

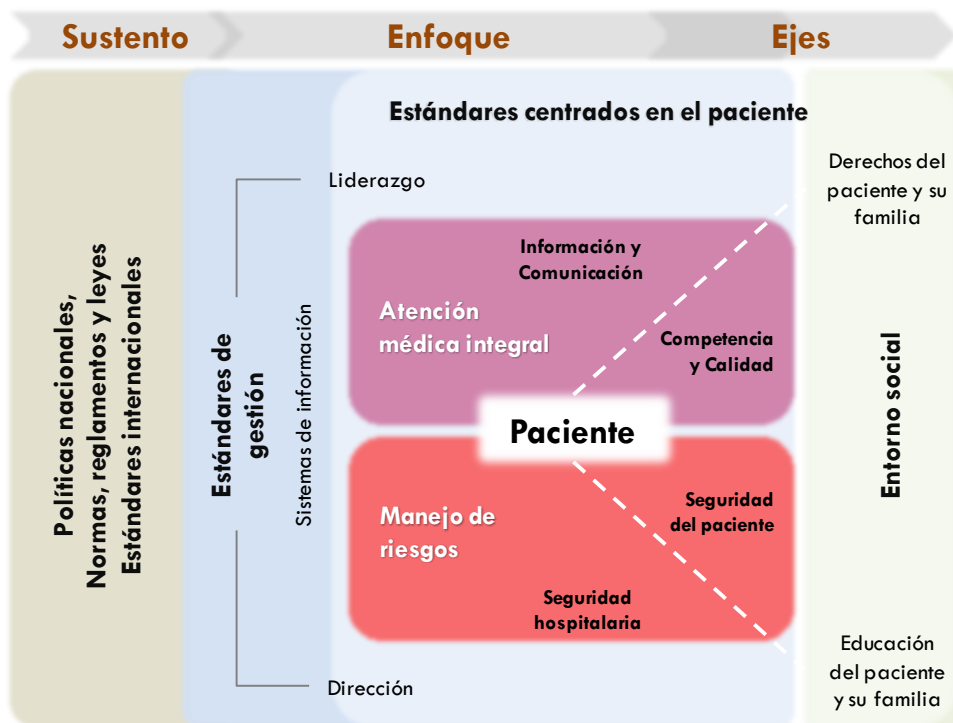
# Instituto Nacional de Pediatría



**GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE  
MANUALES ADMINISTRATIVOS**

**MARZO 2010**

## POLÍTICA INSTITUCIONAL DE CALIDAD



Instituto Nacional de Pediatría

Insurgentes Sur No. 3700-C

Col. Insurgentes Cuicuilco

Delegación Coyoacán

C.P. 04530 México D.F.

Correo electrónico: [pediatria\\_inp@prodiqy.net.mx](mailto:pediatria_inp@prodiqy.net.mx)

Segunda edición

2010

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

**ISBN 978-607-7925-16-3**

Trabajo editorial realizado por el Servicio de Impresiones Gráficas

Insurgentes Sur 3700-C, Col. Insurgentes Cuicuilco, Deleg. Coyoacan, C.P. 04530

## **DIRECTORIO**

**Dr. Guillermo Alberto Sólon Solomón Santibáñez**  
Director General

**Dr. Jaime Ramírez Mayans**  
Director Médico

**Dr. Pedro Gutiérrez Castellón**  
Director de Investigación

**Dr. José Reynes Manzur**  
Director de Enseñanza

**C.P. Alejandro Fragoso Martínez**  
Director de Administración

**Dr. Juan Pablo Villa Barragán**  
Director de Planeación



## **EDITOR**

Instituto Nacional de Pediatría

## **AUTOR**

Dr. Juan Pablo Villa Barragán  
Director de Planeación

Lic. Argelia Lara Puente  
Jefa del departamento de Diseño y Calidad

Lic. Araceli Gómez Morones  
C. Erika Itzel Blancas Gómez  
Coordinación de Organización de Procesos

## **ILUSTRADOR**

Dr. Juan Pablo Villa Barragán

Lic. Araceli Gómez Morones

C. Erika Itzel Blancas Gómez

DMZ. Enrique Garay Garzon

Psic. María Auxilio Montiel Salinas

Biol. Nuñez Vazquez Patricia

## ÍNDICE

CONTENIDO	Págs.
<b>A. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
1. El Proceso Normativo	7
I. Elaboración o actualización del diagnóstico y plan normativo	7
II. Análisis y mejora del proceso	11
El Mapa General del proceso (PEPSU)	11
Algoritmo de macroprocesos	11
Flujograma de Actividades	11
Técnica de libreto	12
III Mejora del Procesos	13
IV Elaboración de la Normatividad	15
V Difusión y Control de la Normatividad	16
VI Evaluación y Actualización de la Norma	16
<b>B. MANUAL DE ORGANIZACIÓN</b>	<b>17</b>
1. Contenido del Manual de Organización	18
Índice (Desde la Introducción hasta los anexos)	19
I. Introducción	19
II. Objetivo del Manual	19
III. Antecedentes Históricos del área	19
IV. Marco Jurídico	20
V. Atribuciones	20
VI. Misión y Visión	20
VII. Estructura Orgánica	22
VIII. Organigrama	26
IX. Descripción de Funciones	29
X. Perfil del puesto	29
XI. Glosario	29

## A. Introducción

En la actualidad, la organización y el funcionamiento de los hospitales se basan en la administración de los procesos de atención y de trabajo, más recientemente, la identificación de las necesidades de atención por centros de costo, en la cual es fundamental tener y mantener actualizado el marco normativo que regula el ejercicio de dichos procesos y que permite su evaluación y control.

