desviaciones del Marco Jurídico
- b) cero quejas del producto –bien o servicio- recibido
- c) cero errores en el desarrollo de las actividades."²²

La calidad tiene una relación directa con la innovación ya que busca el comportamiento eficiente y eficaz de las organizaciones públicas y privadas, de lo que se trata es de valorizarlas en el sentido de ampliar la acumulación de capital y optimizar su desarrollo.

La prevención del error busca abatir los costos de la mala calidad, pues entre más lejos se detecten los defectos respecto al punto donde se originaron, más costosa será su eliminación o reparación e incluso en muchos casos no tendrán más soluciones que el desperdicio.

Los problemas de la mala calidad afectan al individuo, a la organización y finalmente a la sociedad sobre la cual de una u otra manera recaerán los costos que genera. Y es la sociedad quien determinará la calidad de lo que hacemos, pues la evaluará en la medida que satisfaga sus expectativas y necesidades.

La administración para la calidad "es el conjunto de principios, sistemas, procesos, métodos, y técnicas, cuya aplicación permite el cumplimiento sistemático de los requerimientos y la reducción sistemática de los errores."²³ Sin embargo no es en sí misma una estrategia que resuelva todos los problemas de la organización. La administración para la calidad no es una panacea, pero aplicada en algunas circunstancias tiene éxito mientras que fracasa en otras, teniendo por supuesto sus limitaciones y sus riesgos.

²² Acosta, E. D. *Calidad en el Servicio Público*. CEDA, México, 1997.

²³ Carlos Colunga, op. cit., p. 19.

“La búsqueda por la calidad se debe realizar con base en una metodología que tenga un fundamento técnico, lo cual en el caso particular de la calidad total se vincula de manera directa con los métodos estadísticos, lo cual representa una base para el proceso de toma de decisiones partiendo desde el diagnóstico de un problema específico hasta el seguimiento y evaluación de las acciones realizadas para resolverlo.”²⁴

La preocupación de las organizaciones por la falta de calidad de los productos y servicios es causa de costos muy cuantiosos cuya prevención parece posible con las nuevas tecnologías administrativas que se están aplicando hoy en día.

1.5 La planeación estratégica

La planeación estratégica con sus características modernas fue introducida por primera vez en algunas empresas comerciales a mediados de 1950. Las empresas más importantes fueron principalmente las que desarrollaron dichos sistemas de planeación, denominándolos sistemas de planeación a largo plazo. Desde entonces la planeación estratégica se ha ido perfeccionando al grado que en la actualidad un gran número de compañías cuentan con algún tipo de este sistema.

Un plan (generalmente a largo plazo) es el resultado de una decisión ejecutiva (tomado por los más altos niveles de autoridad) cuyo objeto es encaminar el desarrollo total o parcial del personal y los recursos materiales de la empresa para lograr su crecimiento total, es decir, concebir y dirigir a la organización desde las esferas más altas de la dirección para cumplimentar sus objetivos generales para los que fue creada. De esta forma la planeación estratégica está entrelazada de modo inseparable con el proceso completo de la dirección; por tanto todo directivo debe comprender su naturaleza y realización.

Así la planeación estratégica se define como “el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una organización para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicos, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la organización.”²⁵

“La planeación estratégica es un proceso continuo, flexible e integral que genera una capacidad de dirección (rumbo) en los miembros de la organización que da a los tomadores de decisiones la posibilidad de definir la evolución que debe seguir su

²⁴ Alberto Acle Tomasini. *Retos y riesgos de la Calidad Total* p. 55.

²⁵ George Steiner. *Planeación Estratégica. Lo que todo director debe saber*. p. 21.

organización para aprovechar, en función de la situación interna, las oportunidades actuales y futuras que ofrece el entorno.”²⁶

Este tipo de planeación se concibe como el proceso que consiste en decidir sobre los objetivos de una organización, sobre los recursos que serán utilizados y las políticas generales que orientarán la adquisición y la administración de tales recursos, considerando a la organización como una entidad total.

“La planeación estratégica puede visualizarse desde cuatro perspectivas: 1) como *enfoque* busca la consistencia entre las acciones de corto plazo con los objetivos de largo plazo y visualiza el futuro bajo una perspectiva integral; 2) como *sistema* promueve la congruencia y sinergia entre las áreas de la organización y permite establecer prioridades de operación, gasto e inversión; 3) como *proceso* ayuda definir el camino a seguir por la organización y agiliza la comunicación y entendimiento de los procesos de cambio; y 4) como *herramienta* permite detectar oportunidades y amenazas que se generan en el entorno, ubica las fortalezas y debilidades de la organización y produce información estratégica para la toma de decisiones.”²⁷

“Las características de esta planeación son, entre otras, las siguientes:

- Es original en el sentido que constituye la fuente u origen para los planes subsecuentes.
- Es conducida o ejecutada por los más altos niveles jerárquicos de la dirección.
- Establece un marco de referencia general para toda la organización.
- Se maneja información fundamentalmente externa.
- Afronta mayores niveles de incertidumbre en relación con los otros tipos de planeación.
- Normalmente cubre amplios periodos.
- No define lineamientos detallados.
- Su parámetro principal es la eficiencia.”²⁸

Existen dos diferentes tipos de dirección: la que se lleva a cabo en los niveles más altos de una organización, que se llama dirección estratégica, y todos los demás, que se denominan dirección operacional. La planeación estratégica es esencial para ayudar a los directivos a cumplir con sus responsabilidades de la dirección estratégica. Pero al igual que la dirección estratégica está relacionada con la dirección operacional, la planeación estratégica se encuentra interrelacionada con la

²⁶ SHCP, *Reforma al Sistema Presupuestario en la Administración Pública Federal*. p. 113

²⁷ *Ibid.*, p. 114-115.

²⁸ Guillermo Gómez Ceja. *Planeación y Organización de empresas*. p. 55.

planeación operacional, ya que los planes estratégicos son los parámetros y marcos de referencia de los demás planes y programas a ejecutar en las áreas operacionales.

La planeación estratégica observa la cadena de consecuencias de causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o intencionada que tomará el director; también observa las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro, y al escoger unas alternativas, éstas se convierten en la base para tomar decisiones presentes.

Así la esencia de la planeación estratégica consiste en la "identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que una organización tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros."²⁹

Por tanto, la planeación estratégica se refiere tanto a la formulación de los objetivos como a la selección de los medios para alcanzarlos, siendo una planeación corporativa a largo plazo que se orienta hacia los fines. Una planeación será estratégica si se refiere a toda la organización; cuanto más largo e irreversible sea el efecto de un plan, más estratégico será; y el propósito de dicho sistema es entonces determinar la forma de crecimiento de la organización, señalando los productos y servicios a desarrollar para el logro de sus objetivos.

La planeación estratégica es importante en el gobierno porque ayuda a identificar las causas y tomar acciones para corregir oportunamente las desviaciones por incumplimiento o sobrecumplimiento en el logro de objetivos y metas, y esto se hace evidente en la información que genera ya que ésta permite tomar decisiones más seguras, facilitando el trabajo y en consecuencia mejora los resultados.

"Los componentes de la planeación estratégica son:

- Determinación de la misión-visión institucionales
- Selección de los objetivos y metas que la institución desea alcanzar
- Formulación de los supuestos –escenarios- sobre los cambios que se producen en el entorno de la institución
- Identificación de las oportunidades y amenazas que surjan en el entorno
- Evaluación de los rasgos sobresalientes –fortalezas- y de las deficiencias –debilidades- internas de la institución
- Determinación de las alternativas estratégicas viables a desarrollar
- Desarrollo de un Plan Estratégico Maestro (PEM) de instrumentación para facilitar la consecución de los objetivos

²⁹ George Steiner, op. cit., p. 20.

- Diseño y operación de un sistema de información y control –retroalimentación-, para observar de cerca los resultados de la institución
- Instrumentación, seguimiento y evaluación del Plan Maestro.”³⁰

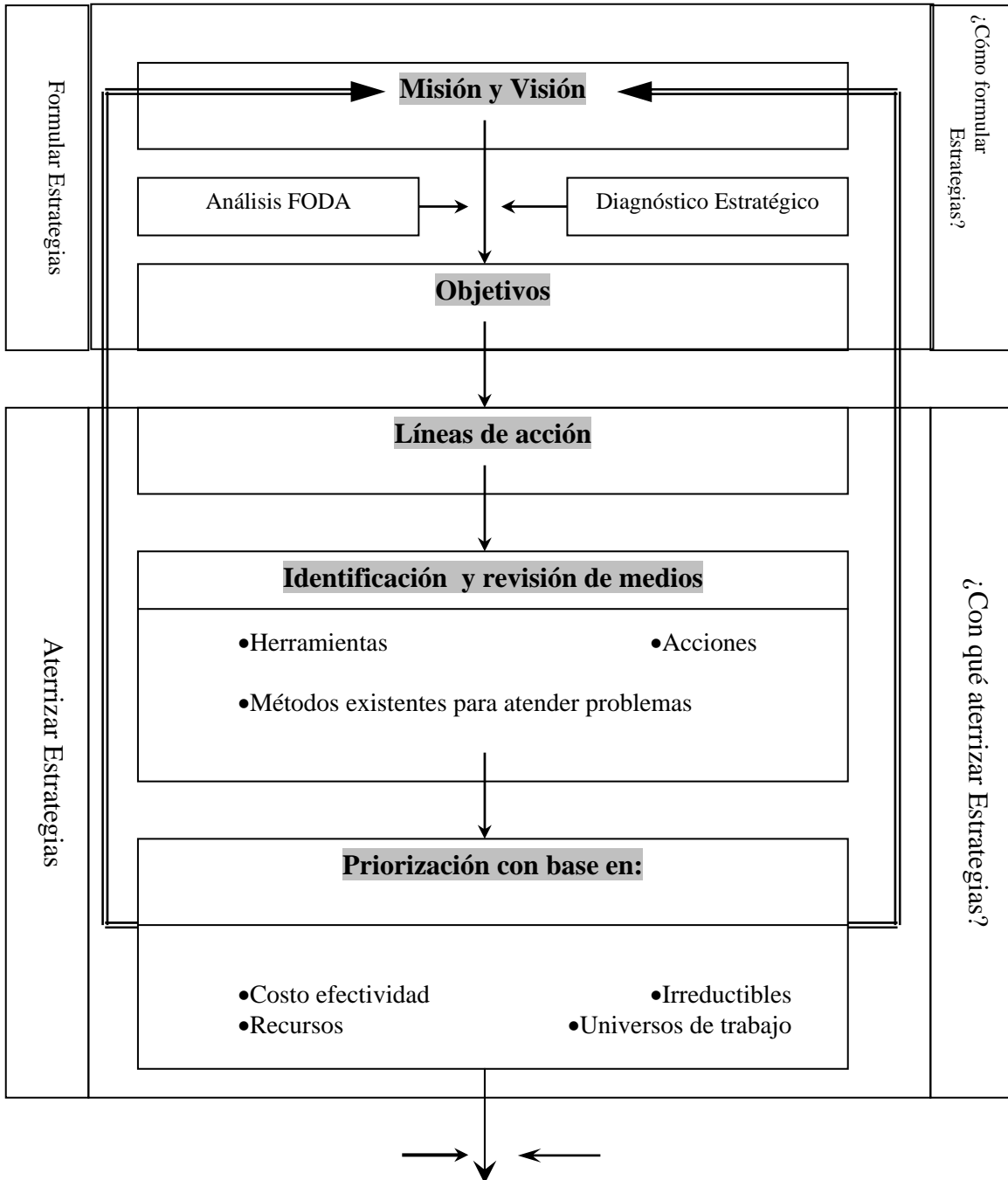
Los modelos de implantación pueden ser adaptados a una situación particular, según sea el caso, y pueden dar como resultado un proceso de planeación relativamente sencillo o uno muy complejo. De esta forma el sistema de planeación estratégica debe ser diseñado para satisfacer las características únicas de cada organización.

Las figuras 1.1 y 1.2 son una propuesta de adaptación de la planeación estratégica en la administración pública, en donde existe una correlación de los diferentes componentes, partiendo de una identificación de las estrategias por parte de los altos mandos, hasta la materialización y evaluación de las mismas cuya participación de toda la organización en el proceso es de vital importancia.

Los componentes de la planeación estratégica que al trasladarse a la administración pública se transforman en:

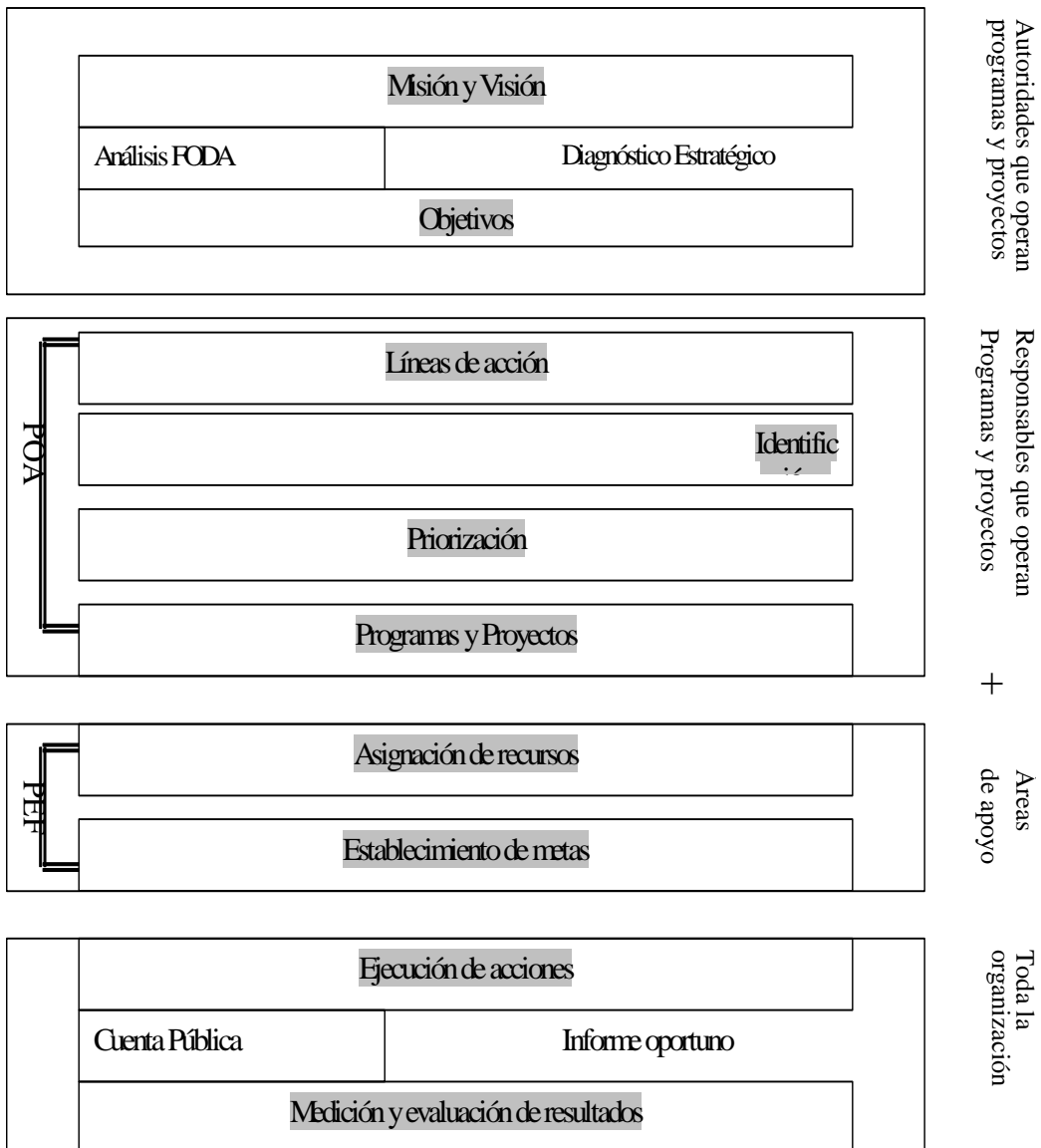
³⁰ Acosta, E. D. *Planeación estratégica. Guía técnica de lectura*. CEDA, México.

Figura 1.1



Fuente: Reforma al Sistema Presupuestario en la Administración Pública Federal, SHCP, 1997.

Figura 1.2 Metodología con la que las áreas se involucran en diferentes etapas



Fuente: Reforma al Sistema Presupuestario en la Administración Pública Federal, SHCP, 1997.

1.6 Calidad total: tecnología de punta aplicada en el desarrollo institucional

La Calidad Total es una de las nuevas tecnologías más socorridas recientemente por el sector privado, dados sus resultados alentadores tras las experiencias obtenidas por las empresas japonesas, quienes fueron las pioneras en su aplicación como tal.

Entre los teóricos precursores de esta argumentación administrativa encontramos a Philip B. Crosby, W. Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum y Joseph M. Juran.

“La calidad total se concibe como una actitud intelectual dirigida a remover todas las energías de la organización en busca de unos niveles excelentes de respuesta a las necesidades de los clientes, por consiguiente la calidad total es un concepto administrativo que busca de manera sistemática y con la participación organizada de todos los miembros de una organización, elevar consistentemente e integralmente la calidad de sus procesos, productos y servicios, previendo el error y haciendo un hábito de la mejora constante con el propósito central de satisfacer las necesidades y expectativas del cliente.”³¹

Como alternativa tecnológica que da cuerpo a los procesos de reingeniería en el seno de las organizaciones modernas, la calidad total pone énfasis en los procesos de cambio que se orientan hacia una escala creciente de competitividad y excelencia. Para los gobiernos, la reingeniería de sus procesos es vital para responder con creces a los requerimientos ciudadanos para evitar su desencanto en él. En este sentido, la calidad total es punto toral para revisar, reactualizar y revitalizar la calidad misma de la función pública. De hecho, “la calidad total implica alterar, modificar, reformar e impulsar transformaciones en las estructuras del poder para darles un impulso dinámico, propositivo y realizador.”³²

“No hay país sin gobierno, pero toda nación requiere que éste sea eficiente, porque ello influye en su competitividad y, por ende, en su capacidad de generar empleos, mejorar niveles de vida y sobrevivir en un mundo comercialmente más agresivo. Por eso, la administración pública debe sumar y no restar; ser elemento de empuje y no bulto que se jale; que propicie la creatividad de sus ciudadanos y no la inhiba haciéndola naufragar en trámites.”³³

³¹ Ibid., p.50.

³² Ricardo Uvalle, op. cit., p. 25-27

³³ Alfredo Acle, op. cit., p. 174

La calidad total va más allá de una técnica de mejora aplicada, es un logro de funcionamiento institucional a partir de la operación institucional con *cero errores, cero rectificaciones y cero costos de mala calidad*, haciendo de la calidad un estilo de ser y hacer del personal, los insumos, los productos y los servicios. Esto es posible a partir de la planeación estratégica y el uso de las redes informáticas, ya que reconoce las fortalezas y debilidades de la organización para poder en definitiva crear el clima propicio de las mejoras.

Así, calidad total significa una nueva cultura de trabajo, se inculca al personal de ventanilla hasta el personal directivo una educación de calidad en el trabajo, es decir, hacerlo bien a la primera conlleva evitar errores y consecuentemente los resultados serán benéficos para la organización y por supuesto el ciudadano-cliente será el primer beneficiado de ello.

Sin embargo, cabe aclarar que desde la perspectiva de la Calidad Total, la palabra cliente no sólo debe abarcar a aquel que paga al momento de adquirir un producto o recibir un servicio, sino que también a aquel al que se le proveen servicios sin que en apariencia, o al menos de manera simultánea, entregue nada a cambio, como ocurre en el caso de la administración pública.

Para cualquier organización que desea adentrarse en la Calidad Total es importante que tenga claramente definidas las razones para hacerlo, lo que espera lograr y conocer con exactitud cómo encaja en su plan estratégico. La necesidad de implantar la Calidad Total surge así de un plan estratégico en el cual se plantean de manera ordenada e interrelacionada estas y otras opciones a través de un lapso específico.

El proceso de implementación de un modelo administrativo para la calidad permite que cada organización instrumente y desarrolle un modelo propio, adecuado a las características de la organización y a su contexto en que se desarrolla.

De esta forma los teóricos de la administración por calidad han propuesto una serie de modelos administrativos para implementar la Calidad Total, los cuales son adoptados y adaptados según sea el caso de la organización. En todos ellos se recalca el compromiso que debe asumir la alta dirección para ejecutar ya sea el modelo elegido, además es necesario impulsar una comunicación efectiva en todos los niveles.

Philip Crosby nacido en la década de los treinta, seguidor y promotor de los principios de calidad total propone 14 etapas o "pasos para el mejoramiento de la calidad:

1. Compromiso de la dirección.
2. Equipo para el mejoramiento.
3. Medición.
4. Costo de la calidad.
5. Crear conciencia sobre la calidad.
6. Acción correctiva.
7. Planear el día de Cero Defectos.
8. Educación al personal.
9. El día de Cero Defectos.
10. Fijar metas.
11. Eliminar las causas de error.
12. Reconocimiento.
13. Consejos sobre la calidad.
14. Repetir todo el proceso."³⁴

Otro autor norteamericano, "Peel propone un plan de mejora en cinco etapas:

1. Determinar las áreas con problemas.
2. Descubrir las causas y hacer una selección de soluciones alternativas sobre la base de criterios financieros y de política de servicio.
3. Poner en marcha el plan de mejora.
4. Cambiar de aptitudes y el comportamiento de los empleados a través de la formación.
5. Controlar los resultados."³⁵

Durante muchos años el "Manual de Control de Calidad" de Juran, editado por primer vez en 1951 fue el libro sagrado de este nuevo movimiento. Juran sistematizó los conceptos y técnicas desarrolladas hasta entonces.