En México, las instituciones del sector salud han llevado a cabo un trabajo de elaboración y actualización normativa, con una participación muy amplia de instituciones públicas y privadas de salud, así como de organizaciones nacionales e internacionales, asociaciones académicas, universidades e instituciones de educación superior, el cual ha dado como resultado la publicación de Normas Oficiales Mexicanas que constituyen, junto a la Ley General de Salud y sus Reglamentos, un sustento jurídico de observancia obligatoria de todas las instituciones de salud, públicas y privadas del país (Ley Federal sobre Metrología y Normalización, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 1º de Julio de 1992).

En la administración de los procesos, los manuales de procedimientos establecen los lineamientos integrales actualizados y simplificados para dar seguimiento a la satisfacción de necesidades de los usuarios de los servicios, o el seguimiento de los productos de compra o de los bienes financieros, constituyéndose así en un valioso instrumento para la prestación de servicios y son una guía efectiva de las actividades de trabajo.<sup>1</sup>

Los manuales de organización y de procedimientos repercuten en aspectos tales como la oportunidad y calidad de los servicios de salud; el trabajo en equipo; el mejor aprovechamiento de los recursos y su costo; la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, además de facilitar la adecuada incorporación del personal de nuevo ingreso.

Uno de los aspectos fundamentales que la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales considera en la evaluación de los mismos, es la existencia, el acceso y el conocimiento de los manuales de procedimientos por parte de las diversas áreas que integran los servicios hospitalarios, así como el apego en la aplicación de los procedimientos establecidos.

---

<sup>1</sup> Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C., *Sistemas de gestión de la calidad –Requisitos*, COTENNSISCAL, México primera edición 2001

---

De igual manera se da especial importancia a la revisión periódica de los manuales tomando en consideración que los cambios e innovaciones en la tecnología médica se producen en forma cada vez más acelerada. Los manuales sirven para mantener actualizado el marco normativo que regula la prestación de los servicios y que asegura la calidad de los mismos.

Los manuales que actualmente existen en el INP son instrumentos de trámite que difícilmente tienen una concordancia con la operación cotidiana, por lo que se hace importante retomar desde el enfoque a procesos hasta el formato físico para su consulta y disponibilidad.

## **1. EL PROCESO NORMATIVO**

En el proceso normativo se consideran las siguientes fases:

### **I. Elaboración o actualización del diagnóstico y plan normativo**

### **II. Análisis y mejora del proceso**

### **III. Mejora del Proceso**

### **IV. Elaboración de la normatividad**

### **V. Difusión y control de la normatividad**

### **VI. Evaluación y actualización de la norma**

## **I. Elaboración o actualización del diagnóstico y plan normativo**

Para la elaboración del diagnóstico situacional es importante considerar que para fines de trabajo, toda unidad que genere un costo se llamará unidad administrativa (UA), la unidad administrativa es aquella entidad que cuenta con un programa de trabajo, la identificación de productos finales y unidades de costo para la asignación de metas indicadores y presupuesto por parte de la federación o de la institución.

En la elaboración del diagnóstico situacional de la unidad administrativa deben considerarse como entradas e insumos a todos los elementos señalados en la normatividad que definen el deber ser de la UA, ya que toda entidad pública fue constituida atendiendo a una necesidad previamente detectada de la población y a la cual se debe responder.

A nivel de gobierno la entidad que vigila el cumplimiento de la asignación de los recursos es el Órgano Superior de Control de la Secretaría de la Función Pública y el que vigila el cumplimiento del desempeño es la Auditoría Superior de la Cámara de Diputados.

En el caso de los hospitales deben considerarse entre otros los siguientes documentos legales:

Ley General de Salud. El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y las Normas Oficiales Mexicanas

---

Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C., *Sistemas de gestión de la calidad –Requisitos*, COTENNSISCAL, México primera edición 2001

- NOM-197-SSA1-2000. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada. DO. 17 abril de 2000.
- NOM-1-7SSA1-1998. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios DO. 29 de octubre de 1999.
- NOM-025-55A2-1 994. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica psiquiátrica. DO. 16 de noviembre de 1995.
- NOM-001-SS-1993. Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito y permanencia de los discapacitados a los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud. DO.. 6 de diciembre de 1994.
- NOM-1 46-SSA1 -1996. Salud ambiental. Responsabilidades sanitarias en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X. DO. 3 de octubre de 1997.
- NOM-156-SSA1-1996. Salud ambiental. Requisitos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con Rayos X. DO. 26 de septiembre de 1997.
- NOM-157-SSA1-1996. Salud Ambiental. Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con Rayos X. DO. 29 de septiembre de 1997.
- NOM-158-SSA1-1996. Salud ambiental. Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con Rayos X. DO. 20 de octubre de 1997.

- NOM-002-SSA2-1993. Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria del servicio de radioterapia. DO. 11 de octubre de 1994.
- NOM-087-ECOL-1 995. Que establece los requisitos para la separación envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final de los residuos peligrosos, biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica. DO. 7 de noviembre de 1995.
- NOM-166-SSA1-1997. Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos. DO.. 13 de enero de 2000.
- NOM-170-SSA1-1998. Para la práctica de anestesiología. DO.. 10 de enero de 2000.
- NOM-171-SSA1-1998. Para la práctica de la hemodiálisis. (DO.. 29 de septiembre de 1999).
- NOM-003-SS-1993. Para la disposición de sangre humana y sus componentes terapéuticos. DO.. 18 de julio de 1994.
- NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico. DO.. 30 de septiembre de 1999.