El teórico español Juran señala que "la mejora de la calidad es un paso más de avance hacia la meta final de la calidad total, ya que primero debe haber una planificación de la calidad, esto es que hay que diseñar las características del servicio a prestar y el modo de la prestación, transfiriendo al plano operacional las opciones estratégicas; posteriormente el control de calidad es conocer y analizar las diferencias entre la calidad real y la estándar para entonces sí, ejecutar la mejora de la calidad, la cual consta de una serie de pasos universales:

³⁴ Philip Crosby. *Calidad sin lágrimas*. p. 111.

³⁵ Pedro Larrea, op. cit., p. 263.

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir anualmente una mejora de calidad.
2. Identificar las necesidades concretas de mejora (o "proyectos" de mejora).
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos:
 - diagnostiquen las causas,
 - fomenten el establecimiento de un remedio,
 - establezcan los controles para mantener los beneficios."³⁶

Tanto Juran como Deming consideraron en la elaboración de sus teorías que los problemas para alcanzar la calidad no están en los trabajadores que componen una organización, están más bien, en el sistema con que se realizan las operaciones. Ellos observaron que las funciones de los administradores deben enfocarse a la compenetración con el trabajador para identificar los problemas y remover las barreras que impiden hacer bien el trabajo desde la primera vez.

Las tareas de mejora continúa son en sí una misión de todo proceso de calidad, porque implica una dinámica permanente en la que es factible establecer un principio sin final en la que el principal beneficiario es el usuario.

Al mejoramiento continuó no se le puede considerar como un fin o un medio para alcanzar la calidad, ya que es de algún modo ambos.

En consecuencia, revisando las diversas metodologías de implantación que proponen los diferentes autores, la calidad podría ser definida de manera sencilla como el resultado de un conjunto de procesos orientados al mejoramiento continuo en la elaboración de un producto o en la prestación de un servicio.

De acuerdo con todo lo anterior, la calidad total referida a los asuntos de gobierno y de la vida ciudadana puede definirse como una tecnología que tiene por objeto nutrir, mejorar, fortalecer y modernizar los procesos de gestión pública encargados de la producción de bienes y servicios, mismos que son requeridos por públicos diversos tomando en cuenta la competencia, la pluralidad y las demandas de los individuos y las organizaciones, tanto civiles como sociales.

³⁶ Ibid., p. 263.

"Su utilidad en el seno de los gobiernos y las administraciones públicas, tiene efectos multiplicadores hacia el público ciudadano. Es decir, sus ventajas tienen que contextualizarse en reacciones públicas y políticas que son el verdadero termómetro de su éxito o la falta de éste."³⁷

1.6.1 Costos de mala calidad

El costo de la calidad es una herramienta de gestión que se puede utilizar para dirigir las actividades de mejora de la calidad y medir la eficacia del sistema de la calidad total, ya que dirige la atención de la dirección para determinar con precisión las oportunidades para mejorar y mide los progresos que se están realizando con las actividades de mejora, en este sentido, evalúa el éxito de los esfuerzos de la organización por mejorar.

De acuerdo con Harrington "el costo de la mala calidad se integra por: el costo incurrido para ayudar al empleado a que haga bien el trabajo todas las veces (previsión) y el costo de determinar si la producción es aceptable (evaluación), más cualquier costo en que incurren la organización y el cliente porque la producción no cumplió las especificaciones y/o expectativas del segundo."³⁸

A partir de la definición anterior, "Harrington estructura el costo de la mala calidad de la forma siguiente:

- I. Costos directos de la mala calidad:
 - a) Costo controlable de la mala calidad:
 1. Costos de prevención
 2. Costos de evaluación
 - b) Costo resultante de la mala calidad:
 1. Costo de los errores internos
 2. Costo de los errores externos
 - c) Costo de la mala calidad del equipo
- II. Costos indirectos de la mala calidad:
 - a) Costos incurridos por el cliente
 - b) Costos de la insatisfacción del cliente
 - c) Costos de la pérdida de reputación."³⁹

³⁷ Ricardo Uvalle, op. cit., p. 32

³⁸ James Harrington, H. *El costo de la mala calidad*. p. 2

³⁹ *Ibid.*, p. 3

Los costos controlables son aquellos sobre los que se pueden influir para asegurar que sólo los productos o servicios libres de defectos sean los que se entreguen al usuario.

A su vez, estos se descomponen en dos partes: costos de prevención y costos de evaluación.

Los costos de prevención incluyen los gastos realizados para evitar errores, es decir, todos los costos implicados para ayudar a que el empleado haga bien el trabajo todas las veces; mientras que "los costos de evaluación son las erogaciones para determinar si las actividades se desarrollaron de acuerdo a los criterios y procedimientos establecidos, son todos los gastos para determinar si una actividad se hizo bien todas las veces."⁴⁰

En tanto, los costos resultantes de la mala calidad implican la corrección de algo que está mal elaborado, y lejos de ser considerados como una inversión, son siempre una pérdida para la institución.

Siendo la única diferencia entre los internos y externos, es que los primeros son detectados antes de que el producto o servicio llegue al usuario, mientras que en el segundo es éste quien detecta la falla.

"El costo de la mala calidad del equipo es la inversión en equipos utilizados para medir, aceptar o controlar el producto o servicio; este equipo no incluye el material utilizado para la elaboración del producto o servicio."⁴¹

Generando de esta forma los costos indirectos: insatisfacción y costos incurridos por parte del usuario, creando finalmente una pérdida de reputación de la institución ante la sociedad, quien es el destinatario final de los productos y servicios que se ofertan en el mercado.

En este sentido, "el control de los gastos directos, en especial los destinados a la prevención y en los que se incluirían todos los egresos para la implantación y mantenimiento de un sistema de Calidad Total, siempre deberán considerarse como una inversión, cuya principal aportación será abatir los costos de la mala calidad."⁴²

⁴⁰ Ibid., p. 8-9.

⁴¹ Ibid., p. 16

⁴² Alfredo Acle, op. cit., p. 150

La aplicación de esta herramienta de gestión hace cambiar la calidad de ser un término abstracto en algo tangible y cuantificable, provocando que la dirección tome las medidas correctivas dentro del sistema, ya que proporciona la manera de medir el rendimiento de las inversiones en la calidad y ajustar las mismas para satisfacer las necesidades cambiantes actuales. Asegurando de esta forma que los objetivos de calidad estén alineados con los fines y objetivos de la organización.

1.7 Análisis de posicionamiento (Benchmarking)

El Benchmarking también conocido como “análisis de posicionamiento”, consiste en un proceso automatizado de evaluación de la institución con su contexto, o con el concepto de excelencia, mismo que se mide a partir de la clase más alta de cualquier variable o factor a ser medido en una institución y las redes informáticas constituyen la herramienta para la aplicación de esta tecnología.

“El análisis de posicionamiento se fundamenta en la comparación de la Institución con parámetros referentes al contexto o a la excelencia mundial dentro del proceso de globalización, cuya finalidad es establecer un proceso de medición sistemático para evaluarse constantemente frente a los competidores más avanzados y conocer que es lo que ha determinado su éxito y cuales son en las diferentes funciones de la institución las mejoras prácticas operativas, comerciales, administrativas, de desarrollo, administración de personal que se llevan a cabo en la rama a la cual pertenece.”⁴³

En el proceso institucional de identificar y aplicar tareas de mejora continua, el benchmarking es un medio que proporciona a la Institución un método para identificar aquellos procesos que le darán una ventaja sobre sus competidores; por esta razón se ha convertido en una estrategia clave de la administración de la calidad total.

Esta medición de la Institución se da con relación a las instituciones del contexto: en el mercado, en relación con la competencia y otras empresas de excelencia mundial; y en las instituciones públicas en relación con las dependencias y entidades del sector y de la administración pública del país o de otros países.

En este sentido, “el benchmarking es más que una evaluación de la competencia, ya que se orienta, sobre todo, en identificar y aplicar las prácticas más exitosas, dentro o fuera del sector, además el objeto de estudio no sólo es el producto—servicio, sino también el proceso.”⁴⁴

⁴³ Ibid., p. 76

⁴⁴ Finnigan, J.P. *Guía de Benchmarking empresarial*, p 5-8

Entre las múltiples definiciones existentes de benchmarking, una definición, ampliamente aceptada en el medio, por su generalidad de aplicación, es la de Spendolini, misma que define esta tecnología de la siguiente forma:

“El benchmarking es un proceso sistemático y continuo de evaluación de los productos, servicios y procedimientos de trabajo de las empresas que se reconocen como representantes de las mejores prácticas y el propósito es el mejoramiento organizacional.”⁴⁵

De esta forma, el benchmarking es un proceso de fijación de metas competitivas que se concentra en cuatro finalidades:

1. Encontrar y comprender las prácticas que les ayudarán a alcanzar nuevos estándares de desempeño
2. Facultar a los trabajadores para que avancen hacia el cambio en las prácticas de trabajo existentes
3. Basar sus metas en una orientación externa
4. Concentrar a toda la organización en las metas de negocios cruciales

“La metodología aplicada en el benchmarking es la relacionada con el método comparativo, cuyas fases son las siguientes:

- Caracterización del parámetro y del caso a comparar
- Selección de las variables a contrastar o del tipo y objeto del benchmarking
- Contrastación del parámetro y el caso real
- Determinación de similitudes y diferencias
- Plan de mejora continua”⁴⁶

Cuando el estudio de benchmarking haya descubierto la brecha entre la organización y el contexto a comparar, el reto al que se enfrenta es impulsar nuevas prácticas o cambios en los procesos de aquellas actividades y tareas que se han rezagado. El punto de partida es analizar nuevamente las metas presentes de la organización con base en los datos del estudio de benchmarking. El propósito es ajustar los planes a corto y largo plazos de la organización para dar cabida a los nuevos objetivos.

⁴⁵ Ibid., p. 4

⁴⁶ Acosta, E. D. *Apuntes de Laboratorio: Métodos cuantitativos aplicados a las tecnologías de punta para el desarrollo institucional*, Postgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2002.

Las organizaciones se basan en evaluaciones realistas, las cuales conducirán a mejoras significativas del desempeño. Al concentrarse en la práctica la organización será capaz de entender el tipo de brecha que existe entre ella y el líder. Las metas funcionales basadas en un estudio de benchmarking deben establecerse de la misma forma en que la organización normalmente actualizaría sus objetivos de operación y mediciones de desempeño.

De esta forma, "el benchmarking se convierte en una herramienta para la calidad total debido a que proporciona el medio para que una organización identifique aquellos procesos que le darán una ventaja sobre sus competidores. Ayuda a una organización a determinar los aspectos más importantes a mejorar, así como los caminos más convenientes para lograrlo. Por esta razón, el benchmarking es un elemento clave de cualquier estrategia de calidad total."⁴⁷

1.8 Conceptualización de la calidad de la atención médica: Avedís Donabedian

La tradición de evaluación de la calidad de la atención médica tiene una larga historia. Su mayor desarrollo se ha dado en los Estados Unidos donde las primeras acciones dirigidas hacia la calidad de la atención médica se desarrollaron principalmente en los hospitales. Por ejemplo, en los años veinte, el método de "resultados finales", de Codman, inició el interés por evaluar las consecuencias de las acciones médicas en términos de resultados finales.

"En los años treinta, se enfatizó la elaboración de normas y estándares estructurales para establecer los fundamentos del proceso de la "buena atención médica", desarrollados por Lee y Jones. Todo ello condujo a la creación de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, en 1951, un parte aguas que, después de un largo camino, logró la estandarización estructural de los hospitales en los EUA. En los setenta, Donabedian planteó una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica."⁴⁸

Con base en el éxito en el mejoramiento de la calidad, las organizaciones internacionales de servicios de salud comenzaron a utilizar la mejora continua de la calidad hacia finales de los años ochenta. Los ministerios de salud y las clínicas privadas y gubernamentales en más de 30 países comenzaron a emplear ese enfoque innovador para adecuar sus programas.

⁴⁷ Finnigan, op. cit., p.4

⁴⁸ Enrique Ruelas Barajas. "La garantía de calidad en las instituciones de seguridad social." en IMSS- ISSSTE-FCE. *La Seguridad Social y el Estado moderno*. p. 409

Muchos de los enfoques comparten elementos de esta técnica empresarial, pero algunas organizaciones de servicios de salud (por ejemplo, las que prestan servicios de salud reproductiva) han modificado la mejora continua formulando sus propios métodos y adaptándolos a sus necesidades.

En los años setenta, el Doctor Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud, haciendo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud. Propuso una forma sistematizada para la definición y abordaje de los estudios sobre la evaluación de la calidad de la atención médica. En su propuesta destaca el análisis de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud; así como el estudio de la calidad por medio de sus tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y amenidades.

Para Donabedian la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes, y es responsabilidad del profesional recomendar y llevar a cabo dicha atención.

"La calidad de la atención es aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber uno tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes."⁴⁹

De acuerdo con la definición anterior, "la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. El paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido."⁵⁰

"Del concepto de calidad se desprenden tres dimensiones que están íntimamente relacionados:

- La calidad de la atención *técnica*: consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos, por lo tanto, la medida en que la

⁴⁹ Avedis Donabedian. *La calidad de la atención médica*, p. 7

⁵⁰ *Ibid.*, p. 32

atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

- La calidad *interpersonal* alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente, y este nivel de calidad se mide por el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones.
- La calidad de *amenidades*, es decir, las comodidades físicas en las cuales se otorga el servicio, es decir, es el aspecto más íntimo de los lugares en los que se presta la atención médica.⁵¹

“Donabedian señala que existen tres factores o variables que permiten evaluar la calidad:

- El primero se refiere a la evaluación de los *procesos* internos de la organización, aunque el “proceso” es el objeto primario de la evaluación, la base para el juicio de la calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y sus consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad dan a la salud y al bienestar;
- Una segunda variable es la que se refiere a la *estructura*, la cual está integrada por el desempeño de los recursos humanos, materiales, tecnológicos, físicos y financieros, pero también el diseño organizacional (distribución de autoridad, comunicación formal, mecanismos de coordinación, de control, normalización de procedimientos e incentivos) es determinante para la evaluación de este factor. La estructura funciona para producir atención o es un atributo del ambiente de la atención y que influye sobre la clase de atención que se proporciona, por lo tanto, es importante para la calidad en cuanto que aumenta o disminuye la probabilidad de una buena actuación; y
- El tercer factor es la valoración misma de los *resultados*, entendiendo como resultado un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de atención médica.⁵²

Estos tres factores o variables, señala Donabedian, son enfoques que permiten acceder y adquirir información acerca de la presencia o ausencia de los atributos que constituyen o definen la calidad. Y en cualquier sistema de monitoreo, la medición del resultado es sólo el primer paso en una sucesión de actividades.

⁵¹ Ibid., p. 4-5

⁵² Ibid., p. 95-104

A fin de emprender una acción correctiva, debe uno escarbar hacia atrás en los procesos que condujeron a los resultados indeseables. "La identificación de los errores en el proceso llevará, por sí misma, a un examen de las características estructurales que condujeron o contribuyeron a esa conducta inferior a la óptima. Estas actividades necesarias reafirman la interconexión e integridad de la cadena estructura-proceso-resultado."⁵³

A partir del análisis expuesto por Donabedian para la evaluación de la calidad en las instituciones de salud, se retomarán estas ideas en el capítulo 2 y 3 donde se aterrizarán en el caso práctico, la calidad en el IMSS, objeto de estudio de esta tesis.

1.9 Derechohabiente: ¿ciudadano, usuario, beneficiario, cliente...?

El ciudadano es también, pero no sólo, un consumidor. La esfera del consumo privado y público, sólo expresa un aspecto y un particular modo de ejercicio de sus derechos y capacidades ciudadanas.

"Mientras que el concepto de ciudadanía reconoce un origen y desarrollo claramente político, la noción de usuarios-ciudadanos alude precisamente a los vínculos de la población con aquellos consumos que son un componente de la ciudadanía. Sin embargo, el usuario de servicios públicos tampoco es, en términos estrictos, un cliente.

Carece del derecho clientelar de optar libremente entre proveedores independientes o de la capacidad, y aún del derecho de procurarse soluciones alternativas en condiciones equivalentes. Sólo puede adscribirse a un contrato de adhesión, de cuya elaboración estuvo ausente y, frente al cual no suele tener más alternativas que sumarse o carecer del servicio."⁵⁴

La palabra cliente es un término común en el lenguaje administrativo. La forma en que lo definen en la práctica probablemente difiere. Los clientes de los servicios públicos pueden ser definidos simplemente como receptores inmediatos del servicio, en vez de, como ocurre en el sector privado al ser definidos como compradores.

⁵³ Ibid., p. 151

⁵⁴ Jorge Karol, L. *Cliente mata ciudadano: en torno a la noción de ciudadanía urbana*. CLAD, Argentina, <http://www.clad.org.ve/anales6/karol.html>

El derecho del usuario al servicio no se funda sobre la relación contractual (de adhesión) sino sobre su carácter ciudadano. El acceso a la red, la recepción y la calidad del servicio no quedan amparados bajo el rol de cliente sino bajo la protección del derecho ciudadano. El derecho de los habitantes a un conjunto básico de servicios bajo determinadas condiciones es sólo un paso mínimo de accesibilidad y calidad, igual para todos, que define la pertenencia y la identidad ciudadana.

Los sistemas y autoridades de regulación de los servicios públicos están llamados a proteger al ciudadano en cuanto usuario. No lo protegen como individuo afectado sino en su carácter ciudadano. La necesidad de velar por que esas condiciones sean las mejores posibles radica en que este derecho ciudadano está configurado para todos por igual, sin distinciones. Por tanto, ese derecho no se define individualmente, como el de un cliente sino colectivamente. La razón por la que cualquier individuo puede reclamarlo es porque su defensa y custodia corresponde a todos los individuos en condiciones básicas homogéneas y equivalentes (igualdad).

En la lógica del mercado el momento del pago y la recepción del bien o servicio se producen en el mismo acto. Y así el que paga es además el que consume y define el producto o servicios que desea.

En la lógica del sector público, esa no es la mecánica. A través de distintos instrumentos el Estado recauda - ingreso - y a través de otros provee servicios más o menos subsidiados- gastos. Pero además el Estado es el actor por excelencia en las políticas redistributivas de la riqueza, por lo que el que paga no necesariamente es el usuario, en este caso de un producto o servicio focalizado.

De hecho hay varios clientes y las exigencias de los mismos son diferenciales dependiendo de los productos y servicios, así como de su posicionamiento frente a la institución del Estado que se refiera: en un caso será contribuyente, en otro será beneficiario o se presentará como ambos frente a un mostrador que no le provee el servicio como usuario con derechos.

La gestión por Calidad Total y el cliente, pero especialmente éste último concepto, implica uno de los más sustantivos cambios en los paradigmas de como la burocracia asume sus funciones.

El sentido de la calidad entendida como respeto a los procedimientos y normas que tradicionalmente estuvo presente en la administración pública se le agrega un concepto que se coloca por encima y es condicionante de la forma como se deben ahora diseñar y operar esos procedimientos y esas normas: el cliente-usuario-beneficiario-ciudadano.

“Al respecto Barzelay presenta una serie de proposiciones en las cuales contrasta el enfoque burocrático versus el enfoque de calidad impulsado por el cliente: ”⁵⁵

- Una dependencia burocrática se enfoca en sus propias necesidades y perspectivas. Una dependencia impulsada por el cliente se enfoca en las necesidades y las perspectivas de éste.
- Una dependencia burocrática se enfoca en las funciones y las responsabilidades de sus partes. Una dependencia impulsada por el cliente se enfoca en ayudar a que toda la organización funcione como equipo.
- Una dependencia burocrática se define tanto por la cantidad de recursos que controla como por las tareas que desempeña. Una dependencia impulsada por el cliente se define por los resultados que logra en beneficio de sus clientes.
- Una dependencia burocrática controla los costos. Una dependencia impulsada por el cliente crea un valor neto de costo.
- Una dependencia burocrática se aferra a la rutina. Una dependencia impulsada por el cliente modifica sus operaciones como respuesta a las demandas cambiantes de sus servicios.
- Una dependencia burocrática lucha por ganar terreno. Una dependencia impulsada por el cliente compite por obtener más negocio.
- Una dependencia burocrática insiste en seguir los procedimientos normales. Una dependencia impulsada por el cliente introduce la opción en sus sistemas operativos, cuando al hacerlo cumple un propósito.
- Una dependencia burocrática anuncia políticas y planes. Una dependencia impulsada por el cliente emprende con sus clientes una comunicación en ambos sentidos, con objeto de evaluar y revisar su estrategia operativa.
- Una dependencia burocrática separa el trabajo de pensar del trabajo de hacer. Una dependencia impulsada por el cliente otorga la autoridad a los empleados operativos de emitir juicios sobre el modo de mejorar tanto el servicio al cliente como su valor.

⁵⁵ Michael Barzelay. *Atravesando la burocracia*. p. 47

La gestión de calidad reduce a los ciudadanos en simples receptores de servicios mediante el pago de sus impuestos, en este sentido los ciudadanos tienen derechos, en cambio los clientes tienen expectativas.

Sin embargo, los clientes en el mercado ejercen el poder que les da la disponibilidad de su dinero y el cliente de los servicios públicos goza de un nuevo poder en parte a causa de esa misma disponibilidad financiera.

Asimismo, debe destacarse que "una de las características de los cambios políticos recientes ha sido el redescubrimiento del concepto de usuario, utilizado en las doctrinas de derecha que enfatizan el mercado y la soberanía del usuario, como las de la izquierda que buscan la participación y el compromiso político por abajo, a nivel de usuarios de los servicios públicos."⁵⁶

Hoy día la población ya no castiga solamente a los equipos políticos de gobierno en cada acto electoral en caso de desaprobación de su gestión, son también más frecuentes y permanentes las consideraciones críticas a la gestión de la burocracia profesional, especialmente aquellas que se puedan manifestar en sustituir su posición en el cumplimiento de los cometidos y desarrollo de sus funciones.