También se debe revisar la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y la de entidades paraestatales de la Administración Pública Federal.

En resumen el deber ser de una institución está ligado a la legislación del ramo en este caso el sector salud, a sus reglamentos internos, a leyes emanadas de situaciones administrativas especiales, como la descentralización, y a todas aquellas que requieran ser cumplidas con fines de fiscalización de los fondos y del cumplimiento cabal del desempeño organizacional.

En Derecho Positivo se asume un principio muy importante que es el siguiente, las atribuciones de una entidad gubernamental son todas aquellas que están explícitamente escritas en la Ley, a diferencia que en individuos de la sociedad civil que pueden hacer más allá de lo que no se encuentra escrito, este concepto es muy importante porque muchas veces se pierde la noción de lo que podemos y de lo que no podemos hacer en el ámbito de las instituciones de servicio público.

Una vez considerada la normatividad, se debe analizar la situación que guardan las normas vigentes, considerando los siguientes aspectos:

- Grado de aplicación.
- Actualización.
- Claridad y precisión.
- Medición del cumplimiento de metas.
- Elementos para el aseguramiento de calidad.
- Costo-beneficio derivado de su aplicación.
- Agilidad en el trámite.
- Congruencia con los sistemas de información.
- Requerimientos de usuarios internos y externos.
- Estructura del documento.
- Automatización del proceso.

Además del sustento jurídico indicado en el inciso anterior, común a todas las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de atención médica, deberán identificarse las políticas normas y disposiciones específicas de la institución respectiva, relacionadas con la prestación de dichos servicios.

Considerando que la función regulatoria en la prestación de los servicios de atención médica se orienta en lo fundamental hacia la normalización de los procesos respectivos y la certificación de la calidad de los mismos, es elemental la identificación de los procesos que deben normarse.

## **II. Análisis y mejora del proceso**

De la calidad del análisis de los procesos dependerá el éxito del diseño o mejora de los mismos. Para llevar a cabo el análisis de un proceso se pueden utilizar diferentes herramientas entre las cuales destacan:

- 1. El Mapa General de Procesos PEPSU**
- 2. Algoritmo de macroprocesos**
- 3. Flujograma de actividades**
- 4. Técnica del libreto**

### **1. El Mapa General de Procesos (PEPSU).**

El Mapa General de Procesos (PEPSU) es producto del diagnóstico y del análisis de la unidad administrativa, en donde se identifica con claridad, el producto final de trabajo, el proceso respectivo como punto de partida para la integración del procedimiento correspondiente.

Es una imagen sencilla de cómo opera el proceso de relación con sus proveedores (P); entradas, (E); proceso, (P); salidas, (S) y usuarios, (U), definidos más adelante.

### **2. Algoritmo de macroprocesos**

Las funciones globales de la unidad administrativa reciben el nombre de macroprocesos, para tener una visión adecuada de todas las funciones y las secciones en donde es necesario dividir el trabajo entre las personas se ha ideado en el INP este algoritmo de macroprocesos que sirve como un croquis de ruta para la definición de las actividades de toda la entidad, marca en las columnas las áreas operativas y sus funciones más importantes, y en los renglones o filas a los responsables de su ejecución.

### **3. Flujograma de actividades.**

El flujograma es una representación gráfica de lo que se va a hacer, definiendo el qué, quién, cuándo, dónde y para qué se va a hacer. Expresa además las distintas operaciones de que se compone un procedimiento o parte de él, estableciendo formatos, hechos, situaciones, movimientos, etc.

Habitualmente los flujogramas se construían teniendo como punto de partida al prestador de servicios y sus funciones administrativas, esto hacía de los manuales de procedimientos documentos de trámite que tenían poca utilidad.

Actualmente se ha diseñado en el INP una metodología autorizada para dar a los flujogramas un doble enfoque:

Uno destinado a identificar todas las actividades que debe ejecutar el usuario para obtener los productos finales de la atención.

Otro, donde los flujogramas se desarrollan en función del origen y aplicación o consumo de los recursos para quienes manejan productos (medicamentos, bienes, compras, etc.), recursos financieros, entre otros.

En la elaboración de los diagramas se aplican las actividades que deben ser realizadas, los formatos que deben ser requisitados por el usuario y se puede observar con detalle la existencia de actividades duplicadas o innecesarias, formatos sin uso pero sobre todo encrucijadas de tareas que sin ellas el servicio o las compras se interrumpirían, lo que da lugar a acciones críticas, que posteriormente se convierten en puntos de control para el desarrollo de indicadores de gestión o bien puntos de mejoría continua de la calidad.

La técnica de diagramación además traza un plan de acción y tiene que ser consecuente con el programa de trabajo; define las funciones de cada persona involucrada en los procesos de atención y expresa gráficamente las instrucciones que deben seguirse en las actividades a desarrollar, las cuales se presentan en forma detallada. (Ver pag. 39 para elaboración detallada del flujograma)

#### 4. Técnica de libreto.

Consiste en presentar en forma secuencial la descripción de actividades: "quién hace qué; cómo lo hace; cuándo lo hace y dónde lo hace".

Como título lleva el nombre completo del procedimiento. Se divide en tres columnas.