Sin duda estos términos: cliente-usuario-beneficiario-ciudadano connotan conceptos diferentes y remiten a dimensiones distintas de la realidad. Si bien se rescata la noción de cliente, el cual se asocia a esquemas de relación contractual-comercial entre partes, es importante por el valor que juegan esos significados en la actual realidad y por el posicionamiento que dicho concepto tiene en la estructuración de la cultura organizacional que supone la gestión por Calidad Total.

En consecuencia, por la complejidad, el tamaño y el tipo de actividad que desarrolla la administración pública, es muy aventurado pensar que los cambios y la adaptación de la misma a las necesidades actuales, a la realidad del contexto y a la dimensión global de las transformaciones, se podría dar en el corto plazo, sin embargo, el no renovar sus modos de actuación se corre el riesgo de verse rebasada por las demandas sociales y de no responder a su verdadera misión de servicio a la sociedad.

⁵⁶ Bill Jenkins y Andrew Gray. "Evaluación y el usuario: la experiencia del Reino Unido". *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, Madrid, INAP, no. 1, septiembre-diciembre 1994, p.47

Conclusión Capitular

Un *Estado facilitador* tiene como característica principal no ser un obstáculo para la sociedad, ya que dentro de su misma definición se establece que su objetivo es dar y encaminar a la sociedad a metas solidarias que provean de beneficios a los sectores de la población menos favorecidos y que por sus condiciones de vulnerabilidad y/o desventaja social, al contrario de otras clases, requieren de mayor apoyo por parte del Estado.

El Estado mantiene una deuda social en tanto su dimensión cultural, política, ideológica, cultural. En este sentido, el Estado requiere ofrecer resultados para recuperar la confianza de la sociedad para alcanzar las condiciones que promuevan un desarrollo sostenible y creíble para todos, ya que, a lo largo del tiempo la globalización de la economía y las sociedades, han provocado cambios irreversibles y acelerados en las funciones del Estado.

Es necesario establecer nuevos horizontes en la redefinición del Estado, que hasta ahora se disgrega entre un Estado económico o un Estado Político; es decir, en el desarrollo y establecimiento modélico de una política económica o una economía política; por ello, en este escenario solo se esperan propuestas fructíferas, creíbles, realistas, donde los resultados sean palpables a corto y mediano plazo. (El largo plazo se omite por que en cuestiones de salud la sociedad ya no puede fiarse de plazos largos).

Asimismo de la mano con la Administración Pública la intención es crecer, caminar con los años puesto que con los años no solo crece la tecnología, ciencia, modas; sino también los gastos y las necesidades de una sociedad que el tiempo no espera.

Basta recordar la transformación en la pirámide de edades, lo que los académicos y estudiosos del tema han definido como envejecimiento poblacional, el cual viene a establecer nuevos escenarios sobre el abordaje y tratamiento de lo social y por su puesto, enormes tensiones financieras y sociales en materia de salud y protección social.

Es aquí donde la Administración Pública requiere investigar bien su sociedad, escucharla, observarla, estudiarla, compararla como en los países occidentales. Es necesario enriquecer a la administración pública a partir de una visión ampliada y comparada, una administración de lo público que sea capaz de comparar sus situaciones presentes con las de otros países y así resultar en conclusiones fructíferas capaces de lograr un desarrollo óptimo como el que la sociedad espera.

Es por ello que el programa de modernización de la administración pública (1995-2000) fue creado con la intención de mejorar la forma de analizar y estudiar el gasto público y presupuesto, ya que, anteriormente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de la Función Pública no se encargaban de medir la contribución del gasto público al logro de los objetivos a los que se destina, sino únicamente a la forma de repartirlo.

Ahora lo que debe analizarse son los mecanismos para la medición y evaluación del desempeño del sector público, de nada sirve gastar el presupuesto en personal, medicamentos, infraestructura, si esto no da su 100%.

Lo importante no es hacer gastos innecesarios en lo que no se obtiene resultados ni beneficios, pues como ya se había mencionado es importante recuperar la confianza de la sociedad y más en estos tiempos donde ya se cuenta con mayor acceso a la información de todo los tipos de iniciativas (pública y privada); esto último, podría establecerse como un elemento más que se suma a los motivos por los que la sociedad se ha vuelto incrédula e indiferente ante diversos acontecimientos ocurridos al paso de los años, sobre todo en cuanto al sector salud.

Gracias al SED (Sistema de Evaluación del Desempeño), se estima que la medición de resultados de cada parte que conforma una Institución en este caso el Instituto Mexicano del Seguro Social, de la que nuestra sociedad requiere mayores beneficios en todos los servicios que ofrece, arroje los resultados pertinentes que permitan mejorar todos y cada uno de los servicios para hacer llegar el producto final de la mejor manera y calidad al cliente.

Aun cuando el IMSS no es una empresa que busque un posicionamiento de marca o un producto, sí vende servicios médicos y al sector más desprotegido de esta sociedad, por lo que está obligado a brindarle las mejores instalaciones, el abasto necesario de medicamentos y el cuerpo de médicos, enfermeras y personal administrativo que le brinde un servicio continuo, respetuoso, amable, mejorado y de calidad que cumpla con todos los requerimientos para satisfacer al 100% las necesidades del asegurado o derechohabiente.

Hablar de calidad no solo consiste en la elaboración de un producto, sino también en el ofrecimiento de bienes y servicios; en la capacidad de saludar, orientar, capacitar y atender a las personas y ellas mismas serán quienes califiquen la calidad del servicio.

Con esto se pretende establecer una línea propositiva de acción en el quehacer actual de la administración pública, la cual permita establecer los ajustes necesarios en su metodología, acepte nuevas formas de aplicarse para obtener los resultados que por años se han buscado.

Estos servicios y productos que ofrece la administración pública benefician directa o indirectamente a la sociedad, y como tales deben cumplir con sus necesidades, al igual que los servicios y productos que ofrece la iniciativa privada, con los estándares mínimos de calidad, pero sobre todo en cuanto a dineros públicos deben ser mayores los compromisos de calidad con la sociedad.

La revisión crítica de las nuevas tecnologías en la administración pública no supone ni propone –en modo alguno– su eliminación, sino quizás su perfeccionamiento y adaptación a nuestro contexto. Asimismo esas nuevas tecnologías y enfoques pretenden modernizar y reforzar no solo al Instituto Mexicano del Seguro Social tema de este trabajo, sino a toda la administración pública de México, en términos de mayor calidad, eficacia, eficiencia, oportunidad y legitimidad, a la altura de los cambios ocurridos en el contexto sociopolítico y económico no solo del país sino en el ámbito mundial.

CAPÍTULO II:

ANTECEDENTES INSTITUCIONALES QUE DAN ORIGEN AL PLAN INTEGRAL DE CALIDAD EN EL IMSS

Capítulo 2. Antecedentes institucionales que dan origen al Plan Integral de Calidad en el IMSS

2.1 La revisión de expedientes clínicos y la auditoría médica en el IMSS

“El tema de la calidad de la atención en los servicios de salud tiene una amplia tradición en México y en otros países. Sin embargo, en México existen muy pocas publicaciones en las que se describan los programas que se han implantado y menos aún los que notifiquen resultados de la evaluación de su efectividad e impacto.”⁵⁷

A pesar de lo anterior, en el Instituto Mexicano del Seguro Social desde sus inicios hasta el día de hoy, siempre se ha preocupado por revisar y evaluar los procedimientos sustantivos, es decir, los que se refieren a la atención médica.

Ubicando en un primer momento la revisión de los expedientes médicos en el Hospital La Raza en 1956, sin que los resultados se hayan aplicado oficialmente; pasando en las décadas de los años sesenta y setenta por las auditorías médicas con las que se evaluaba la calidad de la atención que se impartía al derechohabiente; hasta encontrarnos en 1997 con la aprobación e implantación del Programa Integral de Calidad, objeto de estudio de esta investigación.

La fase final de todo proceso administrativo es la de evaluación, la cual puede definirse como la medición de los resultados pasados y presentes en relación a los esperados, con la finalidad de modificar, mejorar y formular nuevos planes.

Para que la evaluación sea útil, debe ser práctica y reducir a unidades mensurables los resultados del trabajo. La evaluación abarca tres fases: revisión, comparación y modificación o corrección.

En ese sentido, la auditoría médica cobra importancia, porque permite investigar y buscar causas y efectos. Lo básico en ella es determinar el grado hasta el cual los resultados se asemejan a los objetivos.

Puede conceptuarse como la revisión objetiva, metódica y completa de los niveles jerárquicos de una institución, en cuanto a su estructura y participación individual de los integrantes de la misma.

⁵⁷ Alma Lucía Saucedo-Valenzuela, Luis Durán-Arenas y Bernardo Hernández. “Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental.” *Salud Pública de México*, vol. 42, no. 5, septiembre-octubre de 2000, p. 422-430.

“El expediente clínico es el documento resultante de la entrevista médico-paciente y la bitácora de cada individuo hospitalizado; el expediente guarda los datos clínicos ordenados, y es una especie de “inventario” contenido en una minuta, de cada caso clínico que llega al hospital, o de cada paciente al ingresar en un consultorio, y en él se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración.”⁵⁸

El valor que tiene cada expediente clínico es imponderable; suele contener datos confidenciales; es un documento médico-legal y es la base para la asistencia, docencia e investigación en medicina. Por lo anterior, no puede ser sólo un papel más en la burocracia institucional, ni un mero trámite administrativo.

La importancia del expediente clínico es tal, que trasciende la relación médico-paciente, y exige de todos, quienes intervienen en su elaboración, integración, manejo y custodia, lo hagan siempre con esmero, ética, veracidad y pleno sentido de responsabilidad.

Para el enfermo, el tener un expediente, significa confianza en la institución; denota además, que se le pone atención. El enfermo internado se da cuenta de que existe un espíritu rector de las acciones que se toman contra la enfermedad.

Para el médico tratante, es la base de datos que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento, es su constancia del trabajo realizado, y contiene el material con el que va a delinear programas de estudio, de investigación o de tratamiento para el caso específico.

Para el médico en formación, con el expediente clínico, todo lo que realiza adquiere importancia, y es su instrumento de aprendizaje más valioso. “En las sesiones clínicas, el expediente es el eje fundamental que relaciona la teoría con la práctica. Para la enfermera, el expediente clínico es el instrumento de comunicación con los médicos tratantes, a través de él da a conocer sus observaciones, resultado de su vigilancia continua.”⁵⁹

Las notas de evolución son testigos del apego o dedicación del médico de cabecera con su paciente, para mantenerse en inteligente vigilancia de los cambios inducidos por la enfermedad o por la acción terapéutica.

Además de todo lo anterior, el expediente clínico es la base de datos fundamental para la auditoría médica, método de evaluación de los servicios

⁵⁸ Raúl Olaeta Elizalde. *La importancia del expediente clínico* en Revista Hospital Juárez, México, 2001, no. 68, p. 95-103.

⁵⁹ *Ibid.*, 96

médicos. En este sentido la auditoría médica y calidad de atención interactúan, pero ambas exigen una buena base de datos fincada en la calidad del expediente clínico.

“Los objetivos de la evaluación son mejorar la calidad de la atención médica, elevar la moral del médico al reconocer sus aciertos y ayudarle a captar primero y resolver después sus fallas, conocer que aspectos de la educación médica continua ameritan atención especial; no debe permitirse que la evaluación se convierta en el fin para el cual trabaje el médico; y a través de la evaluación se encuentran las posibles fallas en servicios para-clínicos o técnico-administrativos que afectan la calidad de la atención médica.”⁶⁰

“La auditoría médica es una forma de evaluación que estima y valora la atención médica retrospectiva por medio del estudio de los registros o historias clínicas. Se define como la revisión sistemática y objetiva del trabajo profesional del médico, exclusivamente sobre la base del estudio de los expedientes clínicos.”⁶¹

“Como objetivos primordiales de la auditoría médica podemos citar:

- conocer la calidad de los servicios; o sea del trabajo médico
- obtener orientaciones para su mejoramiento y formular los proyectos y sugerencias correspondientes
- contribuir a la coordinación de las labores médicas
- fundamentar el otorgamiento de recompensas al cuerpo médico, estimulando así la superación profesional
- orientar positivamente los planes de enseñanza
- demostrar la utilización adecuada de los recursos económicos y terapéuticos puestos a disposición del médico”⁶²

De los resultados obtenidos, “la auditoría médica permite conocer:

- si fue adecuado el estudio del enfermo y si fueron correctos los diagnósticos de presunción y los definitivos: para tal fin, la historia clínica y las notas de evolución permiten formarse una idea precisa y completa del caso; de la más alta importancia son la nota inicial, la de diagnósticos presuncionales y definitivos, la de salida.

⁶⁰ Juan José Pérez Álvarez. “Evaluación médica” en *Boletín Médico del IMSS*, núm. 16, 1974, p. 281

⁶¹ Enrique Cárdenas de la Peña. *Servicios médicos del IMSS. Doctrina e historia*. p. 307

⁶² Arturo Vasi Páez. “Elementos básicos de control de la calidad de las prestaciones médicas. Auditoría médica y procedimientos técnico-administrativos.” en *Seguridad Social*, año XVIII, época III, núm. 56, marzo-abril de 1969.

- si fueron apropiados el tratamiento médico o quirúrgico u otros procedimientos terapéuticos, juzgados por la evolución; o bien, si hubo exceso o defecto de medicamentos, o fallas en la indicación o en la oportunidad de la operación efectuada.
- si las interconsultas a los especialistas fueron adecuadas y oportunas, tanto por lo que se refiere a las solicitudes, como por los estudios de los propios especialistas y sus respuestas.
- si los exámenes de laboratorio y otros medios auxiliares fueron pertinentes, o si hubo exceso o defecto en la petición de ellos, y si los resultados fueron congruentes con el caso clínico.
- si los resultados de laboratorio y otros medios auxiliares fueron comentados por el médico.
- si el tiempo de tratamiento, número de consultas y días amparados por incapacidades fueron habituales o lógicos al tipo de padecimiento o padecimientos.
- si la presentación del expediente fue pulcra, su redacción correcta y la nomenclatura usada correspondió a la adoptada por la institución, y por tanto, si son de utilidad para la investigación clínica.”⁶³

En consecuencia, un buen expediente clínico es indispensable para una también buena atención médica y que, por tanto, ésta es la mejor fuente de información para valorarla.

“Cuatro dimensiones quedan sujetas en toda auditoria, al ser considerada como procedimiento de evaluación: 1) la estructural, en que se desenvuelve el acto médico; 2) la del proceso del propio acto médico; 3) la del producto –efectividad del trabajo- ; y 4) la del análisis del comportamiento y equilibrio entre los proveedores de los servicios médicos y los consumidores de los mismos.”⁶⁴

Como antecedente indirecto de la auditoria medica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es la recomendación de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en abril de 1944 en Filadelfia, la cual señala que exista un sistema de vigilancia profesional de los miembros de la profesión médica y de los profesionales afines que trabajen en el servicio, que deberá estar confiado a organismos compuestos especialmente de representantes de los profesionales que colaboran en el servicio, y prever medidas disciplinarias.

Resultado de esa recomendación, encontramos ya un antecedente directo de la auditoria médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1950 la Comisión

⁶³ Fernando González Montesinos. *“La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de Seguridad Social.”* En *Revista Médica del IMSS*, 1967.

⁶⁴ Enrique Cárdenas de la Peña, op. cit., p. 310.

de Eficiencia de la Subdirección Médica establece diversos módulos de calificación y valoración de la labor de los médicos, teniendo como complemento la vigilancia ejercida sobre los expedientes clínicos por la Oficina de Calificación Técnico-Médica y Archivos Clínicos. “La eficiencia se computaba tomando en cuenta los siguientes conceptos:

- juicio médico sobre los casos atendidos dados de alta
- cuantificación de la labor desarrollada
- costo farmacéutico en función del juicio médico
- valoración de las anotaciones en el expediente clínico
- desenvolvimiento profesional del médico dentro del IMSS”⁶⁵

Hasta 1954 sólo en forma esporádica u ocasional se hablaba de la auditoria médica. En este año se incorpora formalmente como supervisión técnica permanente y sistemática del trabajo médico, para control de los rendimientos obtenidos, por medio de una adecuada captación de datos, tabulación de estos, formulación de promedios y adopción de índices, comparaciones, valoración de desviaciones y juicios de rendimientos. Se reafirma a la vez la función de Jefaturas y direcciones de unidad de evaluar los rendimientos del trabajo médico utilizando tal procedimiento.

Durante 1956, en el Hospital de La Raza se desarrolla un intento de auditoria médica sobre los expedientes clínicos, sin que los resultados sean aplicados oficialmente. Para 1957 en el IMSS la auditoria se denomina entonces Comisión de Supervisión Médica, sus funciones comprenden la revisión y calificación de expedientes clínicos, así como extensas revisiones de instrumental, equipo, personal y organización.

En 1958 deja de operar la Comisión de Supervisión Médica, y gran parte de sus funciones quedan absorbidas por la Jefatura de los Servicios Médicos y el Departamento de Planeación Técnica.

El 19 de agosto de 1959 la Comisión de Eficiencia pronuncia algunas observaciones sobre el proyecto de organización de la auditoria médica.

Con base en la reorganización de los servicios médicos y la implantación del sistema médico familiar, dentro de este mismo año, y como resultado de los estudios realizados, se integra la auditoria médica bajo las bases estipuladas de comisiones de auditoria interna en cada unidad y de comisiones de auditoria externa revisoras.

Las Comisiones locales están integradas por tres miembros del personal de cada clínica, seleccionados en la terna que para cada miembro proponen los médicos de la unidad, o propuestos por el cuerpo de gobierno de ella; reunidas una o más

⁶⁵ Ibid., p. 310.

veces a la semana fuera de las horas de trabajo, estudian los expedientes de los diversos médicos en todos sus aspectos; semanalmente revisan las historias clínicas de los enfermos dados de alta o que cuando menos posean tres notas de evolución; de allí la comisión central, al hacer las visitas periódicas a las unidades, extrae conclusiones que debe comparar con los registros de la auditoría interna.

En 1960 se elaboran los instructivos para orientar y uniformar el criterio de todos los miembros de las comisiones de auditoría interna, y se aplica el sistema de auditoría médica externa en la unidad de Neumología -primera vez que se ejecuta en una unidad de concentración-.

Para 1961 se revisan por auditoría externa los expedientes previamente calificados por las comisiones internas de las clínicas 7, 12, 14, 15, 16, 17, 18 y 19; se practica auditoría especial a las unidades de Neumología y sanatorio 2, ambas a punto de desaparecer, además se lleva a efecto una auditoría externa, sin interna previa, en las clínicas 1, 20 y 22. Los expedientes se califican con mayor rigor que en 1960, y a pesar de ello se observa que la calidad clínica de los expedientes mejora, y que el número de historias clínicas aumenta proporcionalmente; además se adiestra a la comisión de auditoría de la clínica 23.

En 1962 la auditoría externa de hospitales recibe particular atención: 3 hospitales del Centro Médico Nacional -Gineco-Obstetricia 2, Neumología, Oncología- y Gineco-Obstetricia 1 la reciben; los apartados que se analizan y califican separadamente se refieren a forma de tránsito, historia clínica, notas de evolución, diagnóstico, terapéutica, medicina preventiva, y presentación. En mayo de este año ve la luz la edición del folleto "Auditoría Médica", noveno número de la serie de instrucciones médicas y médico-administrativas.

Hacia 1963 la comisión de auditoría externa de hospitales propone innovaciones al método de calificación del expediente clínico, integrando la hoja de estudio con: historia clínica -interrogatorio y exploración-, diagnósticos -de ingreso y de salida-, notas -inicial, de revisión, de cirugía, de anestesia, de evolución, de salida o de defunción-, exámenes complementarios -de laboratorio y de gabinete-, terapéutica médica -general y con radiaciones-, terapéutica quirúrgica, dieta, trabajo social, medicina preventiva y presentación.

Durante ese año y el primer semestre de 1964 ocurre el adiestramiento de 21 comisiones de auditoría externa que deben operar en el interior del país, en 4 cursos de 15 días de duración cada uno; de manera paulatina se adiestran también 42 comisiones internas correspondientes a las principales unidades médicas foráneas.

Ya en julio de 1964 se fijan objetivos para la pretendida auditoria de anestesia, y en septiembre inmediato aparece la segunda edición de la "Auditoria Médica"; para entonces funcionan 5 comisiones de auditoria externa en clínicas y una en hospitales. En 1966 se proyecta la auditoria a las especialidades: oftalmología, gastroenterología, neurología y psiquiatría; y para 1967 a los laboratorios clínicos.

"Cuando en 1967 la auditoria médica alcanza una cifra de 28 comisiones externas y 79 internas a pesar de numerosas protestas sufre una suspensión que se dice debe ser transitoria, permanecen por un tiempo 4 comisiones externas tan sólo. Al saberse que la auditoria interna va a desaparecer, la Comisión de Eficiencia plantea de inmediato, durante el mes de abril de este año, las consecuencias desfavorables que ha de acarrear la suspensión, e incluso formula sugerencias, señalando ante todo que desde ese momento la evaluación de cada clínica quedaría truncada, y la calidad y la cantidad de las historias clínicas decrecería."⁶⁶

Sin embargo, esa suspensión temporal generó beneficios al procedimiento de auditoria de médica que se aplicaba en el instituto, ya que adolecía de un gran defecto: no participaba en el proceso el médico tratante del enfermo. Y para 1972, y ya con el nombre de "Evaluación Médica" se agregaron o modificaron algunas características, pero especialmente se incorporó al médico a la evaluación de sus propios expedientes y se promovió su participación voluntaria para estimular su autocrítica.

"Este fue un paso trascendental, porque con él se convirtió el procedimiento en un instrumento de enseñanza continua inmejorable, mediante el cual el propio médico podía descubrir sus fallas, y por supuesto sus aciertos."⁶⁷

En marzo de 1973 se completó la implantación del método con la nueva filosofía en todo el territorio nacional, creando en cada unidad (clínica, clínica-hospital u hospital) una Comisión de Evaluación Interna, además de la existencia de Comisiones Externas de Evaluación cuya función primordial era asesorar para evitar desviaciones de los lineamientos generales establecidos y el mantenimiento de un criterio uniforme de la evaluación, incorporando de esta forma a todos los médicos del Instituto a la Evaluación Médica.

A partir de dicha experiencia, en la década de los años setenta, particularmente entre 1970 y 1976, la evaluación médica adquiere mayor relevancia y se inician desarrollos semejantes en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo

⁶⁶ Ibid., p. 315.

⁶⁷ Juan José Pérez, op. cit., p.281

Integral de la Familia (DIF), con base en las auditorías médicas. Durante este periodo aparecen publicaciones sobre auditoría médica, evaluación de la relación médico-paciente y mortalidad como indicador de calidad.

“Para los primeros años de la década de los ochenta continuó el interés por la calidad en el IMSS y se consolida el Sistema de Evaluación Médica diseñado por la Jefatura de Servicios de Centros Médicos y Hospitales de Alta Especialidad y puesto en práctica a partir de 1983, vinculando a todas las áreas, central, delegacional y operativa.”⁶⁸

“Posteriormente en 1987, dicho sistema sirve como referencia para el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud en la elaboración del documento “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, el cual fue distribuido a las instituciones que lo forman.”⁶⁹

De esta forma la experiencia histórica de la evaluación de la calidad de la atención médica en el IMSS, ha servido como referencia para otras instituciones del sector salud, tanto en su aplicación práctica, discusión, investigación y difusión del conocimiento generado al respecto.

⁶⁸ González Posada, J., Merelo Anaya, A., Aguirre Gas, H., Cabrera Hidalgo, J.A. “Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas.” en *Revista Médica del IMSS*, no. 22, 1984, p. 407

⁶⁹ Ruíz de Chávez, M., Martínez-Narváez, G., Calvo Ríos, J. M., Aguirre Gas, H., Arango Rojas, R., Lara Carreño, R., Caminos Chávez, M. I., Ortiz Solalinde, G., Ugalde Grajeda, E., Herrera Lasso, F. “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud.” en *Salud Pública de México*, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 156-169.

2.2 Los círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología (1985)

"En la segunda mitad de la década de los ochenta cobran fuerza nuevamente las acciones tendientes a mejorar la calidad, y se da la primera experiencia de mejoría de calidad como tal mediante la implantación de círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología."⁷⁰

El Instituto Nacional de Perinatología es un organismo público descentralizado, de tercer nivel de atención, cuyos esfuerzos se dirigen fundamentalmente a proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de alto riesgo y servicios de alta especialidad para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano; investigación básica y clínica entorno a estos temas; formación de recursos humanos en el campo de la perinatología; difundir el conocimiento y actuar como órgano de consulta y asesoría en este campo, así como apoyar programas de salud pública.

A finales de 1984 dio inicio el desarrollo de la estrategia para la implantación de un programa de garantía de calidad de la atención médica mediante círculos de calidad en el Instituto, el proyecto fue asesorado por el Centro de Investigaciones en Salud Pública.

El objetivo del proyecto tenía como finalidad asegurar que las condiciones organizacionales bajo las cuales se proporciona la atención médica fuesen aquellas que permitieran elevar la calidad tanto en la dimensión interpersonal como en la técnica, mediante la participación del personal directamente responsable de la prestación de los servicios.

Para esto, los programas de garantía de calidad se dirigen a identificar oportunamente problemas actuales y potenciales, analizar estos problemas objetivamente, proponer acciones concretas y factibles para corregirlos e incluso evitarlos, dar seguimiento a las acciones propuestas hasta verificar su resultado y evaluar, incluso, la propia estrategia de garantía de calidad.

Los programas de garantía de calidad pueden ser tipificados: como a) centralizados, b) descentralizados no participativos y c) descentralizados participativos, y es precisamente este último el cual está representado por los círculos de calidad o cualquier otra modalidad similar.

⁷⁰ La elaboración de este apartado está basado en Ruelas Barajas, E., Reyes Zapata, H., Zurita Garza, B., Vidal Pineda, L.M., Karchmer K.S. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología" en *Salud Pública de México*, México, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 207-220.

La filosofía que encierran los círculos de calidad es que la calidad es responsabilidad primordial de aquéllos que directamente producen el bien o el servicio, y son ellos quienes mejor conocen el proceso de producción, por lo tanto, son ellos también quienes mejor pueden controlar ese proceso y corregirlo o mejorarlo cuando así se requiere. Ello no invalida de ninguna manera la necesidad de supervisión, pero sí la hace más sencilla y participativa.

Los círculos de calidad se definen como un grupo de individuos, generalmente de un mismo departamento, que se reúnen con estricta periodicidad una vez a la semana para analizar un problema que afecta la calidad del producto o del servicio, documentarlo y trabajar hasta encontrar la o las soluciones que deberán ser presentadas a los mandos superiores para su discusión y aprobación.

De esta forma, en el proceso de implantación del programa de garantía de calidad mediante la utilización de círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología se identificó siete etapas:

1. *Elaboración del documento propositivo y protocolo de trabajo.*

Las condiciones organizacionales del Instituto exigían una intervención a corto plazo que no permitió la realización de una evaluación previa, por ello se elaboró un documento que justificaba la necesidad de implantar un programa de garantía de calidad de la atención médica con base en la evidencia de situaciones que ponían en riesgo el tratamiento e incluso la vida de los pacientes. El documento consideró también un análisis de las características del diseño de la organización fundamentado en un cuidadoso estudio de los manuales de normas y procedimientos existentes. Así como se establecieron los principios que debían regir el proceso de implantación de acuerdo al contexto del mismo: participación, sistematización, implementación secuencial, multiplicación, simplificación de manuales e incentivos.

2. *Negociación.*

El reconocimiento expreso y la apertura de los funcionarios a llevar a cabo acciones que permitieran asegurar condiciones adecuadas para la atención médica fue un factor crucial en el éxito de la negociación.

3. *Diseño de una guía para la elaboración del manual de garantía de calidad.* Se diseñó una guía que, a manera de cuestionario fuese llevado de la mano a los participantes de los diferentes servicios en la elaboración de su manual de garantía de calidad, considerando: objetivos del servicio, actividades más importantes, definición de estándares, responsabilidades de cada miembro del servicio y los recursos mínimos indispensables para cumplir los estándares. En

esta primera versión de la guía se incluyó una sección que definía los problemas más importantes, por frecuencia y/o trascendencia que el personal pudiera identificar, permitiendo así enfocar aquellos aspectos que debían ser prioritarios una vez instalados los círculos de calidad.

4. *Selección del punto de inicio.*

Los criterios que imperaron para seleccionar el servicio inicial fueron: de que se tratara de un servicio sustantivo, que el servicio no fuese de una alta complejidad con objeto de facilitar la implantación de la estrategia, que el área seleccionada tuviese un claro liderazgo, que el estilo de liderazgo fuese compatible con una estrategia participativa, que el área tuviese alguna evidencia de estandarización de sus procedimientos, y por último, que hubiese cierta disposición a iniciar una innovación en la forma de trabajo.

Fue así que se seleccionó a la División de Pediatría, dado su progreso en la formalización de los procesos de atención médica (normas, procedimientos, descripción de puestos) y la motivación y capacidad de liderazgo del directivo a cargo. Dentro de ésta, el servicio de Cunero de Transición y Alojamiento Conjunto Madre-Hijo fue seleccionado para empezar la experiencia debido a que, de acuerdo con el jefe de la división, este servicio facilitaría la implantación por su baja complejidad, por su ya existente sistematización del trabajo y porque sus relaciones horizontales formales con otros servicios hospitalarios permitirían observar los efectos del programa en la continuidad de la atención a los pacientes y, por ende, en la calidad de la atención proporcionada.

5. *Elaboración del manual de garantía de calidad por servicio.*

La elaboración del manual siguió paso a paso el cuestionario en la guía. Para ello fue indispensable contar con un facilitador que, en este caso, fue el investigador a cargo del diseño de toda la estrategia.

6. *Operacionalización de los círculos de calidad.*

Los círculos fueron configurados con el jefe del servicio, médicos de base, residentes, supervisora de enfermería, enfermeras, trabajadora social y dietista. Durante el primer año las sesiones se realizaron una vez por semana con duración de una hora y media, posteriormente se llevaron a cabo cada dos semanas a propuesta de los participantes.

Evaluación del programa.

Se inició una evaluación formal del programa considerando los siguientes indicadores: cambios en la mortalidad prevenible, cambios en la morbilidad prevenible, cambios en el sistema de registro del proceso de atención, nivel de satisfacción de los pacientes y nivel de satisfacción de los proveedores del servicio.

De los resultados que se destacan de ese programa en el Instituto Nacional de Perinatología son los efectos en la estructura organizacional, en la optimización de recursos, en el propio proceso de la atención, en la satisfacción de los pacientes y en el aprendizaje implicado en la adaptación de esta tecnología al ámbito hospitalario y a las características propias de una cultura diferente de aquella en la que ha sido utilizada hasta ahora.

En lo que se refiere a la estructura organizacional, la dirección ha pasado, en gran medida, de una dirección por crisis a una dirección prospectiva, pues es factible no sólo resolver problemas con mayor oportunidad sino incluso preverlos. Además se logró optimizar la utilización de los recursos al identificar necesidades y estrategias de manera más racional.

De los resultados en cuanto al proceso de atención médica, fue evidente una mejoría en las relaciones interpersonales entre los miembros del servicio y un incremento en su motivación hacia el trabajo.

El período de identificación y solución de los problemas tendió a acortarse conforme avanzó el trabajo del círculo de calidad, en este sentido los miembros del círculo aprendieron a resolver los problemas con mayor eficiencia cada vez pues sus mecanismos de coordinación, comunicación y la propia dinámica grupal se hacen más ágiles.

Y finalmente, la comparación de satisfacción de los pacientes con el proceso de la atención antes de iniciar el trabajo de los círculos y después de establecer algunas medidas correctivas, fue provechosa para el Instituto. Con todo lo anterior, se demostró que implantar un programa de garantía de calidad se logra, una mejoría en la calidad de la atención prestada, incluso a pesar de restricciones en los recursos.

2.3 Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal

Los servicios médicos del entonces Departamento del Distrito Federal también introdujeron, a finales de la década de los ochenta, los círculos de compromiso, como parte de un programa de reorganización y mejoramiento de la calidad en sus servicios.

“En septiembre de 1989, las autoridades capitalinas presentaron un programa de reordenación de los servicios médicos, teniendo como propósito fundamental establecer un esquema de operación de los servicios de salud, permitiendo ampliar y mejorar la atención a la salud de los habitantes de esta ciudad haciendo un uso racional y eficiente de los recursos existentes.”⁷¹

Del diagnóstico realizado, uno de los problemas identificados y de mayor importancia fue la carencia de una conciencia y preocupación por la calidad a nivel de los servicios personales que prestan los profesionales de la salud que laboraban en la institución.

Y es que la información empírica revelaba la carencia de lo que podría llamarse la cultura de la calidad, donde más que definir y delimitar la existencia de ésta, podría identificarse por patrones de actitudes y comportamientos en los prestadores de servicios de salud orientados a justificarse con procesos de atención y no a obtener beneficios tangibles en la salud de los pacientes.

Entre otros objetivos el programa pretendía mejorar la calidad de la atención a través del reforzamiento de la red de servicios, considerando la reorientación y reestructuración de los mismos, en consecuencia se requirió una serie de cambios en su estructura administrativa.

De acuerdo con lo anterior, se inició un programa de “Círculos de calidad” como una estrategia para la formación y capacitación de equipos de trabajo. Para la implantación de los círculos fue necesario el entrenamiento previo del personal participante en el manejo de los conceptos básicos y filosofía de los círculos de calidad.

El reto inicial de estos grupos de trabajo y el propósito de su conformación, fue incidir en el medio organizacional a fin de generar interés, responsabilidad, preocupación y principalmente una participación comprometida en todos aquellos

⁷¹ Javier Laguna Calderón, Carolina Salinas Oviedo. “Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal.” en *Salud Pública de México*, México, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 221-224.

aspectos que intervienen como determinantes de una mejor calidad en la prestación de servicios.

“La instrumentación de los mismos se realizó tomando como base las estructuras administrativas y grupales ya existentes: Jefaturas de Enseñanza e Investigación, y los Comités de Ética e Investigación que existen y funcionan en cada una de las unidades médico-hospitalarias que conforman la institución.”⁷²

En tal sentido, los círculos de calidad tenían la misión de crear una cultura por la calidad a través de programas educativos con objetivos específicos de informar, concientizar y sensibilizar a todo el personal de la unidad en la necesidad de mejorar su desempeño profesional, en las funciones y responsabilidades que cada uno realizaba.

De los primeros resultados que se obtuvieron fue una mayor interacción e interrelación de los equipos formados, así como la constante participación y motivación durante el desarrollo de las actividades propias de los círculos de calidad.

2.4 El Instituto Nacional de Salud Pública: la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica

Recientemente, en la Secretaría de Salud, por medio de las acciones del Consejo de Salubridad General y del Consejo Nacional de Salud, se desarrollaron esfuerzos por normar la prestación de los servicios y se generó una iniciativa para la instrumentación de un sistema de información sobre calidad de la atención que incluye por primera vez la propuesta de eventos centinela y de capacitación para la implantación de programas de mejora continua de la calidad.

Como respuesta a una de las mayores crisis económicas de la historia de México, en 1982 la Secretaría de Salud inició varias reformas al sistema de salud con la intención de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Desde el comienzo, resultó claro que una meta de esta naturaleza requería de una firme base de información acompañada de análisis relevantes.

Esto, a su vez, suponía el reto de fortalecer la capacidad para la formación de recursos humanos y también para llevar a cabo investigaciones en áreas críticas de la salud pública.

⁷² Ibid., p. 223

Para hacer frente a esta necesidad se creó, en 1984, el Centro de Investigaciones en Salud Pública. Poco tiempo después, el Centro estableció vínculos con la Escuela de Salud Pública de México para llevar a cabo un innovador programa de administración de servicios de salud.

Más adelante, en enero de 1986, se comenzó a trabajar en la propuesta de crear el Instituto Nacional de Salud Pública, con el cual se lograría consolidar un nicho institucional para la investigación y docencia en salud pública. En vez de crear nuevas estructuras, se propuso inicialmente la fusión del Centro de Investigaciones en Salud Pública con la Escuela de Salud Pública de México. Esta última, creada en 1922, fue la primera en América Latina y la quinta más antigua del mundo.

Por otra parte, se vio la necesidad de reforzar sus componentes de ciencia social y de fortalecer la investigación en salud pública en aspectos biomédicos, especialmente a la luz de las nuevas oportunidades que ofrece la revolución biotecnológica. Así, se decidió integrar también dentro de la propuesta de creación del Instituto Nacional de Salud Pública al Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, fundado en 1984 con el objetivo de contribuir al control de algunos de los problemas prioritarios de salud, a través del estudio integral de las enfermedades transmisibles.

El 27 de enero de 1987, se firmó el Decreto Presidencial que dicta la creación del Instituto Nacional de Salud Pública, con sede en la ciudad de Cuernavaca, Morelos. Durante los años siguientes se revisaron y mejoraron los programas que dieron origen al Instituto Nacional de Salud Pública, se crearon nuevas áreas de investigación y enseñanza, se reclutaron más investigadores, se aumentaron los montos y fuentes de financiamiento y se avanzó en el difícil proceso de desarrollo institucional.

Así pues, el Instituto Nacional de Salud Pública constituye un organismo descentralizado, agrupado al sector coordinado por la Secretaría de Salud y con goce de autonomía de gestión para el eficaz cumplimiento de su cometido. En este sentido, la mayoría de las actividades que realiza están destinadas a respaldar al Sector.

Al mismo tiempo, el Instituto Nacional de Salud Pública mantiene un activo programa de publicaciones que incluye a *Salud Pública de México*, una de las principales revistas científicas publicadas en español, y la serie de libros *Perspectivas en Salud Pública*, cuya edición se inició en 1986 y ofrece un espacio para la comunicación de resultados de investigación, así como para la difusión de los avances conceptuales y metodológicos.

Después de ocho años de existencia, en 1994 se inició un proceso de redimensionamiento del Instituto Nacional de Salud Pública, con el fin de que su misión se mantenga actualizada y responda a los cambios que la situación del país ha generado en los últimos años. Como resultado de este proceso, se concretó en 1995 una reestructuración integral del instituto, con líneas de investigación y unidades académicas y administrativas acordes al compromiso social que la institución adquiriera día a día.

La nueva estructura orgánica se caracteriza por la mayor jerarquía otorgada a la Escuela de Salud Pública de México: de ser una más de las unidades académicas del Instituto Nacional de Salud Pública, ahora se incorpora a la totalidad del Instituto.

La creación de la Secretaría Académica, estructurada a imagen de las instituciones de educación superior en nuestro país. La función principal de la Secretaría Académica es garantizar la calidad de los programas docentes del Instituto; queda directamente ligada a la Dirección General, asegurando así la participación equitativa de los centro de investigación en la docencia.

También tiene a su cargo los asuntos escolares de la Institución, así como la biblioteca y las publicaciones. De esta manera, la nueva Escuela de Salud Pública cuenta ahora con la suma de todos los recursos institucionales.

El anterior Centro de Investigaciones en Salud Pública conserva sus siglas y cambia un poco su orientación. El ahora Centro de Investigación en Salud Poblacional, como su nombre lo anticipa, se orienta hacia el estudio de la salud en poblaciones humanas. Sus áreas de trabajo combinan algunas que ya venía desempeñando destacadamente, como epidemiología y nutrición con otras de renovado impulso como son demografía y salud ambiental.

El Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas es la unidad que relativamente tiene menos cambios estructurales. La novedad consiste en la adscripción funcional del Centro de Investigación de Paludismo ubicado en Tapachula, Chiapas. De esta manera, quedan cubiertas áreas de virología, bacteriología y parasitología junto con las de inmunología y biología molecular.

Con la incorporación del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, se completa una nueva estructura que permite un mayor equilibrio. Este nuevo Centro recupera áreas previamente adscritas a la Escuela de Salud Pública en México y al anterior Centro de Investigaciones en Salud Pública.

Su enfoque principal está dado en el estudio tanto macro como micro de los sistemas de salud y su entorno social. De esta manera, analiza políticas, organización y servicios de salud, así como su interacción con la comunidad.

“El Instituto Nacional de Salud Pública por acuerdo de su Junta de Gobierno creó el 25 de mayo de 1989 una Unidad dedicada a coordinar los esfuerzos que el Instituto realiza sobre calidad de la atención, a desarrollar el conocimiento sobre alternativas para asegurar niveles óptimos en el desempeño cualitativo de los servicios de salud, y a fomentar su aplicación en la prestación de los mismos, tanto en sector público como en el privado: la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica.”⁷³

Con la creación de esta estructura se inicia una experiencia formal en la que la calidad de la atención se refiere por medio de una Unidad que, en primer término, coordina los esfuerzos que se realizan en el ramo, dentro del Instituto Nacional de Salud Pública; en segundo término, conjunta para su difusión la información y experiencias desarrolladas dentro y fuera del INSP, así como a nivel nacional e internacional; en tercer lugar, desarrolla el conocimiento en calidad de la atención, y por último, fomenta la aplicación de dicho conocimiento en los servicios de salud.

“La misión de la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica es fomentar una cultura por la calidad y su contribución a la prestación de servicios que satisfagan de manera adecuada las necesidades de la población. De esta forma, se crearon cuatro estrategias que constituyen los objetivos sustantivos de la acción de la Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica: enseñanza, investigación, asesoría y un banco de información; los cuales pretenden propiciar el desarrollo del conocimiento sobre alternativas para asegurar niveles óptimos de calidad en la atención médica y fomentar su aplicación en los servicios de atención a la salud.”⁷⁴

Las áreas metodológicas que desarrolla la Unidad son la monitoría, la evaluación, el diseño, el desarrollo y el cambio organizacionales; y por último, sus áreas de influencia son los tres niveles de atención médica. En cuanto a la organización de dicha Unidad incluye un Consejo Directivo, un Comité Ejecutivo; una Coordinación General y cuatro programas que corresponden a las áreas sustantivas: enseñanza, investigación, asesoría e información.

En consecuencia, el Instituto Nacional de Salud Pública contribuye a elevar los niveles de salud de la población a través de la producción, reproducción, difusión y

⁷³ Ruelas Barajas, E. y Vidal Pineda, L. M. “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica.” en *Salud Pública de México*, México, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 225-231.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 230

utilización de conocimiento científico; planear, organizar y realizar programas de formación y desarrollo de recursos humanos a nivel superior así como de educación continua en los campos de la salud pública y la infectología; promover el desarrollo de la investigación y contribuir a la difusión y utilización de sus resultados; estudiar y diseñar métodos y técnicas de investigación científica relacionados con la salud y desarrollar encuestas en las áreas de la salud pública; coadyuvar a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas en la República Mexicana y contribuir al desarrollo de tecnología de diagnóstico de dichas enfermedades; así como celebrar convenios de cooperación en los campos de la investigación y la enseñanza de la salud pública.

En este sentido, se realiza un esfuerzo de integración en varias dimensiones: entre los niveles molecular, celular, individual y poblacional; entre los objetos de estudio representados por las condiciones de salud y las respuestas organizadas a dichas condiciones; entre las disciplinas biomédicas, sociales y de la conducta; entre las actividades fundamentales de la investigación, la educación superior y el servicio; y finalmente, entre la excelencia científica de los proyectos y su pertinencia para la toma de decisiones.