**Cuadro de base para la descripción de actividades en forma de libreto**

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Etapa del proceso	Actividad Actividad Redacción en forma sencilla y simplificada de las actividades que deben desempeñar cada uno de los actores, iniciando siempre con un verbo en el tiempo presente del modo indicativo de la tercera persona del singular. Cuando se haga referencia a un "formato" debe anotarse el nombre del mismo y su respectiva codificación.	Responsable A  Nombre del actor, ya sea puesto o área administrativa encargada de realizar en ese momento una actividad determinada
2. Etapa del proceso	Actividad Actividad Actividad	Responsable B

### III. Mejora del proceso.

Además del análisis realizado mediante el diagrama de bloque (PEPSU) y diagrama de flujo Otra utilidad práctica del flujograma es, que se puede determinar el área o parte del proceso en donde se encuentran problemas organizacionales a resolver, por ejemplo, la redundancia en el flujo del trabajo, la duplicidad de tareas, salidas innecesarias, proveedores inadecuados, insumos innecesarios.

Este ejercicio permite detectar cualquier anomalía que obstaculice el proceso y conocer el impacto que tiene esa problemática en el usuario. De la misma manera se deberán identificar las oportunidades de mejora. Para ese fin se pueden hacer las preguntas siguientes: ¿Cuál es el problema?, ¿Qué es lo que espera o necesita el usuario?, ¿Qué necesita cambios? ¿Cómo afectará el cambio al usuario? ¿Se puede simplificar el proceso?, por ejemplo, se puede reducir el número de pasos y mejorar el proceso o ¿pueden identificarse tramos que se pueden automatizar sin perder de vista al proceso en su totalidad?

Este diagrama tiene una utilidad adicional para ser expuesta en este punto, se pueden identificar los puntos críticos para mejorarlos, es una manera muy simple de ver la mejoría continua de los procesos de trabajo. Esta forma de ver la antigua supervisión abre paso al nuevo concepto de monitoría de procesos. Que permite junto con los líderes, directivos o supervisores hacer un acompañamiento racional del trabajo orientado exclusivamente a los puntos críticos.

Terminada esta parte del ejercicio de mejora podemos buscar las causas que nos impiden alcanzar las especificaciones del usuario y por ende el nivel de calidad que permita satisfacer sus expectativas.

Una vez analizada la información y conociendo la problemática, así como su impacto en la satisfacción de las necesidades del usuario, se procede a determinar las diferentes alternativas para mejorar el proceso.

Es importante no limitarse a una sola propuesta de solución, sino considerar varias opciones, identificando para cada una de ellas las ventajas y desventajas que podrían representar. Para el planteamiento de las diferentes alternativas se sugiere utilizar alguna técnica participativa, en la que intervengan representantes de otros procesos que puedan verse afectados por la mejora.

A continuación se selecciona y plantea la solución de mayor impacto sobre el problema en el servicio (siempre con enfoque al usuario), se revisa si es factible y la mejor manera de implantarla y de medirla.

Algunas veces la mejor solución no es factible en ese momento; si éste es el caso debemos preguntarnos cuáles son, temporalmente, las acciones posibles para hacer un cambio que acerque más a las especificaciones del usuario.

Recordemos que el rediseño de procesos de un servicio tiene, entre otros los propósitos siguientes: planificar para satisfacer las necesidades del usuario o grupo de usuarios afines, atender sus expectativas, desarrollar una estructura específica que muestre las funciones y componentes principales, mostrar la relación de un componente con otro, identificar los lugares y puntos concernientes al rendimiento de calidad, señalar cómo las operaciones están interrelacionadas e interconectadas e identificar los lugares donde ocurre el encuentro con los usuarios.

El último paso del análisis y mejora del proceso es la consolidación de las nuevas ideas para mejorarlo a través de la elaboración del diagrama de PEPSU del nuevo proceso, del cual partirá la integración de la normatividad.

#### **IV. Elaboración de la normatividad**

En la elaboración de la normatividad se deben tener en cuenta las premisas siguientes:

- La simplificación de métodos y del acervo normativo.
- Enfoque al usuario.
- La integración de toda la normatividad que afecte a la organización de que se trate, en su correspondiente manual de operación.
- La identificación de los elementos de medición.
- La reducción de costos.
- La congruencia con sistemas de información.

La consulta accesible de la normatividad.

La inclusión de elementos de aseguramiento de la calidad.

Con base en el plan normativo elaborado como consecuencia de análisis y mejora de los procesos y con el objeto de que las normas consideren dichas mejoras y las necesidades de quienes deberán efectuarlas es conveniente integrar un equipo de proyecto que se encargue desde la elaboración o actualización de la norma, hasta la difusión y evaluación.

La actualización normativa deberá estar respaldada en la propuesta de mejora más ventajosa, representada en el diagrama PEPSU respectivo, el cual se incluirá como contenido del manual de operación correspondiente.

## **V. Difusión y control de la normatividad**

Cómo ya se mencionó anteriormente, uno de los aspectos fundamentales en la evaluación de hospitales es, además de la existencia de manuales de procedimientos de las diversas áreas que integran los servicios hospitalarios:

- a) la verificación de su disponibilidad**
- b) su fácil acceso.**
- c) el grado de conocimiento de su contenido por parte del personal correspondiente y**
- d) el grado de cumplimiento de la normatividad establecida en la aplicación de los procedimientos respectivos.**

Para asegurar la disponibilidad y el fácil acceso a los manuales de procedimientos por parte del personal a fin de que se puedan consultar en cualquier momento, es conveniente ubicar los manuales en lugares estratégicos bien identificados y resguardados en cada uno de los servicios correspondientes.