Los programas de mejoramiento continuo de la calidad aplicados a la salud en México han tomado fuerza desde los ochenta y en el transcurso de la década pasada. Algunas experiencias de este tipo se han dado en hospitales grandes donde existen datos y recursos suficientes disponibles para la resolución de los problemas mediante las técnicas estadísticas que utiliza la mejora continua, sin embargo, existen pocas experiencias en el nivel primario y secundario de atención.

Ante tal panorama, nuevamente es el Instituto Mexicano del Seguro Social quien retoma el liderazgo en cuanto al tema de mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, tal preocupación siempre ha estado presente en el IMSS desde su creación, así lo ha demostrado históricamente desde la revisión de los expedientes clínicos que se dieron en 1956, pasando por las auditorías médicas, hasta 1997 fecha en que se presenta el Plan Integral de Calidad (PIC), el cual puede identificarse como un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en una de las instituciones más importantes de seguridad social del país.

Conclusión Capitular

El tema de la calidad en la atención de los servicios de salud, tiene una amplia tradición en México; sin embargo son muy pocas las referencias en medios impresos que hay sobre ello y sobre todo que expongan los resultados, efectividad e impacto que hallan tenido.

Pese a ello el Instituto Mexicano del Seguro Social desde sus inicios ha aplicado diversas formas de revisión y evaluación, estableciendo un énfasis sustancial en todo lo referente a la atención médica.

Su primer intento por mediar esa calidad se aplicó dentro de los expedientes médicos en el Hospital de la Raza en 1956, pero los resultados no se implementaron oficialmente sino hasta 1997 con la aprobación del Plan Integral de Calidad (PIC), objeto de estudio de esta investigación.

Con los resultados y estudios que se llevaron a cabo se llegó a la fase final del proceso administrativo que es la evaluación, la cual abarcó tres fases:

1. Revisión,
2. Comparación, y
3. modificación o corrección

Es en ésta última –la modificación o corrección- donde entró la participación de la auditoría interna, la cual fue la encargada de investigar y buscar causas y efectos. Dicha auditoría buscaba determinar el grado hasta dónde los resultados se asemejan a los objetivos.

Las primeras auditorías se llevaron a cabo en 8 clínicas, el primer paso para medir la calidad en ellas fue revisar los expedientes médicos, en los que no solo se refleja lo resultante de la primera entrevista con el paciente, sino el trabajo de cada una de las personas que se encargan de llenarlo, es aquí donde se puede afirmar a los médicos los aciertos que han tenido en el progreso del enfermo, así como marcar las malas decisiones y lo importante de tomar una capacitación y reafirmar conocimientos.

Para 1960 las auditorías internas toman mayor forma y se elaboran los instructivos para orientar el criterio de todos los miembros de las comisiones de dichas auditorías, para 1961 entran en directo a la práctica y más tarde en 3 Hospitales 2 de Neumología y uno de Gineco-Obstetricia llega auditoría pero en esta ocasión externas.

Los resultados de éstas son totalmente favorables al darse cuenta que los expedientes clínicos han ido mejorando a partir de las supervisiones internas.

A pesar de todo lo anterior, en 1967 se hace un paréntesis y en el 72 se reanuda la revisión; sin embargo, es hasta 1985 cuando toma fuerza, cuando en el Instituto Nacional de Perinatología se inicio un programa llamado Círculos de Calidad.

Es importante mencionar que hasta este momento se estaba encasillando en evaluar a los médicos, pero aun faltaba el personal administrativo quienes fallaron en demasía y tuvieron que tomar cursos.

Actualmente vemos que el IMSS continúa con las capacitaciones e incluso ya existe un departamento llamado Coordinación de Organización y Calidad, pero ahora la pregunta es:

¿Realmente, las personas localizadas en este departamento son las suficientes para llevar algo tan importante y tener resultados palpables?, ¿Qué variables contemplan los modelos de capacitación? ¿Con qué frecuencia se da la capacitación?, ¿El plan sigue teniendo la misma fuerza que en sus inicios?, ¿Los beneficios de las auditorias fueron reflejados en la atención al derechohabiente?

Pese a lo anterior, son plausibles los esfuerzos y acciones que ha realizado históricamente el Instituto Mexicano del Seguro Social encaminados con el único objetivo de ofrecer servicios y prestaciones sociales con un nivel de calidad que permita evitar cada día la presentación de quejas por los derechohabientes.

Por ende, desde años anteriores y hoy día, las autoridades del Instituto han implementado instrumentos y tecnologías administrativas, claro ejemplo de ello lo es el Plan Integral de Calidad, que es el resultado de investigaciones y análisis en la misma Institución y en otras, cuya materialización es la adaptación de estas nuevas tecnologías, enfoques y herramientas de la administración (calidad total, planeación estratégica, reingeniería de procesos) aplicadas en el contexto del sistema de prestaciones y servicios del IMSS.

El Instituto Mexicano del Seguro Social como un organismo público descentralizado ha perdurado por más de sesenta años, periodo en el cual sufrió y seguirá enfrentando constantes cambios y reformas que lo afianzan como el estandarte de la Seguridad Social en México.

Sin embargo, las necesidades y los retos serán mayores, y su desarrollo histórico así lo ha demostrado; ante lo cual debe estar preparado desde todos los niveles, tanto médico, administrativo y financiero, pero lo más importante el personal

que labore en él debe estar plenamente capacitado en sus tareas que realiza conforme a una cultura de calidad en el servicio, coadyuvando de esta forma en la mejora a la atención de las prestaciones y servicios que ofrece el IMSS a la clase trabajadora de México.

CAPÍTULO III:

EL PLAN INTEGRAL DE CALIDAD: ORGANIZACIÓN, FUNCIONAMIENTO Y EVALUACIÓN

Capítulo 3. El Plan Integral de Calidad: organización, funcionamiento y evaluación

3.1 Aprobación, definición, objetivos, políticas, universo de aplicación y estrategias de aplicación del PIC

La movilización hacia los modelos de la calidad, como una herramienta metodológica, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha tenido diversos intentos en las tres últimas décadas.

Dichas acciones han indiciado con acciones aisladas de capacitación y desarrollo del personal operativo, con orientación a la mejora en la calidad de los servicios en los setenta, cuando el área de capacitación institucional divulgó los principios de la teoría de Desarrollo Organizacional, que postulaba una administración participativa, con enfoque de motivación al trabajador y fomento de trabajo en equipo.

En la década de los ochenta⁷⁵, la Dirección General del IMSS emitió el oficio circular número 158 con el que implanta con carácter prioritario en todo el sistema, los círculos de calidad y desarrollo.

Estos Círculos se establecieron como un canal de participación accesible al personal operativo en la formulación de planes y en la administración de diversos Programas instituciones, en esencial aquellos los relacionados con la atención médica.

De esta forma, la meta al término de 1988 era contar cuando menos con un círculo de calidad en cada unidad de servicio.

Si bien es reconocible que existieron logros significativos, a pesar de que no se llevó a cabo la consientización de la totalidad de los directivos⁷⁶, tanto de la alta dirección como de los mandos medios, situación que repercutió en una falta de apoyo, es decir, un soporte en todos los niveles de dirección.

En lo anterior se precisó un punto neurálgico de la implementación de este modelo de calidad, ya que cabe recordar que para implantar este tipo de tecnologías

⁷⁵ En enero de 1988

⁷⁶ Es necesario establecer que las variables de "concientización y educación" de quienes se desempeñan en la administración pública no siempre dependen de acciones instituciones en materia de capacitación e implementación de modelos, sino también de sinergias institucionales, sociales y culturales.

debe haber el compromiso de la alta dirección para ejecutar el o los modelos elegidos.

A esto se le sumó la variable causal de que las autoridades institucionales involucraron al Sindicato; sin embargo, éste no mostró interés en participar en programas de mejora que no definieran con claridad sus objetivos, ni los procedimientos para alcanzarlos y mucho menos que beneficios podrían traer a los trabajadores.

Esto último vuelve a establecer que en el binomio educación-consientización no solo es necesaria la capacitación y la participación, sino también la suma de otras sinérgicas institucionales y de recursos humanos de carácter colectivo e individual.

En el inicio de los noventa se intentó la implantación de un modelo de calidad con la asesoría de compañías externas, suspendiéndose la experiencia al concluir la etapa de inicio.

"En respuesta al "Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública 1990-1994", y con la finalidad de incrementar la capacidad de respuesta del Instituto se constituyó el Comité de Calidad del IMSS en junio de 1990."⁷⁷

La dinámica de trabajo fue: El Comité inició sus actividades con un Seminario ejecutivo sobre mejoramiento continuo, trabajando posteriormente con grupos de directivos delegacionales en forma piloto que determinaron líneas de acción por tipo de unidad operativa; identificaron procesos prioritarios, formularon mecanismos de seguimiento y abrieron foros y cauces de participación a las inquietudes de la operación.

También en esa década se vive la experiencia de la vinculación entre Planeación Estratégica y Administración de Calidad, en el marco de un Programa de Modernización de Delegaciones.

Dicha vinculación tuvo como objetivo el establecimiento de un proceso integrador de esfuerzos de superación que fortalecieran las estrategias de servicio; y con ello, dar un paso importante hacia la orientación al usuario con la formalización de auditorías de calidad a través de la voz del usuario y la sistematización del manejo de las quejas.

Dicho programa se operó en dos etapas:

⁷⁷ IMSS. Plan Integral de Calidad, p.4

- a) En una primera etapa la planeación estratégica fue introducida como una herramienta para conseguir una visión integral directiva de la unidad operativa de la que se trate.
- b) En un segundo momento, los directivos ya habían formulado su plan estratégico, se introdujeron las herramientas de la *calidad total*, integrando equipos de proyecto para enfrentar la problemática diagnosticada.⁷⁸

Con lo anterior si bien se dieron los primeros pasos para una administración por procesos en forma horizontal, era necesario un esfuerzo de mayor profundidad, por tanto había que retomar el impulso al cambio desde el nivel central.

El 12 de febrero de 1996 la Comisión Ejecutiva del IMSS dictó el acuerdo 21.9 señalando lo siguiente: "... se autoriza que una vez que en la mayor parte de las unidades se cuente con procesos participativos de planeación estratégica y mejora continua, cuyos objetivos sean la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los indicadores institucionales, sean creados los Consejos Delegacionales de Calidad, a su vez cuando la mayor parte de las delegaciones de la región cuente con ellos, se instruirán los Consejos Regionales de Calidad, para concluir en su momento con el Consejo Institucional de Calidad."⁷⁹

Aunque hubo avances evidentes en las etapas anteriores, la alta Dirección del Instituto propuso fórmulas de financiamiento y estrategias para desarrollar esquemas de servicios adecuados a las cambiantes necesidades sociales, priorizando el enfoque al usuario y dando énfasis al proceso de transformación y descentralización.

En lo general, este es el contexto en el cual tiene su origen al Plan Integral de Calidad (PIC). La importancia de este Plan radica en que capitaliza el aprendizaje organizacional que se ha acumulado a través de poco más de dos décadas, con los propios directivos institucionales integrados en equipos, articulados con personal de los ámbitos normativo, regional y operativo y con el apoyo del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS).

Durante 1997 la dirección institucional auspició una serie de reuniones, a las que asistían los titulares de las áreas institucionales para formular un proyecto estratégico que sistematizara las experiencias anteriores, agregara los elementos faltantes y orientara al Instituto hacia la revisión y mejora de sus procesos de trabajo. A estas reuniones fueron invitados representantes sindicales del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social; y todos

⁷⁸ Vid. IMSS. Plan Integral de Calidad,, p.5.

⁷⁹ Ibid.,p.5

los asistentes, apoyados por un grupo de expertos en el tema de calidad, dieron cuerpo a una estrategia que se concretó en el Plan Integral de Calidad.

Correspondió a este equipo estratégico, constituido por representantes de la totalidad de las direcciones normativas y regionales, presentar al Director General para su aprobación el Plan Integral de Calidad el 22 de octubre de 1997. En consecuencia el Director General del IMSS presentó al H. Consejo Técnico y a la Asamblea General el Plan Institucional de Calidad para su aprobación el día 10 de diciembre de 1997.

Derivado de la necesidad de contar con una estructura formal para la administración del Plan, se aprobó la creación de la Dirección de Organización y Calidad en sesión del H. Consejo Técnico celebrada el día 19 de noviembre de 1997 la cual se convirtió en la autoridad institucional encargada de conducirlo.

De esta forma una vez aprobado el Plan y la estructura organizacional que lo administraría, se inició formalmente la implantación del Plan Integral de Calidad en cada una de las unidades médicas del IMSS tanto a nivel central, regional y delegacional.

El Plan Integral de Calidad determinó que los servicios estratégicos a los cuales debería abocarse surgirían del análisis del sistema de quejas, llegándose a la conclusión de que los servicios a mejorar deberían ser considerados como áreas de prioridades institucionales:

- a. **Farmacia:** oportunidad en el suministro de medicamentos
- b. **Urgencias:** mejorar la oportunidad con que se prestan los servicios
- c. **Consulta de medicina familiar:** disminuir el tiempo de espera
- d. **Cirugía:** disminuir el diferimiento quirúrgico
- e. **Consulta de especialidades:** disminuir el diferimiento

En este contexto, el Plan de Integral de Calidad (PIC) enunciaba como directrices básicas, las siguientes:⁸⁰

Consolidar las acciones institucionales que impulsaran de manera unificada la cultura de calidad con el objetivo de asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios que satisficieran las necesidades de los usuarios.

A fin de consolidar este objetivo general se establecieron acciones que incluían entre otras: Mejorar la calidad de los servicios, para dar satisfacción a los usuarios; modificar y rediseñar los sistemas de atención; adecuar los procesos institucionales y propiciar su correcta interrelación; implantar el desarrollo de una cultura de calidad; generalizar y estandarizar el cambio, y someter a protocolos de investigación las propuestas de mejora que se generen en el proceso.”

Asimismo, la consolidación de objetivo del PIC y la instrumentación de acciones, fueron enmarcados en ejes basados en las nociones que engloban la calidad.

De esta forma, se introduce la variable de la calidad como un elemento indisoluble del actuar y de la misiva institucional del IMSS, a saber dichas políticas de calidad se centraron en lo siguiente:

- **A la calidad misma:** refiriéndose al compromiso de la institución para con la gente de dentro y fuera de la misma, los cambios se tiene que notar en el servicio.
- **La participación:** se debe alentar, apoyar y reconocer a los trabajadores a realizar las cosas correctas para la creatividad y la propuesta; en este sentido, el PIC representa el medio para que la participación tenga cauce, rumbo, orientación y método.
- **El liderazgo:** se deben asumir liderazgos genuinos, motivacionales, con actitudes mentales positivas, movidos por una auténtica convicción interna, decididos a buscar soluciones a los problemas con autodisciplina y persistencia.

Asimismo, el Plan establecía una serie de estrategias que se planteaban para la instauración y consecuente funcionamiento, entre las que podemos mencionar:

- a) El involucramiento de la estructura institucional y la representación sindical en el cambio.

⁸⁰ Para una mayor especificadas de estos rubros, Vid. IMSS. Plan Integral de Calidad, p.10-11

- b) Respeto e impulso de las iniciativas de mejora tanteen el nivel regional como en el nivel delegacional, es decir, se buscaba establecer una sinergia entre el nivel global y específico, ello institucionalmente hablando.
- c) Concebir que el cambio debería de iniciarse en el ámbito operativo; es decir, donde se produce el encuentro de la institución con los usuarios.
- d) Ofertar el impulso de los procesos de autogestión y la desconcentración de recursos a la operación.
- e) El aseguramiento normativo, organizacional, de medición y cultura de los proyectos de mejora con éxito probado.
- f) La incorporación a los procesos de auditoría básicos, en los que se considerará la opinión del usuario; y con base en ello, se implementarán sistemas de evaluación relacionados con el otorgamiento de premios y estímulos a la calidad.⁸¹

Es necesario remarcar que el énfasis que pone el PIC no radica tanto en la capacitación al personal operativo, las técnicas de calidad total o la planeación estratégica, sino que, fija su ámbito objetivo de acción en la relación donde tanto el trabajador médico o administrativo hagan realmente su trabajo bajo las condiciones externas e internas favorables.

De esta forma, los trabajadores serían quienes detectaran y propusieran a los niveles normativos, permitiendo de esta forma el consenso de los trabajadores representados por el sindicato y la autoridad institucional, sobre la importancia que cobra ofrecer a los derechohabientes un servicio con trato amable, espíritu solidario y un nivel de calidad reconocido y auditado por los propios usuarios.

Para la administración pública estas nuevas tecnologías administrativas buscaron atenuar la burocratización.

El objetivo era claro, establecer una mejor organización pública acorde con el contexto social y de desarrollo de los sectores públicos contemporáneos; es decir, si estableciéramos una caracterización de este escenario, deberíamos considerar elementos y conceptos tales como: mayor flexibilidad, horizontalidad, calidad total, alta productividad, sentido de misión, innovación e informalidad.

⁸¹ Apud, IMSS. Plan Integral de Calidad. p.12

De manera global, lo que se buscaba era establecer una cadena de mando horizontal, invirtiendo la pirámide organizacional jerárquica en la que se sustenta la denominada burocracia racional.

3.2 Estructura y organización del PIC

En el capítulo uno de esta investigación se revisaron diferentes modelos o estrategias para implementar un programa de calidad, cabe mencionar que el modelo administrativo de Calidad Total propuesto por Juran es adoptado de acuerdo a las circunstancias actuales del Instituto Mexicano del Seguro Social al ser un organismo descentralizado.

Por lo tanto es necesario recordar la propuesta de Juran al respecto señalando que la mejora de la calidad es un paso más de avance hacia la meta final de la calidad total.

Para que el anterior escenario se de debe haber planeación de la calidad, esto es que hay que diseñar las características del servicio a prestar y el modo de la prestación, transfiriendo al plano operacional las opciones estratégicas; posteriormente, el control de calidad es conocer y analizar las diferencias entre la calidad real y la estándar para, entonces sí, ejecutar la mejora de la calidad, la cual consta de una serie de pasos universales:

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir anualmente una mejora de calidad.
2. Identificar las necesidades concretas de mejora (o "proyectos" de mejora).
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para que los equipos: diagnostiquen las causas, fomenten el establecimiento de un remedio y establezcan los controles para mantener los beneficios.

"Ante una estructura rígida como la que priva en el IMSS, donde la norma y el Contrato Colectivo de Trabajo son poco flexibles, era necesario construir una estructura paralela, donde las cadenas de mando institucional y sindical no asfixiaran las iniciativas de los expertos de la operación."⁸²

De esta forma, el propósito del Plan Integral de Calidad en el IMSS era modificar la manera en que se ofrecen los servicios institucionales, resultaba evidente la necesidad de contar con el apoyo del Sindicato: cualquier cambio en la descripción de procedimientos y/o profesiogramas afecta necesariamente el Contrato Colectivo y deriva en una negociación salarial.

La intención de este proceso era incluir al Sindicato en la gestión de los cambios; generar con ello escenarios de confianza y credibilidad, partiendo de la ideal de que eran los trabajadores quienes sugerían las modificaciones a los procesos de trabajo.

Siguiendo la metodología propuesta por Juran y ante las circunstancias arriba mencionadas, en el IMSS se procedió a organizar y establecer la infraestructura necesaria para conseguir lo planeado, de esta forma se creó una "estructura soporte", conformada por un *Equipo Estratégico*, donde la alta dirección institucional y sindical consensuaban las características estratégicas de la mejora a emprender, en cada una de sus fases; los *Equipos Guía de Servicios*, formados por expertos normativos, sindicales y de la operación, analizaban en lo general las especificidades de los servicios a mejorar, para orientar la labor de la operación.

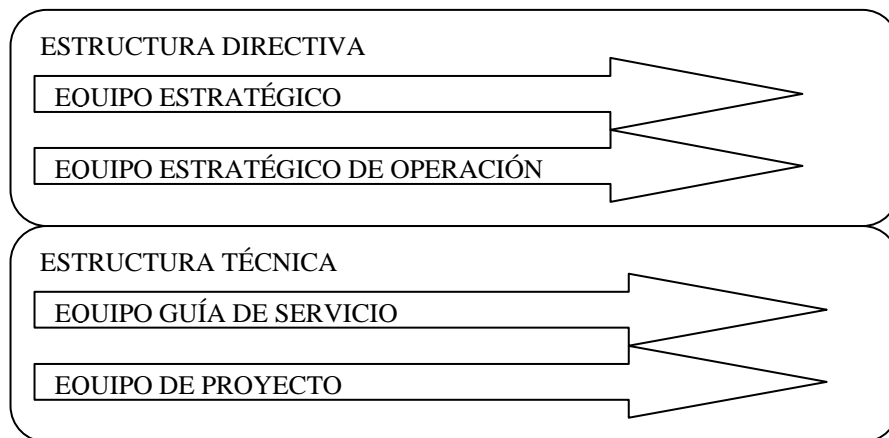
Los *Equipos Estratégicos de Operación*⁸³, estaban enfocados a coordinar y autorizar la experimentación de mejoras en los servicios seleccionados. Por su parte en los denominados *Equipos de Proyecto*, el personal de base y los expertos de la operación, al margen de las jerarquías podían discutir:

- a) Los problemas de los servicios,
- b) Las causas de la insatisfacción de los derechohabientes,
- c) Ensayar mejoras,
- d) Medir los procesos, y
- e) Proponer alternativas de solución, que deberían ascender por la estructura soporte para recibir el visto bueno de las autoridades, quienes determinarían su generalización (véase Fig. 3.1 y 3.2).

⁸² Roberto Lara Arreola. "Plan Integral de Calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en Revista *El Cotidiano*, no. 12, marzo-abril 2002, año 18, UAM Azcapotzalco, p. 25

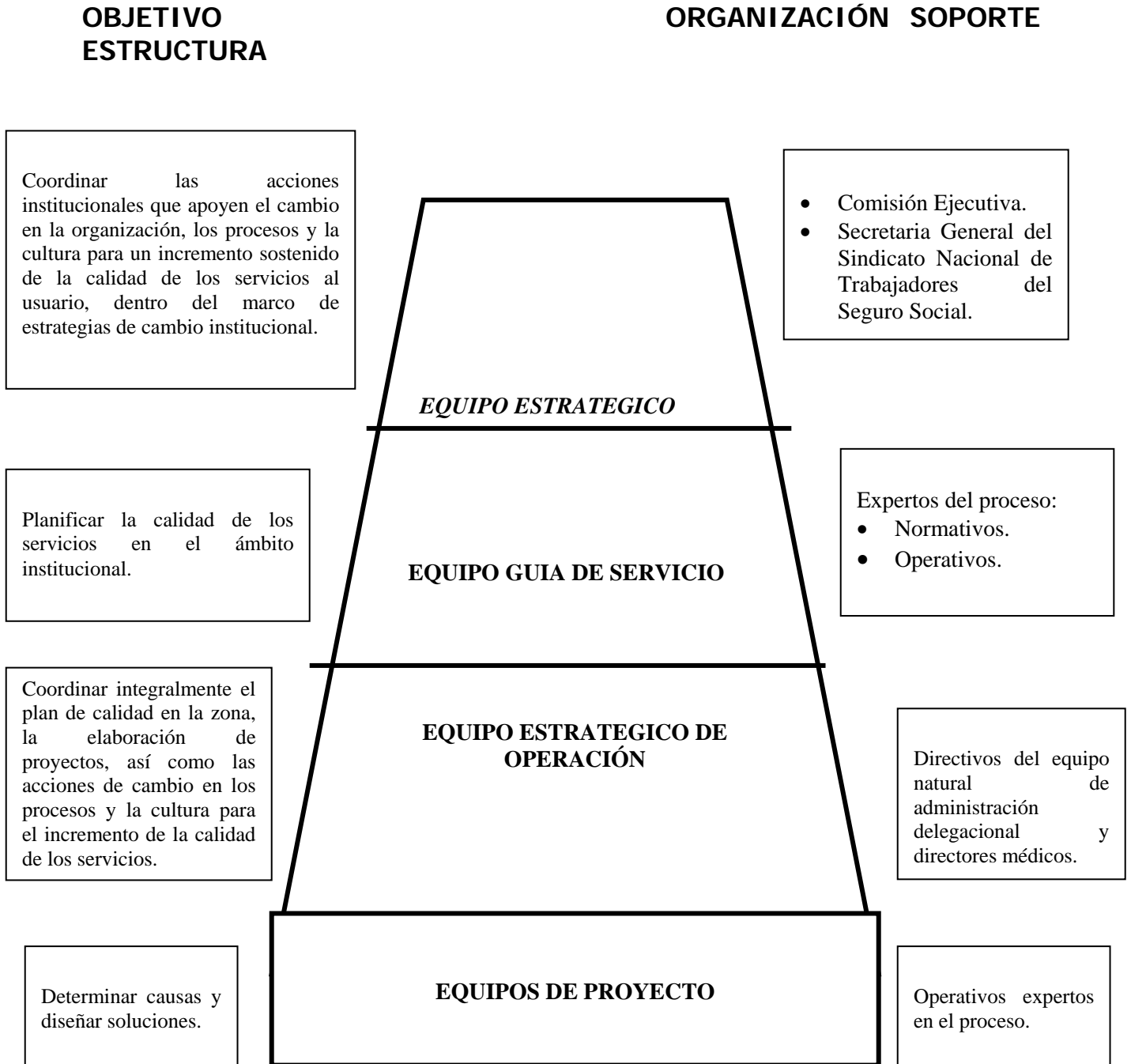
⁸³ integrados por el Delegado y su cuerpo de gobierno, más el Secretario General Seccional del SNTSS y su personal de apoyo.

Figura 3.1 Estructura Soporte del PIC



FUENTE: *Plan Integral de Calidad (PIC), Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.*

Figura 3.2 Infraestructura Institucional del Plan Integral de Calidad



FUENTE: *Plan Integral de Calidad (PIC), Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.*

3.2.1 El Equipo Estratégico

El Equipo Estratégico que como establecimos con anterioridad, estaba integrado por un representante de cada Dirección Normativa y Regional, y un representante del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

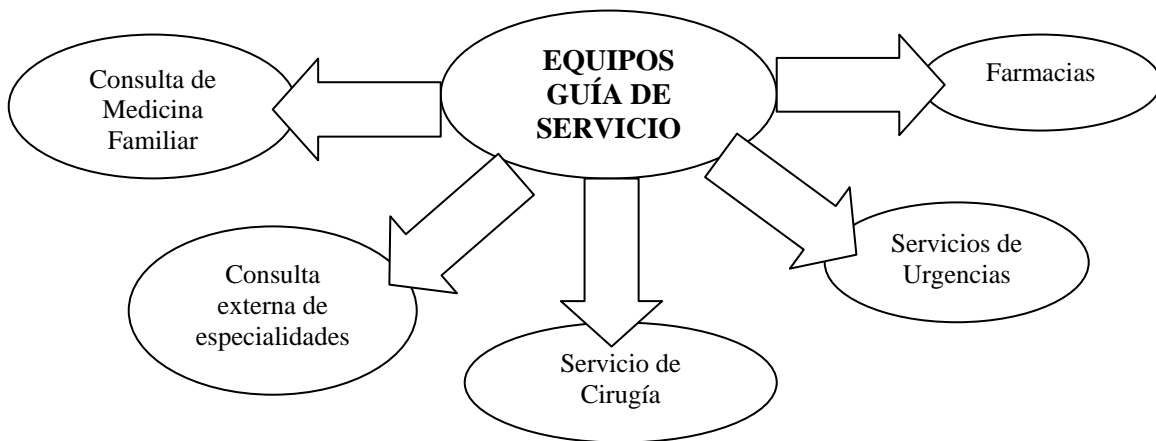
Dicho Equipo tenía como objetivo coordinar las acciones institucionales que apoyaran en el cambio en la organización para un incremento sostenido de la calidad de los servicios al usuario dentro del marco de estrategias de cambio institucional.⁸⁴

3.2.2 Los Equipos Guías de Servicio

Asumido el compromiso de la alta dirección del Instituto en implementar la calidad total, se definieron las necesidades concretas de mejora o proyectos de mejora, en este caso se identificaron los servicios estratégicos del Instituto: el servicio de urgencias, medicina familiar, cirugía, especialidades y farmacia cada uno de estos servicios representa un proyecto de mejora estratégico para el PIC. (Véase fig. 3.3)

⁸⁴ Es necesario establecer que este equipo estratégico representa la alta dirección del IMSS quien guiara todo el proceso de implantación del PIC en el sistema. Las funciones que realizaba son: Conformar el Plan Integral de Calidad; definir la asignación de recursos para el Plan; coordinar la ejecución del Plan; analizar los informes que preparan los Equipos Guías de Servicio; promover la cultura de calidad; apoyar y supervisar la implementación de los cambios en los procesos para el otorgamiento de los servicios; apoyar los cambios necesarios para los proyectos en protocolo; evaluar resultados, y establecer un sistema de compensaciones y reconocimiento.

Figura 3.3 Equipos Guías de Servicio



De tal manera se procedió a integrar y nombrar a los integrantes de los cinco Equipos Guías de Servicio, de acuerdo con la identificación de los procesos que intervienen en el otorgamiento de los servicios seleccionados, los cuales se integraron con expertos en los procesos tanto del área normativa como operativa del servicio que se trate, teniendo como propósito planificar la calidad de los servicios en el ámbito institucional.

Los miembros normativos fueron propuestos por cada Coordinación Normativa a través de la Dirección responsable y los miembros operativos fueron designados por las Direcciones Regionales.

El objetivo general de los Equipos Guías de Servicios era planificar la calidad de los servicios en el ámbito institucional.⁸⁵

⁸⁵ Cabe señalar que las funciones que cumplían los Equipos Guía de Servicios eran: Planificar la calidad del servicio (Formular visión y objetivos estratégicos); establecer mediciones de calidad; evaluar la calidad del servicio (Satisfacción del usuario, costos de la mala calidad, cultura de calidad y sistema de calidad); elaborar el despliegue de calidad (Subdividir objetivos generales en objetivos específicos, establecer responsabilidades, identificar acciones, identificar y facilitar recursos, establecer plazos y logros, identificar proyectos y metodología a aplicar en la implantación); Proponer los proyectos identificados al Equipo Estratégico para su aprobación; implantar los proyectos en las unidades determinadas por el Equipo Estratégico; integrar y evaluar las propuestas de cambio de los Equipos de Proyecto, e informar al Equipo Estratégico sobre las propuestas de cambio en los procesos para su estandarización."

Integrados los Equipos Guías de Servicio, la Coordinación de Cultura de Calidad del Instituto procedió a capacitar, estructurar y operar el programa de formación de agentes de cambio; de esta forma cada Equipo Guía contó con un facilitador para el uso de herramientas de planeación y trabajo en equipo.

En seguida los integrantes de los Equipos Guías elaboraron por consenso la visión de calidad en el servicio correspondiente, que permita el desarrollo de un Plan Estratégico para el logro de la misma.

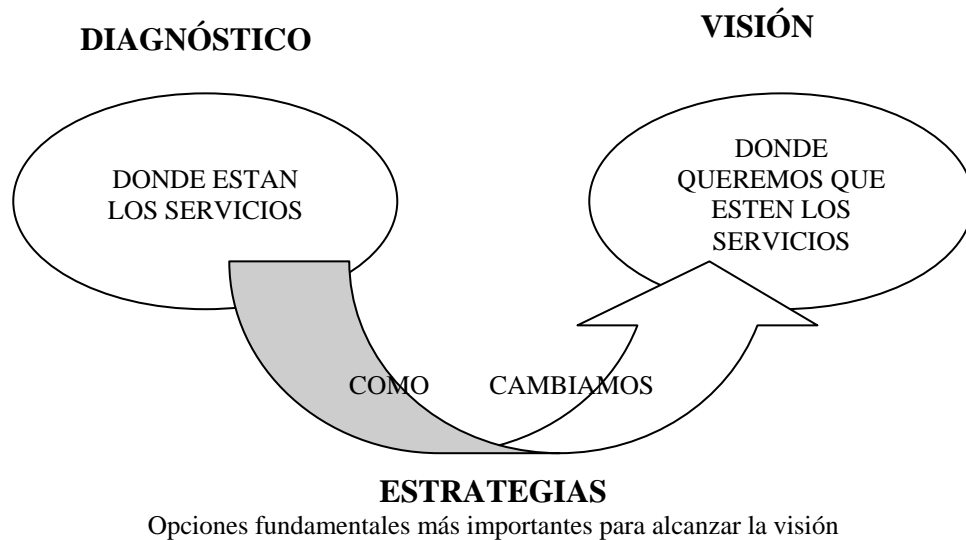
De tal forma que se determinaron las estrategias clave para alcanzar la visión, las cuales se concretan en objetivos estratégicos dentro del ámbito institucional. Asimismo se establecieron las mediciones necesarias para la actuación en calidad de los niveles actuales de resultados, el grado de progreso de los objetivos de calidad, resultado individual y grupal en el rendimiento.

Cabe señalar que los principales indicadores de calidad eran los que se referían a la satisfacción y las quejas de los usuarios, los financieros, los costos de la mala calidad, los de cultura y los del sistema de calidad.

En este sentido correspondió a los Equipos Guías de Servicio realizar un diagnóstico de la calidad del servicio con los indicadores establecidos en el párrafo anterior para cada servicio, con la finalidad de determinar su situación actual; y utilizando estos datos se determinó en forma más precisa las fortalezas y debilidades, así como las amenazas y oportunidades.⁸⁶ (Véase despliegue de la visión. véase fig. 3.4).

⁸⁶ FODAS (Concepto usado en mercadotecnia para estudiar las Fuerzas, oportunidades, debilidades y amenazas en las empresas)

Figura 3.4 Despliegue de la Visión



En esta etapa correspondió también a los Equipos Guías identificar al personal capacitado en calidad y los proyectos desarrollados en las diferentes áreas institucionales.

En conclusión, podemos asentar que se procedió a determinar las áreas de oportunidad en los servicios, se nominaron proyectos y se determinó la metodología a seguir (benchmarking, mejora de calidad de los procesos o reingeniería).

3.2.3 Los Equipos Estratégicos de Operación

A su vez los Equipos Estratégicos de Operación estuvieron integrados por:

- a) Los directivos del equipo natural de administración delegacional (cuerpo de gobierno), y
- b) Directores médicos del ámbito de aplicación,
- c) El responsable delegacional de la Dirección de Organización y Calidad, y
- d) El Coordinador Delegacional de Atención y Orientación al Derechohabiente.

Esta estructura tenía como finalidad coordinar integralmente el Plan de Calidad en la delegación, además de elaborar proyectos, acciones de cambio hacia los procesos, y generar la cultura para el incremento de la calidad de los servicios...

Se estableció un Equipo Estratégico de Operación por cada Delegación, es decir, se instalaron 34 Equipos Estratégicos de Operación a nivel nacional.⁸⁷

3.2.4 Equipos de Proyecto

Con base en el plan para cada servicio, elaborado por los Equipos Guía y las propias experiencias en calidad, los Equipos Estratégicos de Operación formulaba el Plan de Calidad de la zona y determinan la integración de los Equipos de Proyecto y la misión de cada uno.

Los Equipos de Proyecto integrados por personal operativo experto en los procesos del servicio, tenían como misiva principal: elaborar los proyectos de mejora que impactasen en la calidad de los servicios.

Dicho objetivo debería de enmarcarse con la misión asignada por el equipo estratégico de operación y de acuerdo a los resultados obtenidos por estos equipos de proyectos y evaluados por los equipos estratégicos de operación, se procedía a estandarizar los cambios propuestos a todo el sistema de la Institución.⁸⁸

Cabe señalar que el mayor impacto que se logró en esta etapa de al implementación del proyecto, consistió en la capacitación y asesoramiento del equipo de proyecto debidamente integrado en el modelo de cambio, en las técnicas seleccionadas y el sistema de trabajo.

Las características que se establecieron para los proyectos fueron las siguientes:

- a) *Diagnóstico de causas*. Análisis de síntomas, revisión de la misión, formulación de teorías e identificación de causas raíz.

⁸⁷ Las funciones que tenían destinados estos grupos estratégicos eran: Planificar la implantación, integrar y apoyar a los Equipos de Proyecto, proporcionar formación, asignar la misión de los proyectos, revisar el avance de éstos, identificar y ayudar en problemas, coordinar los proyectos de calidad relacionados, repetir los resultados en otros centros, promover, reconocer y evaluar las iniciativas de calidad de los servicios, y entregar propuestas de cambio a los Equipos Guía de Servicios.

⁸⁸ A efecto de establecer una mayor conocimiento de los equipos de proyectos, entre sus funciones y sin tratar de ser exhaustivos, podemos establecer las siguientes: Diagnosticar causas (Analizar síntomas, Confirmar o modificar la misión, Formular teorías e identificar causas raíz); proporcionar soluciones (Evaluar alternativas, Diseñar soluciones, controles, Tratamiento de resistencias, Pruebas eficacia, Implementar), y por último proponía los cambios a los procesos al Equipo Estratégico de Operación. En esta etapa se capacitó y asesoró al equipo de proyecto debidamente integrado en el modelo de cambio, en las técnicas seleccionadas y el sistema de trabajo.

- b) *Propuesta de soluciones*. Evaluación de alternativas, diseño de soluciones y controles, tratamiento de las resistencias y pruebas de eficacia para su implementación.

La forma en que funcionaban dichos proyectos era la siguiente:

- 1) El Equipo de Proyecto al concluir el diseño de la solución la presentaba al Equipo Estratégico de Operación para su aprobación en forma piloto.
- 2) Una vez aprobados y evaluados en campo los cambios propuestos por los Equipos de Proyecto el Equipo Estratégico de Operación enviaba al Equipo Guía de Servicio dichas propuestas para la integración de estas mejoras y el armado de nuevos modelos y presentarlas al Equipo Estratégico para su autorización y generalización.
- 3) Los Equipos Guía de Servicios documentaban los cambios en los procesos elaborando los manuales correspondientes, así como los materiales para la capacitación del personal operativo en las unidades.
- 4) Por último, el Equipo Estratégico aprobaba las propuestas de cambio presentadas por los Equipos Guía de Servicios proporcionando o gestionando los recursos o adecuaciones necesarias para la implantación en la totalidad del instituto (capacitación, informática, tecnología, financiamiento, infraestructura física, recursos materiales y normatividad). El Equipo Guía de Servicios, en coordinación con el equipo Estratégico desarrolla el plan de implantación en todo el sistema.

Con esta estructura, además de evaluar el cambio en los procesos, también se evaluaba el desempeño de los servicios y zonas incorporadas al plan, mediante un sistema de evaluación.

La evaluación era realizada por un ente con autonomía de la estructura de mandos operativo-normativa, a manera de procuración y garantía de los servicios a los derechohabientes, con informes periódicos al H. Consejo Técnico y cotidianamente al Director General.

3.3 Evaluación del PIC: análisis de ejecución e indicadores

En los apartados anteriores, se describieron los objetivos, atribuciones y procedimientos de los diferentes actores que implantarían de acuerdo a la normatividad establecida el Plan Integral de Calidad dentro del IMSS, por lo que en este apartado y en los subsiguientes se analizarán los logros obtenidos durante el proceso de ejecución del PIC.

a) Primeros resultados de impacto

En primer lugar, durante 1998, primer año de operación del Plan Integral de Calidad, el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social no participó orgánicamente en la estructura, como lo estaba estipulado desde la planeación del Plan. Sin embargo, siguió con interés el desarrollo del proceso y permitió la participación de expertos de la operación en los Equipos Guía de Servicios, que planearon las mejoras necesarias en los cinco servicios seleccionados para la primera etapa del Plan.

A principios de 1999, el Instituto y Sindicato firmaron un "Acuerdo de Voluntades" para impulsar la calidad de los servicios y garantizar la plena satisfacción de los derechohabientes y trabajadores del IMSS, a partir de impulsar conjuntamente el Plan Integral de Calidad.

La integración del SNTSS a la conducción del Plan Integral de Calidad le demandó el trazo de una estrategia político-sindical para la calidad, y como consecuencia de ello se crea la Comisión Sindical para la Calidad de los Servicios encargada del diseño y seguimiento del Plan.

De esta forma el Plan reconocía no sólo la bilateralidad sino también la corresponsabilidad entre Institución y Sindicato en todas las acciones que pretendieran mejorar la calidad de los servicios.

Paralelo a esto, se diseñó e implantó un Sistema de Información que tenía como objetivos:

- a) medir la calidad de los servicios,
- b) controlar los procesos, y
- c) determinar a partir de qué parámetros monitorear los eventuales resultados de los equipos de proyecto.

Esto último se realiza a partir de con base en reportes bimestrales producidos por las delegaciones y enviados a la Coordinación de Evaluación de la Calidad para su procesamiento.

El Plan generó una gran movilización por la calidad a la que se sumaron los esfuerzos de trabajadores que por décadas habían intentado aportar sus conocimientos y experiencias a la mejora de la institución, pero que no encontraban cauce adecuado para su consolidación.

Desde esta perspectiva el Plan funcionó en las sinergias institucionales, estableciendo no solo una solidaridad laboral, sino también elementos que podríamos considerar como positivos dada la conciliación de intereses en la mejora de la institución, esto último a partir de la variable de calidad.

Cabe señalar que dicha movilización tuvo, en un principio, diversos alcances ya que se presentaron lo siguientes escenarios:

1. Donde se carecía de una orientación metodológica y el Equipo Estratégico de Operación no alcanzó a apoyar adecuadamente los esfuerzos de los trabajadores, los Equipos de Proyecto tuvieron una vida breve y se generó cierto desencantó
2. Con la difusión de la "Guía de Trabajo para los Equipos Estratégicos de la Operación" y de las herramientas de la calidad, se logró dar certidumbre a la operación y la movilización alcanzó coherencia metodológica.
3. Donde se produjo el involucramiento y el apoyo, tanto de los directivos institucionales como los representantes sindicales a los Equipos de Proyecto, se pudieron alcanzar resultados exitosos.

b) Desarrollo de proyectos

Asimismo, se avanzó en la capacitación de un número significativo de facilitadores formados en la Ruta de la Calidad, que no era más que la aplicación de una serie de criterios lógicos para resolver problemas de administración de procesos, utilizando para el efecto distintas herramientas de calidad, en una secuencia lógica que documenta cada paso del proceso.

Esta participación dio lugar a la constitución de cientos de equipos de trabajo comprometidos con la Seguridad Social, en los que participaron miles de trabajadores (ver cuadro 3.1).

Cuadro 3.1 Número de trabajadores involucrados en proyectos 1998-2000

Región	1998	1999	2000
Siglo XXI	400	652	1,162
La Raza	317	342	571
Norte	375	485	1,216
Occidente	252	299	487
Noroeste	123	130	222
Sur	393	456	1,154
Oriente	115	187	345
Total			
Nacional	2,015	2,551	5,157

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación. IMSS

“El total de trabajadores involucrados en los proyectos de mejora, en el periodo 1998-2000 fue de 9 723 personas, concentrándose el mayor número de ellas en las regiones Norte, Sur y Siglo XXI. Se estableció, para cada periodo bimestral, cuántos equipos nuevos se habían constituido y cuántos se habían dado de baja por diversas razones (desinterés por parte de sus integrantes, falta de apoyo de los directivos o insuficiencia metodológica para sistematizar la experimentación de mejoras, por mencionar las causas más frecuentes), y el número de proyectos en activo, desglosado por nivel regional”⁸⁹ (ver cuadro 3.2).