Es recomendable apoyar la difusión de los manuales de procedimientos con un programa de capacitación partiendo de la realización de sesiones de lectura comentada en grupos de trabajo, en los cuales es factible la identificación de las necesidades específicas de capacitación.

Adicionalmente deberá llevarse el control de cada uno de los procesos normados, que permita el registro actualizado de a) la normatividad vigente, b) en elaboración y c) en actualización y estar así en condiciones de propiciar una mejora constante en materia normativa.

## **VI. Evaluación y actualización de la norma**

Como parte del proceso de control, la fase de evaluación de las normas es fundamental llevarla a cabo en forma periódica, como un análisis crítico que permita comparar los resultados de la aplicación de las normas establecidas en relación con lo esperado, a fin de determinar las causas de las variaciones y definir las posibles medidas correctivas.

En esta fase es muy recomendable obtener la opinión de los usuarios en relación con diversos aspectos considerados en el inciso de elaboración o actualización del diagnóstico y plan normativo de este documento, tales como su grado de aplicación y actualización; claridad y precisión del instrumento; cumplimiento del objetivo y metas establecidas; agilidad en los trámites; costo-beneficio estimado; congruencia con los sistemas de información; requerimientos de los usuarios internos y externos; estructura del documento, etc., con lo cual se cierra un ciclo del proceso normativo y se inicia otro.

La revisión y actualización periódica de los manuales de procedimientos es otro de los aspectos que se consideran en la evaluación de los hospitales.

En términos generales estos manuales de procedimientos deben revisarse y actualizarse por lo menos cada dos años y en algunos casos, como los correspondientes a las diferentes áreas de hospitalización (por cada tipo de personal profesional y no profesional), la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales<sup>2</sup> establece en el Manual del Evaluador de hospitales), al menos cada año.

## **B. MANUAL DE ORGANIZACIÓN**

El manual de organización tiene como objetivo proporcionar información sobre la estructura orgánica y funciones del INP y de sus órganos, a fin de coadyuvar en el aprovechamiento de los recursos y el desarrollo de los procesos generales a su cargo.

Explica la jerarquía, los grados de autoridad y responsabilidad; señala los objetivos, las funciones y las actividades de los órganos del INP. Generalmente contiene gráficas de organización, descripciones de trabajo, cartas de límites de autoridad, etc.

Se inicia con el diseño conceptual y la definición de la estructura orgánica, representada finalmente en organigramas estructurales. Es la fase donde se requiere mayor creatividad y experiencia para determinar las unidades administrativas estrictamente indispensables para el funcionamiento óptimo de la empresa, sin fraccionar procesos.

A fin de lograr lo anterior es necesario realizar los pasos siguientes:

- Identificar los procesos generales y específicos que justifican la trascendencia y funcionamiento del INP.
- Identificar, con base en los procesos generales y específicos, las funciones sustantivas; es decir, aquellas que son la razón de ser del INP.
- Elaborar el esquema general de procesos a cargo del INP y con base en éste, diseñar alternativas de organización, representándolas en organigramas estructurales, aplicando los niveles jerárquicos autorizados.
- Agrupar por procesos o afinidad a las funciones identificadas y asignadas a las unidades administrativas determinadas y definir su interrelación.

---

<sup>2</sup> La comisión Nacional de Certificación de Hospitales,; en ella participan la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las Academias Nacionales de Medicina y de Cirugía.

---

- Elaborar un esquema de funcionamiento y con base en éste diseñar alternativas de organización
- Determinar el nombre de los órganos de tal forma que identifiquen las funciones sustantivas que realizan.

### **1. Contenido del Manual de Organización**

#### Índice

- I. Introducción.
- II. Objetivo del Manual
- III. Antecedentes Históricos del Área
- IV. Marco Jurídico.
- V. Atribuciones
- VI. Misión y Visión del área
- VII. Estructura Orgánica
- VIII. Organigrama(s)
- IX. Descripción de Funciones
- X. Perfil del Puesto
- XI. Glosario.
- XII. Control de Cambios

### I. Índice (desde la introducción hasta los anexos).

En éste rubro se deberá describir la relación que especifique de manera sintética y ordenada, los capítulos o apartados que constituyen la estructura del manual, así como el número de hoja en que se encuentra ubicado cada uno de estos.

#### I. Introducción

Es la exposición de motivos y propósitos que dan origen a la elaboración de manual de organización específico, así como la explicación de su contenido en forma general, información de su ámbito de competencia y los alcances del mismo, considerar que está dirigido a todo el personal de la Unidad para su cONSULTA

#### II. Objetivo Manual

Misión que le corresponde al área; el fin último que se pretende alcanzar mediante la realización de sus funciones substantivas, para contribuir al logro de los objetivos de la empresa. Cuando exista más de un objetivo, se deberán jerarquizar de acuerdo a su importancia y en relación con sus atribuciones. La redacción de los objetivos se deberá iniciar con un verbo en infinitivo.

#### III. Antecedentes Históricos del área

Se deberá realizar una descripción narrativa y cronológica de los aspectos sobresalientes de la evolución de la Unidad Administrativa, destacando las razones o causas que le dieron origen.

Se recomienda iniciar con la fecha en que se creó y el antecedente considerado como más relevante de creación de la unidad administrativa u organismo. Deberán describirse las modificaciones sucesivas que ha tenido en cuanto a sus atribuciones, organización y funcionamiento, así como el relato de aquellos sucesos históricos que manifiesten el espíritu y naturaleza social de la unidad administrativa.

Breve semblanza del área, que identifique las acciones más significativas, que determinan y justifican su estructura y funcionamiento. En este capítulo se podrán incluir la sustentación legal y antecedentes del área. En los antecedentes del área, se describirá lo relevante de los datos históricos de su evolución, hasta la época actual.

#### IV. Marco Jurídico.

En éste apartado se mencionan las disposiciones jurídicas relacionadas por orden jerárquico, que dan o dieron origen a la organización y que establecen su creación, sus atribuciones y aquellas que regulan su funcionamiento.

Se deberá ordenar y jerarquizar los documentos jurídico-administrativos vigentes, en forma descendente, como se muestra a continuación:

- A. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- B. Leyes, Códigos y Convenios Internacionales
- C. Reglamentos
- D. Decretos
- E. Acuerdos
- F. Circulares y/u Oficios
- G. Documentos Normativos-Administrativos (manuales, guías o catálogos)
- H. Otras disposiciones (se anotarán los documentos que por su naturaleza no pueden ser incluidos en la clasificación anterior).

#### V. Atribuciones

Se deberán transcribir textualmente las facultades otorgadas a la unidad administrativa, como se establecen en el Reglamento Interior de esta Dependencia o en su Decreto de Creación ( Estatuto Orgánico)

Acciones a desarrollar:

Indique el nombre del ordenamiento jurídico que confiere las atribuciones y la fecha de publicación en el Diario Oficial de la Federación;

Verifique la vigencia del ordenamiento jurídico, haciendo referencia al artículo donde se consignan las atribuciones conferidas;

Señale el título del ordenamiento, artículo y fracción correspondiente y transcriba el texto íntegro de las atribuciones de la unidad administrativa.

#### VI. Misión y Visión.

La **Misión** es la razón de ser de la unidad administrativa que explica su existencia.

Explica el interés público que justifica que un área reciba los recursos

Es una declaración formulada que describe su propósito fundamental

Determina de manera sintética y clara su quehacer sustantivo y estratégico, así como el fin para el que fue creado.

### **¿Cómo se construye?**

La misión se construye respondiendo a cuatro preguntas clave:

¿Qué hacemos?

¿Para que lo hacemos?

¿A través de que lo hacemos?

¿Para quién lo hacemos?

### **¿Qué características debe tener?**

Generar motivación y compromiso entre los integrantes del área

Definir el campo de especialidad y delimitar fronteras de responsabilidad del área

Ser un párrafo corto

Debe ser compatible con la Misión del Instituto

Debemos observar otras características en la misión; esta debe:

Ser diseñada por todos los miembros de la organización, discutiendo concretamente en torno a las funciones de ésta última, los aspectos esenciales de su actividad de trabajo. Hay ocasiones en que la finalidad de una organización es el dinero y que el negocio fue colocado con fines de lucro, aun estos casos deben buscar el beneficio social que buscan y la capacidad que tienen sus productos de satisfacer las necesidades de los usuarios o clientes externos y la capacidad de los prestadores de servicios o clientes internos.

Poderse leer iniciando con la declaratoria “La misión de enfermería es...” lo cual nos llevará a proponer la siguiente palabra como sustantivo y no como verbo situación que establece una diferencia clara entre la misión y los objetivos.

Por ello el enunciado de la misión se declara directamente con un sustantivo como: “... la atención que otorgan...” Note que aquí se pone con un sustantivo y no con un verbo como debería escribirse un objetivo.

### **La Visión**

Es el escenario altamente deseado por la Dependencia que se quiera alcanzar en el largo plazo.

### ¿Cómo se construye?

La Visión se construye respondiendo a las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué y cómo queremos ser?
- ¿Qué deseamos lograr?
- ¿Cómo queremos que nos describan?
- ¿Cuáles son nuestros valores?
- ¿Qué valor queremos que nos distingan?
- ¿Hacia donde queremos cambiar?

### ¿Qué características debe tener?

Debe establecer los alcances para establecer el alcance de los esfuerzos para realizar, de manera amplia y detallada para que sea lo suficientemente entendible.

Debe ser positiva y alentadora para que invite al desafío y la superación, justificando un esfuerzo extra de la institución o área.

Debe ser compatible con la Visión del Instituto.

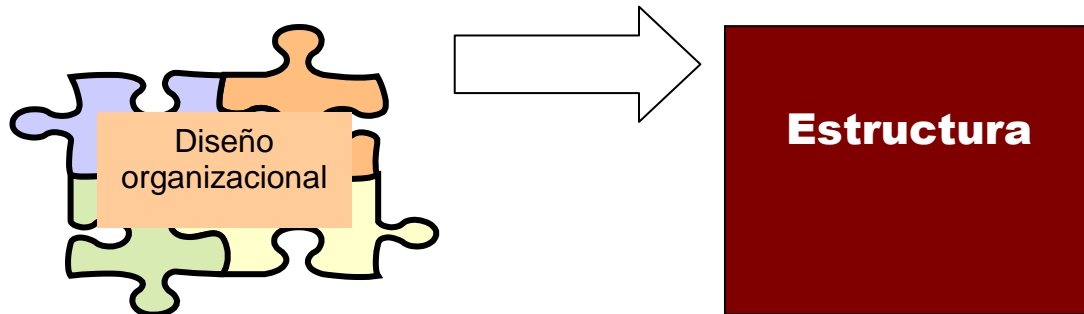
La visión permite establecer el alcance de los esfuerzos por realizar, de manera amplia y detallada para que sea lo suficientemente entendible: debe ser positiva y alentadora para que invite al desafío y la superación.