Cuadro 3.2 Desarrollo de Proyectos 1998-2000

Región	1998				1999				2000			
	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.	Inicia- dos	Cance- lados	Vigen- tes	Con result.
Siglo XXI	74	5	69	14	101	16	85	80	184	24	160	89
La Raza	45	6	39	0	55	9	46	43	100	6	94	57
Norte	74	4	70	4	84	12	72	46	171	5	166	77
Occidente	34	0	34	0	63	27	36	20	65	7	58	33
Noroeste	30	5	25	0	35	17	18	11	38	4	34	19
Sur	53	3	50	1	75	15	60	40	203	26	177	96
Oriente	29	9	20	5	31	3	28	25	54	0	54	35
Total												
Nacional	339	32	307	24	444	99	345	265	815	72	743	406

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación. IMSS

⁸⁹ Ibid., p.28

De manera desagregada podemos establecer que los 743 proyectos que se implantaron entre 1998 y 2000 se obtuvieron los siguientes resultados de impacto:

- a) 406 alcanzaron proyectos los resultados que se propusieron en sus metas,
- b) El proyecto contó con alrededor del 54.6% de efectividad,
- c) El avance de efectividad de los proyectos aumento proporcionalmente.

Esto último puede ser explicado a partir de los porcentajes de efectividad ya que en el primer año el porcentaje de efectividad fue de 7.8%; 76% el segundo año y para el 2000 ya era de 54.6%.

d) Cobertura del PIC

Por lo que respecta a la cobertura del Plan Integral de Calidad en unidades médicas institucionales, el cuadro 3.3 señala que algunas delegaciones prefirieron concentrar sus esfuerzos en algunas cuantas unidades, desplegando en ellas una mayor proporción de proyectos, mientras otras diversificaron su experimentación.

En cifras globales, en las 1 328 unidades médicas existentes dentro del periodo señalado, se implantaron proyectos, en el primer año de ejecución en 136 unidades, es decir el 10.2% de ellas. En 1999 la cobertura subió a un 30% y en el año 2000 descendió a 23%.⁹⁰

Cuadro 3.3 Cobertura del Plan Integral de Calidad en unidades médicas 1998-2000

Región	1998			1999			2000		
	Unidades exist.	Unidades c/proy.	Conertura PIC	Unidades exist.	Unidades c/proy.	Conertura PIC	Unidades exist.	Unidades c/proy.	Cobertura PIC
Siglo xxi	138	31	22.5%	138	58	42.0%	138	67	48.6%
La Raza	150	26	17.3%	150	65	43.3%	150	43	28.7%
Norte	312	26	8.3%	312	108	34.6%	312	68	21.8%
Occidente	267	19	7.1%	267	40	15.0%	267	27	10.1%
Noroeste	164	13	7.9%	164	8	4.9%	164	14	8.5%
Sur	247	12	4.9%	247	95	38.5%	247	73	29.6%
Oriente	50	9	18.0%	50	24	48.0%	50	13	26.0%
Total									
Nacional	1,328	136	10.2%	1,328	398	30.0%	1,328	305	23.0%

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación. IMSS

De este cuadro se arroja lo siguiente:

⁹⁰ Ibid., p.28-29

- a) El servicio de Consulta de Medicina Familiar se vio favorecida, anualmente con un mayor número de proyectos: 102, 116 y 112 respectivamente.
- b) El segundo servicio es ocupado por los Servicios de Urgencias, con un total de 175 equipos de proyecto en los tres años señalados.
- c) El tercer servicio recae en Consulta de Especialidades con 164 equipos en el mismo periodo.
- d) El cuarto y quinto lugares corresponden a Cirugía y Surtido de recetas con 149 y 120 equipos respectivamente.⁹¹

Cuadro 3.4 Distribución de proyectos por servicio 1998-2000

Región	1998	1999	2000
Medicina familiar	102	116	112
Especialidades	44	63	57
Urgencias	57	55	63
Cirugía	45	47	57
Farmacia	43	28	49
Afiliación-cobranza	0	0	19
Prestaciones económicas y soc.	0	0	7
Varios	16	36	379
Total	307	345	743

Fuente: Sistema de Información del Plan Integral de Calidad. Coordinación de Evaluación. IMSS

Es importante resaltar que el Plan Integral de Calidad se vio favorecido en el período de 1998 al 2000, por el gran interés que en ese entonces el Director General, Genaro Borrego⁹² depositó en él; pero no toda la estructura directiva secundó su

⁹¹ Además, resulta interesante advertir que en 1998 se formaron 16 equipos clasificados como "especiales", esto es, que no corresponden a ninguno de los servicios seleccionados sino que, a iniciativa de la operación se aplicó la metodología proporcionada para mejorar otras áreas de oportunidad. Para 1999 los proyectos especiales aumentaron a 36 y en el 2000 se incrementaron 19 en el área de Afiliación-Cobranza; 7 en Prestaciones Económicas y Sociales y 379 en otras diferentes áreas. Al respecto Vid. IMSS. Plan Integral de Calida, p.29

⁹² Genaro Borrego Estrada . Estudió la licenciatura en Relaciones Industriales en la Universidad Iberoamericana, durante el periodo 1966-1969. Ingreso al Instituto Mexicano del Seguro Social (1973-1976), y se desempeñó como jefe del Departamento de Desarrollo; posteriormente fue Gobernador del Estado de Zacatecas. de 1986 a 1992. Fue presidente nacional del PRI, desde el 14 de mayo de 1992 al 30 de marzo de 1993, en marzo de 1993, fue nombrado director general del IMSS hasta el mes de marzo del 2000., Senador del PRI, y actualmente Director. General de Asuntos Corporativos en FEMSA.

apoyo, lo que ocasionó demoras y contratiempos por parte de quienes no entendieron el proyecto o, por diversas razones, no lo favorecieron.

3.4 Medición de resultados en los cinco servicios estratégicos.

A continuación se ofrece un impacto cualitativo y cuantitativo de los principales servicios, a saber:

a) Consulta Medicina familiar que consiste en:

Los derechohabientes que padezcan alguna enfermedad que no les impida acudir a su unidad médica de adscripción, deberán presentarse en ella para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

b) Servicio de urgencias:

Se considera atención de urgencia, cuando por la gravedad de algún padecimiento, un individuo requiere de cuidados médicos inmediatos, así como de los estudios de laboratorio y gabinete que permitan establecer lo más rápido posible su diagnóstico e iniciar el tratamiento que solucione o limite el daño.

c) Práctica de cirugías:

Con el tiempo se han implementado los mejores servicios en cuanto a tecnología se refiere, el Instituto Mexicano del Seguro Social, creó el Hospital Siglo XXI donde las terapias en cuanto a ortopedia, casos de oftalmología y cáncer se han tratado de la mejor manera posible, actualmente el Hospital Siglo XXI cuenta con las mejores instalaciones entre los hospitales del Gobierno.

d) Servicio de Farmacias:

La asistencia farmacéutica a que se refieren los artículos 3 y 28 de este Reglamento, proveerá a los derechohabientes de los medicamentos y agentes terapéuticos prescritos en los recetarios oficiales, por los médicos tratantes del Instituto. Dichos medicamentos y agentes terapéuticos serán surtidos en las farmacias del Instituto.

e) Consulta de especialidades:

A aquella que realiza actividades de recuperación y rehabilitación de la salud a pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento que han sido referidos por el segundo nivel de atención;

Previo a la canalización de los pacientes de tercer nivel de atención, el médico tratante o especialista deberá emitir el resumen clínico que justifique dicha canalización, el cual deberá contener diagnóstico clínico, resultado de exámenes de laboratorio y gabinete realizados, terapéutica empleada y motivo de traslado, además de lugar y fecha, nombre y firma del médico tratante o especialista y del jefe del servicio respectivo.

3.4.1 Consulta Medicina Familiar

Una variable importante de medición de impacto en este rubro estuvo relacionada con el tiempo de espera, hecho que a su vez tiene un impacto muy importante en la población por el volumen de consultas que se otorgan.

Los elementos del proceso que se han estudiado y las mejoras probadas se refieren principalmente a:

- Organización de la consulta a través de la cita.
- Información al usuario.
- Certificación de vigencia de derechos.

De las estrategias más exitosas que se han implantado en la mayoría de las delegaciones son las relacionadas con:

- a) la cita previa, y
- b) los aspectos relacionados con la organización de la consulta.

Estas dos variables se reflejaron en una mayor atención de la asistente médica, además de que se evitaron:

1. Aglomeraciones en las salas de espera con la consecuente comodidad para los usuarios;
2. Mejora la relación asistente médica – médico, y el médico familiar podía organizar mejor su tiempo para atender de manera adecuada a los pacientes.

3.4.2 Servicio de Urgencias

“Un gran porcentaje (60 a 70%) de las urgencias que se presentan en los servicios de los Hospitales Generales de Zona son urgencias inmediatas⁹³, lo cual en buena medida se debe al conocimiento insuficiente de los usuarios respecto a las características de una urgencia real y la información deficiente que tiene respecto a la manera de hacer un uso adecuado de los servicios.”⁹⁴

Lo anterior se buscó mejorar con acciones para proporcionar mayor información a los usuarios a través de pláticas y difusión de carteles, trípticos y otros medios.

Para el tiempo de espera es importante que el servicio cuente con un médico filtro que clasifique las urgencias y de mayor agilidad a la atención y por lo tanto, mayor oportunidad a las urgencias reales; éste personaje ya existe en muchos servicios, pero otros no lo tienen o no funciona con los criterios establecidos.

De esta forma con acciones de difusión y educación médica, aunadas a una evaluación médica que determinara la gravedad del paciente/situación se estableció un proceso de mejora que en cierta medida, impacto favorablemente.

Sin embargo, una desventaja que presentó el último punto, tuvo que ver con el tiempo de observación, el cual generalmente se vio afectado por los siguientes elementos:

- Capacidad resolutive de los médicos.
- Oportunidad en laboratorio, gabinete e interconsultas.
- Disponibilidad de camas en hospitalización.
- Oportunidad de la cirugía.

A esto se le suma la necesidad de definir una capacitación específica al personal médico y los mecanismos de control que permitan vigilar su desarrollo.

En el caso de la oportunidad de los servicios de apoyo como laboratorio, rayos x e interconsultas, se requieren criterios de oportunidad y pertinencia o congruencia de cada uno.

⁹³ Ibid., p.31-32

⁹⁴ Ibid., p.31-32

Para la disponibilidad de camas en hospitalización, principalmente en Medicina Interna y la oportunidad de la cirugía de urgencias, también es necesario establecer acuerdos entre Jefes de Servicio y los mecanismos de seguimiento de tales acuerdos para lograr la oportunidad necesaria.

La calidad técnico – médica es crucial en la solución de los problemas y por lo tanto, mejora el tiempo de estancia en observación como la oportunidad y calidad de los servicios de apoyo.

Es necesario asentar que el primer nivel de atención al derechohabiente, constituye la base de toda la cadena de valor y acciones en el Instituto, ya que si no se cuenta con un diagnóstico correcto, los esfuerzos y sinergias médicas e institucionales se ven afectadas, e incluso, en ocasiones constituyen acciones aisladas y de nulo impacto hacia la atención y la calidad.

3.4.3 Cirugía

El proceso de cirugía es de los más complicados por la cantidad de personajes, áreas y factores que intervienen. Lo que se observó a través de los equipos de proyecto y las evaluaciones, es que de todos los factores que intervienen, dos son de capital importancia:

- La programación.
- El control de los tiempos quirúrgicos.

Se observó que en la mayoría de las delegaciones se tienen porcentajes bajos de eficiencia en la programación (60 a 80%) y también en la utilización de los tiempos quirúrgicos (60 a 70%).⁹⁵

Para lograr un verdadero control de la programación, la estrategia con mayor éxito fue el establecer un equipo formado por: jefe de cirugía, jefe del quirófano, jefa de enfermeras, enfermera de CEYE y administrador.

Este equipo se encargaría de la asignación de salas, clasificación de cirugías por complejidad, determinación de equipos e insumos necesarios y la distribución por días y horarios.

Asimismo, dicho equipo se buscaba que se adecuara según circunstancias de los servicios; sin embargo, era necesaria la participación de las áreas involucradas teniendo un manejo adecuado del número de quirófanos, los tiempos quirúrgicos disponibles, las cirugías factibles de realizar y las causas de suspensión, para lograr una programación oportuna.

Los motivos más frecuentes de suspensión encontrados fueron:

- a) inasistencia del paciente,
- b) falta de tiempo quirúrgico,
- c) error de programación,
- d) ausencia del cirujano, y
- e) falta de instrumental.

En la proporción de la información al usuario deben participar los médicos, las asistentes y trabajo social ya sea por vía telefónica o con visitas a su domicilio.

⁹⁵ Al respecto Ibid., p.31-32

Por parte, las causas de suspensión atribuibles a la organización se relacionan con ausentismo, falta de materiales o insumos, lo cual se puede prever a través del equipo de programación.

Asimismo, el control de los tiempos quirúrgicos requiere tener claramente establecidos los tiempos de inicio, de limpieza, aproximado de cada cirugía y de relación entre turnos, con los mecanismos de supervisión para su seguimiento.

Pese a lo anterior, queda mucho por revisar de la calidad técnica, la cual requiere de un profundo análisis y definición o actualización de criterios por especialidad, con las consecuentes medidas de control.

Dentro del proceso de cirugía existen los indicadores de cirugía ambulatoria y por ciento de cesáreas que son muy importantes por los efectos que tienen tanto en la organización como en la sociedad.

Para la cirugía ambulatoria ha sido necesario que en muchos de los servicios se revisen los criterios de clasificación de las cirugías ambulatorias para una mejor indicación y medición.

El caso de las cesáreas es un problema complejo en el que intervienen factores sociales de práctica privada, de formación técnica y de la organización, lo cual requiere de análisis profundo, pero de inicio es necesaria la revisión de los criterios de indicación de la cesárea y la vigilancia estricta de un cumplimiento; como otra estrategia se ha utilizado la prueba de trabajo de parto para las cesáreas previas.

3.4.4 Servicio de Farmacias

Por lo que corresponde a los indicadores administrativos, los resultados evidencian un grado importante de descontrol con los siguientes aspectos:

- Manejo y control de medicamentos. Esto se refiere al proceso que inicia desde la planeación, la dotación, hasta el suministro a servicios de las unidades médicas, es decir, se encontraron deficiencias en el cálculo de los consumos promedios mensuales, las dotaciones fijas a los servicios, y el control que se debe ejercer sobre la existencia de medicamentos y materiales de curación en los servicios. Todo ello, derivado de la falta de supervisión consistente y sistemática del área administrativa, financiera y médica.

- Surtimiento de recetas en farmacias: Las acciones que han permitido que las unidades mejoren a pesar del desabasto, se refieren a la comunicación que se establece entre la farmacia y los consultorios, para estar al tanto de las existencias físicas, lo que ha permitido utilizar segundas y terceras elecciones. Sin embargo, es importante fortalecer este vínculo de comunicación a fin de tener y lograr mayor impacto.

- Por lo que se refiere a los procesos de conservación y limpieza, si bien han mejorado, se detectó que su bajo nivel responde, entre otras cosas, a la desorganización de los servicios y a la falta de algunos insumos importantes, entre otros la prioridad para la cobertura de ausentismo programado y no programado, lo que sumado a inmuebles con más de 25 años de existencia y remodelaciones y ampliaciones, dan como resultado mala imagen y problemas de funcionamiento de equipos que son importantes para el otorgamiento de los servicios.

En este punto es necesario establecer que para mejorar no es indispensable disponer de mayores recursos administrativos y tecnológicos, ya que el principal ingrediente es la creatividad y voluntad de los trabajadores y, en primera instancia, la certeza de que el cambio es posible a través de ideas claves sistematizadas.

3.4.5 Consulta de Especialidades

Hemos mencionado reiteradamente que lo que los usuarios perciben como calidad en la consulta de Especialidades (y no de medicina en general) es la oportunidad con que se les otorga.

La organización establece como oportuna una consulta que se cumple en 10 días desde que se solicita, después de eso se habla de diferimiento. Los principales factores que intervienen en la oportunidad de la consulta de especialidades son los siguientes:

- El control de las agendas de citas.
- La consulta subsecuente.
- La contrarreferencia

Las estrategias que se implementaron para un mejor control de las citas incluyeron el que se estableciera un solo sitio donde se controlen todas las agendas para las citas de primera vez⁹⁶.

Los mejores resultados se ha desarrollaron a partir de un control central de agendas y anotando en la agenda la fecha de solicitud y la fecha de programación de la cita, lo que permitió medir la oportunidad en cualquier momento, de cualquier periodo y por personas diferentes al servicio.

La consulta subsecuente de los especialistas es una práctica que les permitió tener una consulta relativamente fácil y cómoda. Por ende, es necesario realizar un análisis de la relación de consultas de primera vez y subsecuentes de cada especialidad para saber el tamaño del problema.

Entre las limitantes que se establecieron en el rubro de consultas de especialidades podemos mencionar: falta de personal en plantillas, ausencia del personal idóneo en bolsa de trabajo, deficiencias para cubrir vacaciones y ausentismo no programado; además de los factores ya mencionados como la consulta subsecuente, se requiere un análisis puntual por especialidad y por especialista para definir estrategias específicas.

⁹⁶ Este hecho involucró establecer controles a través de formatos elaborados localmente para anotar las citas.

Conclusión Capitular

Con la movilización por la calidad, el Instituto Mexicano el Seguro Social, ha implantado diversos métodos para lograr una calidad total, en 1988 el Director General implanto como prioritarios los círculos de calidad y desarrollo, desgraciadamente no tuvo la suficiente trascendencia debido a la poca consientización de algunos directivos y el no haber incluido en el plan al Sindicato quien por su parte no mostró ningún tipo de interés por participar.

Para 1990-1994 el Programa Nacional de Modernización de la Empresa Pública, se implanto con la finalidad de incrementar la capacidad de respuesta por parte del Instituto, quien constituyo el Comité Calidad del IMSS, con el reanudaron las actividades y comenzaron por un programa piloto donde en esta ocasión si se involucrará a los directivos delegacionales, sus tareas se encomendaron según el tipo de operación que tuvieran a su cargo, dicho programa se opero en dos etapas, la primera consistía en la planeación estratégica y la segunda en un plan estratégico para enfrentar la problemática diagnosticada.

Dando los primeros pasos se llego a la resolución de proponer la creación de los Consejos Regionales de Calidad quienes concluirán con el trabajo del Consejo Institucional de Calidad luego de que este halla aplicado los procesos del plan estratégico en cada unidad, dichos Consejo Institucional, no es más que el origen del PIC (Plan Integral de Calidad) quien a partir de entonces busca la participación no solo de autoridades del Instituto, sino la colaboración del SNTSS (Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social)

Para que el PIC continuara lograra sus objetivos, tuvo que ser necesario, la intervención nuevamente del Director del IMSS, quien por medio de reuniones donde se aterrizaron las ideas del PIC, así como la elaboración de un proyecto con el que se sistematizara todos los procesos de años atrás y se lograra medir los beneficios adquiridos, además de implantar un nuevo sistema en el que se tomara en cuenta la opinión de los derechohabientes, pues serían ,los únicos en los que se podría ver los resultados de tanto trabajo, serán ellos quien valoren si en realidad se ha alcanzado la calidad total deseada.

Los temas en que se trabajaría serán: Farmacia, Urgencias, Consulta de Medicina Familiar, Cirugía y Consulta de Especialidades. El objetivo general, será unificar la cultura de calidad y garantizar la mejora del servicio en todo el Instituto, por último los objetivos estratégicos, hablaran de la mejora en los servicios para satisfacer a los usuarios, modificar y rediseñar los sistemas de atención, adecuar los procesos institucionales y propiciar su correcta interrelación, implantar el desarrollo de una cultura de calidad, generalizar y estandarizar el cambio y someter a

investigación las propuestas de mejora que se generen en el proceso. Todo lo anterior mencionado apegado al modelo administrativo de calidad total de Juran, esto por las circunstancias en que se encuentra el IMSS en ese momento, es el mas conveniente por el orden que maneja (presentado arriba - objetivo general y estratégico -) y donde el objetivo es alcanzar la CALIDAD TOTAL.

Siguiendo el modelo de Juran se procedió a crear una Estructura Soporte conformada por un Equipo estratégico conformado por el Director del IMSS y el Secretario General del Sindicato, un Equipo estratégico de operación conformado por el Delegado y su cuerpo de gobierno, el Secretario del Sindicato y su personal de apoyo, un Equipo guía de servicio conformado por expertos normativos sindicales y e la operación y un Equipo de proyecto último y más importante ya que se forma del personal y expertos de la operación quienes son el producto final, pues son ellos quienes se relacionan directamente con la sociedad.

A pesar de eso en el tiempo que realmente se vio el trabajo por alcanzar la Calidad Total fue en el periodo de 1998 al 2000, tiempo en que el Lic. Genaro Borrego Estrada ocupara la Dirección del IMSS, el fue quien dio el apoyo y la importancia necesaria al Plan Integral de Calidad con el fin de brindarle un mejor servicio a la sociedad ya muy en desacuerdo con las formas de servicio que en ese momento se daban en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por fin se llego a los resultados lo que arrojo la siguiente información:
La Consulta de Medicina Familiar, que se manifiesta en el momento en que un derechohabiente padece algún malestar y antes de ser recetado o trasladado a alguna especialidad u Hospital, en esta área se detecto que las salas de espera se llenaban de gente y al final del turno ya fuese matutino o vespertino no alcanzaban a ser atendidos en su totalidad; otro punto importante fue la desorganización en cuanto a los expedientes pues a pesar de que en años anteriores habían sido evaluados de forma positiva, ahora el incremento de población había vuelto expedientes perdidos o bien incompletos, la opción fue implementar el sistema de citas por teléfono de esta forma los aglomerados en la clínica disminuyeron y las consultas crecieron ahora todos los derechohabientes mostraron su agrado por ser atendidos con fecha y hora pronosticada. Por otro lado los expedientes se basaron a una base de datos en computadora, por lo que es mas cordial la relación entre el asistente médico, el paciente y el médico, pues deja de perderse tiempo en ir al archivo y esperar que se lo entreguen al asistente o al paciente con posibilidad de que en ese lapso se pierda su turno para la consulta, además de que encontrar su historia clínica será más fácil y siempre estará en buen estado.