## VII. Estructura Orgánica

Es la disposición sistemática y ordenada de las áreas que integran la Unidad administrativa, conforme a criterios de jerarquía, especialización y con codificación específica, de forma tal que sea posible visualizar los niveles y sus relaciones de dependencia

**Diseño organizacional.** El primer paso para organizarse lo constituye **el diseño de la empresa**, en donde el patrón específico de las relaciones que los gerentes crean en este proceso, es la estructura organizacional como marco para dividir y coordinar las actividades de los miembros de una organización.

El **diseño** es un proceso en el cual los gerentes eligen la estructura adecuada para la organización y el entorno.

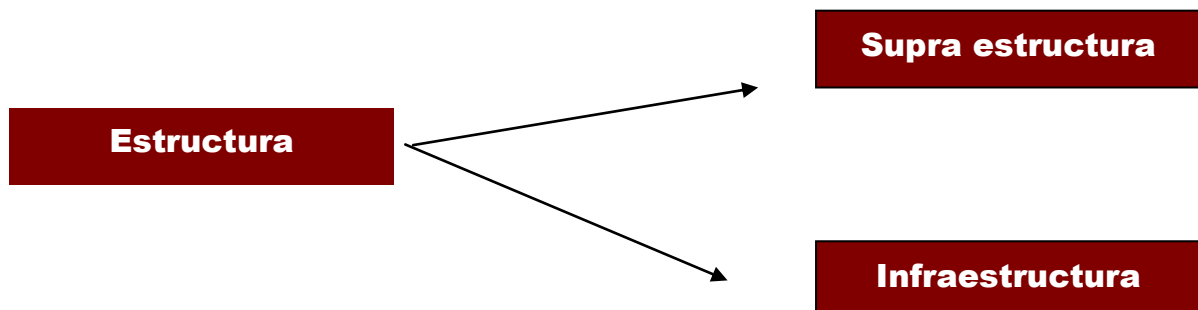


La **estructura organizacional** es la forma en que se esquematiza, clasifica y asigna responsabilidad así como las relaciones internas entre las personas de la organización, se delimita la autoridad, se establecen los controles, los incentivos y se distribuye el trabajo para lograr en el corto, mediano y largo plazo los objetivos y metas de los departamentos en particular y de la empresa en general.

Es el respaldo del desarrollo institucional y del desempeño en general, incluida la actuación del directivo en su papel gerencial, es el eje conductor sobre el cual se guían todos los integrantes de la organización para realizar cotidianamente y en forma ordenada el trabajo.

La estructura organizacional, permite a la organización los mecanismos para reducir la incertidumbre interna (unidades de control) y externa (previsión, investigación y planeación). Por lo tanto podemos decir que la estructura organizacional tiene como función principal, la disposición de los componentes y la relación de las diferencias que se dan entre los actores individuales de la organización para asegurar el cumplimiento de los objetivos.

Para fines prácticos la estructura se divide en dos grandes grupos:



## **Supraestructura**

La supraestructura ayuda a ubicar físicamente a las personas dentro de la empresa de acuerdo a las funciones que realizan a su vez describe la importancia de la estrategia tanto de los niveles como de los grupos de administración, es decir:

- Es la departamentización de la organización
- La parte visible de la estructura organizacional
- Permite comprender la relación que guarda cada persona y departamento entre si

El diseño de la supraestructura en las organizaciones depende de las características, tamaño, giro y necesidades de la organización. Cabe resaltar que la supraestructura se encuentran conformada por:

Organigrama. El organigrama es un diagrama que presenta en forma esquemática las relaciones que existen entre las personas a través de puestos de trabajo y sus líneas jerárquicas.

Establece gráficamente la departamentización y la forma como está dividido el trabajo atendiendo a macroprocesos en las diferentes áreas o departamentos de la organización y muestra la estructura formal por niveles de dependencia y formas de control. Es un documento importante porque ubica los principales niveles de relación, autoridad, coordinación y asesoría.

En todo organigrama es importante tomar en cuenta el tramo de control de cada persona:

¿Quién me manda?

¿A quién mando?

¿Quién me asesora?

¿Con quién me asesoro?

El nivel de autoridad identifica el grado de poder formal que se asigna a algún individuo de la organización en cuanto a la naturaleza y extensión de sus responsabilidades para dirigir a un grupo de personas y coordinar un conjunto de recursos y lograr el cumplimiento de una fracción de los productos de la empresa.

Principios de autoridad son:

La autoridad siempre debe ser delegada de manera formal, esto con la finalidad de ejercer el mando y poder tener acceso a hacer cumplir con el reglamento y la normatividad de la institución.

Debe existir unidad de mando, esto es que para cada persona debe existir una sola línea de autoridad, ya que la duplicidad genera fuentes artificiales de poder y dualidad de instrucciones, por lo que está demostrado que la productividad tiende a disminuir de forma importante.

La autoridad es descendente, tiene que ejercerse desde niveles superiores no solo en asignación sino que se prefiere también que sea en formación y en ascendencia moral sobre el personal para producir un liderazgo de manera natural.

**Coordinación.** La coordinación es una forma de relación entre las personas del mismo nivel jerárquico, no tiene carácter obligatorio pero es muy necesaria para acortar distancias organizacionales y tiempos de trabajo, establece mecanismos para integrar las actividades de los departamentos en un todo congruente bajo un principio de sistematización.