El servicio de Urgencias fue otro de los departamentos evaluados por el PIC, aquí los primeros resultados fueron realmente negativos, los derechohabientes no

sabían distinguir entre una urgencia sentida de una urgencia real, por lo que las salas de todos los Hospitales Generales de Zona, estaban llenas de resfriados o dolores de estomago, y cuando llegaba una urgencia real el consultorio estaba ocupado y las camillas de igual forma, la estrategia fue impartir platicas por medio de personal contratado exclusivamente para orientar y recaudar las quejas de los derechohabientes, así como la exposición de carteles y folletería para que se estuviera más informado de la importancia de atender una verdadera urgencia y los servicios de urgencias en clínicas que existen para las gripes, dolores estomacales, etc. O por decirlo de alguna forma urgencias menores.

Cirugía, este es un caso difícil, sobre todo por el personal, áreas y factores que intervienen, ya que hubo que estudiarlos detenidamente y llega a la conclusión que lo ideal era repartir las tareas de tal forma que nadie tuviera excesos de trabajo de otras áreas que no le competen, ya que en un principio el médico cirujano se ocupaba de ver si la sala de partos estaba disponible, en que horarios, o si el instrumental estaba limpio y preparado para el momento que se fuese a necesitar, al distribuir y crear diversas áreas, ya el personal sabe quien se encarga de la agenda, quien de contactar con los pacientes, quien del área administrativa, quien de la dotación de instrumental y medicamento entre otras cosas.

En el caso del servicio de farmacias, el gran problema es el desabasto de medicamento, aquí fue donde se reflejo una importante mejora del 80% al 90% las farmacias a través de la comunicación entre farmacia y consultorios, aquí los pacientes mostraron mucho gusto de que su medicamento estuviera a tiempo y no con meses de atraso.

El último punto que se toco fueron las consultas de Especialidades, los puntos a corregir fueron las consultas desfasadas en meses, las fechas no correspondían con la fecha que se preferían los resultados, y a eso habría que sumarle los periodos vacacionales de los médicos, por lo que la estrategia decidió, controlar las agendas de citas e implementar consultas subsecuentes.

De esta forma el PIC tuvo sus primeros resultados y aunque solo había sido implantado para las clínicas y Hospitales, sorpresivamente, las subdelegaciones en el área de afiliación-cobranza y prestaciones económicas también tuvieron un avance en la atención al contribuyente.

CONCLUSIONES GENERALES

El Estado y la Administración Pública van de la mano y lo que buscan es lograr que la sociedad tenga objetivos solidarios que le permitan un desarrollo al país, claro que para que esto suceda, tanto el Estado como la Administración Pública, necesitan proveer a la sociedad de todas las herramientas posibles, aquellas que cubran sus necesidades y mantengan en trabajando y en orden.

La sociedad a la que nos referimos es México y la herramienta de la que habla este trabajo es la salud, pero para hablar de salud hay muchas Instituciones que proveen a la sociedad de sus servicios, pero es una en especial la que acontece a la mayoría de nuestra sociedad, sobre todo a ese sector poco favorecido económicamente y que a lo largo de 65 años ha apoyado en salud, prestaciones económicas y en especie, el Instituto Mexicano de Seguro Social.

El IMSS al igual que otras Instituciones es regido por el gasto público que SHCP y La Secretaria de la Función Pública distribuyen entre cada Secretaria de gobierno, pero durante 1995-2000 la SED (Sistema de Evaluación del Desempeño) con la modernización de la administración pública, comienza con la medición de calidad en los productos finales.

Y es importante resaltar que un producto no es solo un bien que satisfaga una necesidad, sino los servicios también forman parte de las necesidades de la sociedad y mas lo referido a la salud, es por esto que el IMSS se preocupa por dar el mejor de sus servicios al cliente que es el derechohabiente.

La calidad es un concepto que a lo largo del tiempo se ha convertido en la prioridad de toda Institución, tanto pública como privada, en la actualidad, existen hasta premios por obtener la calidad total y se han implementado diversos métodos para lograrla, e incluso hay maestrías y doctorados para aplicar las auditorías pertinentes que permitan un desarrollo y crecimiento en cuanto a servicio se refiere.

Hoy en este trabajo se estudia la importancia que el Instituto Mexicano del Seguro Social toma a este tema y lo que ha hecho a lo largo del tiempo por alcanzar esa calidad con la que sueña toda empresa

Para comenzar se nota que en un principio y hasta la fecha el Instituto Mexicano del Seguro Social ha dedicado tiempo, dinero al estudio e intención por llegar a la calidad posible desde 1988 comenzaron a notarse los resultados con el estudio de los expedientes clínicos, sin embargo, en repetidas ocasiones fue suspendido el proyecto por el poco interés que los diferentes Directores y parte de su

cuerpo de gobierno ponían en el caso, a pesar de eso en 1998 con la presencia en la dirección del Instituto del Lic. Genaro Borrego Estrada, se intensificaron las tareas de poner en practica el proyecto y de las platicas que mantuvo no solo con su cuerpo de gobierno, sino con el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social y su gente de apoyo lograron establecer el PIC (plan Integral de Calidad)

Este Plan basado en el modelo administrativo de Juran permitió estudios donde todo el personal del Instituto participara y a diferencia de los primero estudios donde solo se tomaba en cuenta el trabajo del personal reflejado en los expedientes médicos, aquí la base para medir los resultados y debatir que tanto se había logrado cumplir los objetivos eran los sondeos entre los derechohabientes.

El PIC ha sido pieza fundamental en los avances que ha tenido el Instituto, incluso gracias a los estudios realizados nació la Coordinación de Organización y Calidad, que actualmente se encarga de las capacitaciones para los empleados IMSS no solo para sus exámenes escalafones, sino para brindarles los cursos de ética necesarios para tratar al derechohabiente.

Sin embargo los resultados que se han reflejado a través de los años no han sido iguales ni han tenido constancia, ya que, cuando se encuentra un problema se pone especial vista en ello pero se descuidan otras cosas, aun cuando en un principio los resultados con los expedientes fuera positivo, después la atención al derechohabiente era deficiente y mientras las citas ahora si se agendan, las consultas de especialidades no respetan sus fechas.

Llegar a la Calidad total no es sencillo y como Juran manejaba dentro de su modelo administrativo, todo debe llevar un orden y esos grupos estratégicos que se conforman deben tener la capacidad de delegar las diversas tareas, según los diferentes servicios y departamentos que componen una Institución, en el caso del IMSS cada delegado y su cuerpo de gobierno sepan distribuirse las tareas de modo que no descuiden ningún ámbito de lo que el IMSS comprende.

Ahora que se ha estudiado el Plan Integral de Calidad del periodo 1997 a 2000 y la forma en que el Instituto Mexicano del Seguro Social ha ido implementándolo, se concluye y observa lo siguiente:

✓ PIC aplicado:

1. Dentro de las Unidades de Medicina Familiar, se ha implementado, un sistema de citas, donde el derechohabiente deja las filas y fichas para únicamente hacer una llamada telefónica y programar su visita al médico familiar.
2. Por otro lado, los expedientes en su mayoría se han convertido, de fólder y papeles de archivo, a una carpeta dentro de una base de datos donde el médico familiar puede llevar un mejor control del paciente evitando de esta forma la pérdida de tiempo al tener que mandar al paciente a control de archivo para buscar su expediente y luego regresar a la consulta.
3. El asistente médico cuenta con un equipo de cómputo en el que lleva una agenda de las diferentes áreas de servicio (rayos x, consultas especiales en Hospitales generales y de especialidades, laboratorio, etc.) donde puede programar según las fechas de consulta del paciente un lugar para que el derechohabiente obtenga el servicio que cubra su necesidad.

X PIC no aplicado:

1. Las farmacias dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social muestran un gran desabastecimiento; las personas continuamente deben recurrir al medicamento alterno o similar, debido a que, las farmacias, con frecuencia no tienen más que naproxeno o penicilina. (Haciendo un pequeño paréntesis se sabe que la mayoría de las personas que acuden al IMSS lo hacen porque sus ingresos son mínimos y por lo tanto no pueden pagar un servicio privado, menos un medicamento que va de los \$200.00 a \$900.00.)

2. Las personas encargadas de la orientación al derechohabiente pasan mucho tiempo encaminando quejas a la dirección de las diferentes instalaciones, en lugar de dar la debida información al derechohabiente en cuanto a los servicios que se ofrecen en las clínicas y las nuevas formas en que el IMSS esta trabajando, para facilitar la atención médica.
3. En el caso de las Unidades de Medicina Familiar el servicio de urgencias por lo regular no cumple con su servicio (urgencias), ya que atienden al público en general y cuando llega un caso urgente la mayoría de los médicos está ocupado atendiendo una gripe o un dolor estomacal.
4. Las ambulancias están en malas condiciones, y los chóferes siempre en encomiendas de otra índole, realizando labores de mensajero o trámites personales, por lo que una emergencia en UMF tarda mucho en trasladar a un Hospital General de Zona o Especialidades.
5. En el caso de los Hospitales Generales de Zona tienen un déficit en cuanto a camillas y equipo en general en el área de urgencias y piso (sobre todo en camas para pacientes de nuevo ingreso, los cuales deben esperar sentados en sillas o camillas por muy delicados que estén)

Tan solo en este pequeño análisis comparativo se marcan tres aciertos contra cinco puntos reprobatorios, ¿Cómo sería si se aborda el ámbito administrativo?

Desgraciadamente se vio con este pequeño análisis comparativo que son muy grandes y en números altos las debilidades en el Instituto Mexicano del Seguro Social, puesto que además de las consultas en Unidad Médico Familiar, los Hospitales y las Farmacias tanto en infraestructura como en recursos humanos, el IMSS requiere una reconstrucción ética donde se reencuentren los valores y se enseñe a sus trabajadores a tratar al derechohabiente como igual, y no mostrarle un aspecto prepotente pues como se menciono en los primeros capítulos el posicionamiento no solo se da en el sector privado y las marcas, sino en el sector público en este caso en el IMSS pues también el servicio se vende y hace que el derechohabiente este satisfecho con el servicio, lo promueva y atraiga más público (derechohabiente que prefiera el servicio privado) Y al final se habría cumplido el cometido de la Institución ya que fue creada para la población, sobre todo aquella parte que no tiene suficientes recursos para buscar una alternativa en el servicio médico privado

Si se ha aplicado el Plan Integral de Calidad en las diversas sedes de asistencia médica del IMSS pero en un porcentaje mínimo puesto que solo se eligió a un pequeño número de personas y jefes de departamento en subdelegaciones, este programa requiere de mayor capacitación pero no sólo en un pequeño número de empleados, sino en la totalidad de empleados del IMSS para que estos cumplan con la tarea de mostrar a los derechohabientes las tareas por las que el Plan Integral de Calidad fue creada: obtener un servicio más rápido, eficaz, que cumpla con todas las expectativas y mantenga satisfechas las necesidades de la totalidad de la población derechohabiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acle Tomasini, Alfredo. Retos y riesgos de la Calidad Total. Editorial Grijalbo, México, 1994.
2. Acle Tomasini, Alfredo. Control Total de Calidad. Editorial Grijalbo, México, 1993.
3. Acosta, E. D. Apuntes de Laboratorio: Métodos cuantitativos aplicados a las tecnologías de punta para el desarrollo institucional, Postgrado de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2002.
4. Acosta, E. D. Calidad en el Servicio Público. CEDA, México, 1997.
5. Acosta, E. D. Planeación estratégica. Guía técnica de lectura. CEDA, México, 1997.
6. Aguirre Gas, Héctor. "Administración de la calidad de la atención médica" en Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, vol. 35, núm. 4, 1997.
7. Álvarez G, María del Carmen. La Seguridad Social en México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS, México, 1993.
8. Arellano Gault David, Ramón Gil José, Ramírez Macías Jesús y Rojano Ángeles "Nueva gerencia pública en acción: procesos de modernización presupuestal. Un análisis inicial en términos organizativos (Nueva Zelanda, Reino Unido, Australia y México)", en la Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 17 (Jun. 2000). Caracas.
9. Aucoin, Peter. "Reforma administrativa en la Gestión Pública: paradojas y péndulos". Brugue, Quim (comp.) Lecturas de Gestión Pública. Madrid, Ministerio de las Administraciones Públicas, 1996.
10. Barzelay, Michael. Atravesando la burocracia. F.C.E. – Colegio de Ciencias Políticas y Administración Pública, México, 2000.
11. Bobbio, Norberto y Gianfranco Pasquino, Diccionario de Política. México, Siglo XXI, 1991.
12. Camp, C. R. Benchmarking. Editorial Panorama, México, 1990.
13. Cantú Delgado, Humberto. Desarrollo de una cultura de calidad. Editorial Mc.GrawHill, México, 1995.
14. Cárdenas de la Peña, Enrique. Servicios médicos del IMSS. Doctrina e Historia. IMSS, México, 1974.
15. Colunga Dávila, Carlos. La Calidad en el Servicio. Editorial Panorama, México, 1995.
16. Coussirou, Jean. "Calidad y administración pública" en Tratado de la calidad total, Madrid, Tomo I.
17. Crosby, Philip. Calidad sin lágrimas. Editorial Limusa, México, 1993.
18. Champy, James. Reingeniería en la gerencia. Editorial Norma, Colombia, 1996.
19. Deming, Eduardo. Calidad, Productividad y Competitividad. Editorial Díaz de Santos, España, 1989.
20. Donabedian, Avedís. La calidad de la atención médica, La Prensa Médica Mexicana, México, 1984.

21. Finnigan, J.P. Guía de Benchmarking empresarial. Prentice may Hispanoamericana, México, 1999.
22. García Cruz, Miguel. La Seguridad Social. Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 1970.
23. Garduño Navarro, Mauricio. "La relación médico-paciente en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en Boletín Médico del IMSS, México, núm. 18, 1976, p.328.
24. Gómez Ceja, Guillermo. Planeación y Organización de empresas. Editorial Mc.GrawHill, México, 1995.
25. González Montesinos, Fernando. "La calidad de los servicios médicos dentro de los regímenes de Seguridad Social." En Revista Médica del IMSS, 1967.
26. González Posada, J., Merelo Anaya, A., Aguirre Gas, H., Cabrera Hidalgo, J.A. Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. En Revista Médica del IMSS, no. 22, 1984, p. 407
27. Harrington, H. James. El coste de la mala calidad, Ediciones Días Santos, Madrid, 1990.
28. Horowitz, J. La Calidad del servicio. Editorial McGraw Hill, México, 1994.
29. IMSS. Evolución orgánica del Instituto Mexicano del Seguro Social 1943-1993. IMSS, México, 1993.
30. IMSS. La Seguridad Social en México. IMSS, México, 1971.
31. IMSS, F.C.E., ISSSTE, Compilación. La Seguridad Social y el Estado moderno. IMSS-F.C.E.-ISSSTE, México, 1992.
32. IMSS. Marco Reglamentario de la Ley del Seguro Social. IMSS, México, 1998.
33. IMSS. Memoria estadística del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS, México, 2000.
34. IMSS. Nueva Ley del Seguro Social. IMSS, México, 1997.
35. IMSS. Organización y funcionamiento del Instituto Mexicano del Seguro Social.Estadísticas. Colección de organización y métodos del IMSS, Serie apoyo documental 1.0.1, IMSS, México, 1999.
36. IMSS. Programa Integral de Calidad (PIC). Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1998.
37. Jarillo, C. H. Dirección Estratégica. Editorial McGraw Hill, México, 1997.
38. Jenkins, Bill y Gray, Andrew. "Evaluación y el usuario: la experiencia del Reino Unido". Gestión y Análisis de Políticas Públicas, Madrid, INAP, no. 1, septiembre-diciembre 1994, p.47
39. Karol, L. Jorge. Cliente mata ciudadano: en torno a la noción de ciudadanía urbana. CLAD, Argentina, <http://www.clad.org.ve/anales6/karol.html>
40. Kume, H. Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Editorial Norma, México, 1994.
41. Laguna Calderón Javier, Salinas Oviedo Carolina. "Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal." en Salud Pública de México, México, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 221-224

42. Lara Arreola, Roberto. "Plan Integral de Calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en Revista *El Cotidiano*, no. 12, marzo-abril 2002, año 18, UAM Azcapotzalco.
43. Larrea, Pedro. *Calidad de Servicio*. Editorial Díaz de Santos, España, 1991.
44. Legaut, Gilles. *Alcanzar la calidad total. En una empresa de servicios*. Ed. Trillas, México, 1999.
45. Malvicino M.S, Guillermo. "La Gestión de la Calidad en el Ámbito de la Administración Pública: potencialidades para un cambio gerencial". VI Congreso Internacional del CLAD, Argentina, www.clad.org.ve/anales6/html
46. Manganelli, L. RayMond - Klein, M. Mark. *Cómo hacer Reingeniería*. Editorial Norma, Colombia, 1996.
47. Martínez Chávez, Víctor Manuel, *Diagnóstico administrativo. Procedimientos, procesos y reingeniería*, Ed. Trillas, México, 1999.
48. Moctezuma Barragán, Esteban – Roemer, Andrés. *Por un gobierno con resultados*. F.C.E., México, 2000.
49. Moreno Salazar, Pedro. *Análisis de la Gestión del IMSS de 1975 a 1985*, en Documentos de Trabajo, Serie Administración Pública, D.T. Número 8, Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México, 1988.
50. Müller de la Lama, Enrique. *Cultura de calidad de servicio*, Ed. Trillas, México, 1999.
51. Netter, F. *La Seguridad Social y sus principios*. IMSS, México, 1982.
52. Oficina de la Presidencia para la innovación gubernamental, *Modelo estratégico para la innovación gubernamental*, México, 2001.
53. Olaeta Elizalde, Raúl. *La importancia del expediente clínico* en *Revista Hospital Juárez*, México, 2001, no. 68, p. 95-103.
54. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Un Gobierno alerta. Iniciativa de Servicios de Calidad en la Administración*. México, DDF, 1997.
55. Ortiz, Edgar. (Comp.) *Empresa Pública..* Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México, 1988.
56. Pérez Álvarez, Juan José. "Evaluación médica." en *Boletín Médico del IMSS*, México, núm. 16, 1974, p. 281.
57. Pfeffer, Irving - Clock, David. *Perspectivas del Seguro*. Editorial Mapfre, Madrid, 1974.
58. Revista IAPEM, *Formación de Directivos y Calidad Total en la Administración Pública*. Instituto de Administración Pública del Estado de México, México, No. 24 octubre-diciembre 1994.
59. Riva Cajigal, G., Aizpuru Barraza, E., Limón Díaz, R., González Montesinos, F., Lee Ramos, A.F., Pérez Álvarez, J.J. "Observaciones de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte." en *Boletín Médico del IMSS*, México, núm. 2, 1976, p.60.

60. Ruelas Barajas, E., Reyes Zapata, H., Zurita Garza, B., Vidal Pineda, L.M., Karchmer K.S. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología" en *Salud Pública de México*, México, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p.
61. Ruelas Barajas, E. y Vidal Pineda, L. M. "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica." en *Salud Pública de México*, México, marzo-abril de 1990, Vol. 32, núm. 2, p. 225-231.
62. Ruiz de Chávez, M., Martínez-Narváez, G., Calvo Ríos, J. M., Aguirre Gas, H., Arango Rojas, R., Lara Carreño, R., Caminos Chávez, M. I., Ortiz Solalinde, G., Ugalde Grajeda, E., Herrera Lasso, F. "Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud." en *Salud Pública de México*, marzo-abril de 1990, vol. 32, núm. 2, p. 156-169.
63. Ruíz Naufal, Víctor. Constitución. Seguridad Social y Solidaridad. IMSS, México, 1992.
64. Sánchez González, José Juan. Gestión Pública y Governance. Instituto de Administración Pública del Estado de México, México, 2002.
65. Saucedá-Valenzuela Alma Lucia, Durán-Arenas Luis y Hernández Bernardo. "Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una Organización no Gubernamental." Salud Pública de México, vol. 42, no. 5,
66. septiembre-octubre de 2000, p. 422-430.
67. SHCP, Reforma al Sistema Presupuestario en la Administración Pública Federal. México, 1997.
68. Soberon, Guillermo. Kumate, Jesús. Laguna, José. (compiladores). La salud en México: testimonios 1988. Desarrollo institucional. Biblioteca de la Salud-Secretaría de Salud-F.C.E., México, 1988.
69. Spendolini, Michael J. Benchmarking. Grupo Editorial Norma, Colombia, 1994.
70. Steiner, George. Planeación Estratégica. Lo que todo director debe saber. Compañía Editorial Continental (CECSA), México, 1997.
71. Udaondo Duran, Miguel. Gestión de Calidad. Díaz de Santos, Madrid, 1991.
72. Uvalle Berrones, Ricardo. "Formación de directivos y calidad total en los servicios" en Revista IAPEM, octubre-diciembre de 1994.
73. Vasi Páez, Arturo. "Elementos básicos de control de la calidad de las prestaciones médicas. Auditoría médica y procedimientos técnico-administrativos." en Seguridad Social. año XVIII, época III, núm. 56, marzo-abril de 1969.
74. W. Powell, Walter y J. Dimaggio, Paul (compiladores). El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional. F.C.E., México, 2001.

OTRAS FUENTES:

- Página Internet <http://www.imss.gob.mx>
- Presidencia de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.* En
Página Internet <http://www.presidencia.gob.mx> México.