La coordinación debe ser básicamente en aquellas actividades en donde los subsistemas de producción tienen intersección y puede correr riesgo de duplicidad de trabajo, este es el conveniente más importante, ya que la duplicidad es uno de los eventos que generan más pérdidas en las organizaciones. Otra conveniencia de la coordinación es una forma de delegar a quienes son más expertos, el trabajo a realizar, en forma convenida podemos intercambiar trabajo.

El nivel de coordinación dependerá de la naturaleza de las tareas realizadas y el grado de interdependencia que existe entre las personas de las diversas unidades que las realizan. La coordinación es un contrapeso para la división del trabajo, ya que el exceso de especialización laboral suele aislar a los equipos de trabajo y a las personas en las organizaciones, la coordinación tiene como atributo la asociación de los grupos en intereses comunes y secuenciales, con el propósito de asegurar que las relaciones de trabajo entre personas se humanicen y permitan mejorar el desempeño.

**Asesoría.** La asesoría se define como la opinión externa que realiza un observador sobre el proceso de trabajo. Es importante destacar que la asesoría, como consejería, debe ser otorgada por personas con ascendencia técnica y moral de los asesorados, por lo tanto es recomendable ubicar asesores con un mayor grado técnico o académico, mayor jerarquía, procedentes de áreas normativas y con capacidad de evaluar y valorar el desempeño de los asesorados. El asesor no tiene línea de mando y debe dirigir sus sugerencias por escrito en todo momento, al asesorado y a su autoridad inmediata, dar seguimiento a las recomendaciones y adoptar la metodología descrita por Reyes Ponce con relación a la supervisión, que consiste en analizar la situación e información; verificarla de manera objetiva y documental; diagnosticar las necesidades y jerarquizarlas; asesorar sobre aquellos aspectos conocidos que requieran reforzamiento; capacitar sobre los aspectos que el personal ignora y que pueden ser operados con un acompañamiento, sin sistematizar necesariamente un curso grupal.

## VIII. Organigrama

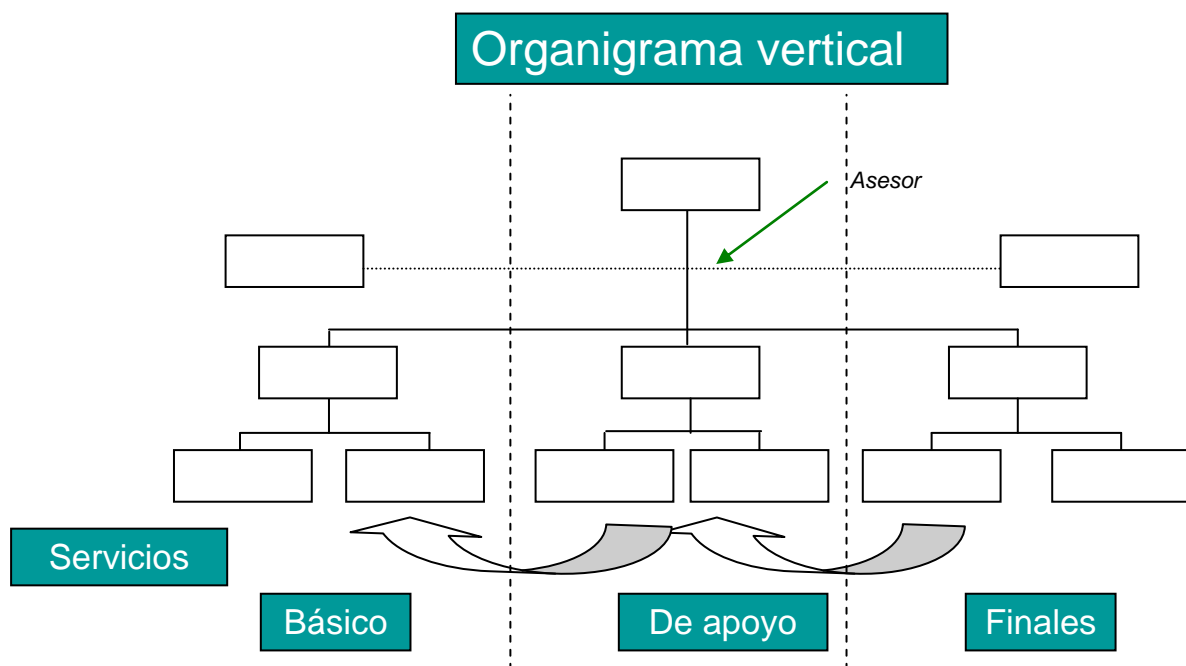
Es la Representación Gráfica de la Estructura orgánica de la Unidad Administrativa que muestra el agrupamiento de sus áreas, atendiendo su naturaleza y el nivel jerárquico.

### Tipos de organigrama

**Vertical.** Es un tipo de organigrama que señala las líneas de autoridad de arriba hacia abajo, el dibujo debe tener como características:

Unir cada puesto con una línea desde el centro de cada cuadro, todos los cuadros son del mismo tamaño y tienen una distribución simétrica en la asignación, esto permite observar el sistema de trabajo dado a que su colocación es de izquierda a derecha (producto básico hacia producto final).

En el organigrama vertical no se recomiendan más de cinco subalternos por cada unidad de mando, todas las personas y su función debe tener un lugar. Los asesores o el comité técnico no tiene línea de mando estos se colocan a los lados izquierdo y derecho con línea punteada.

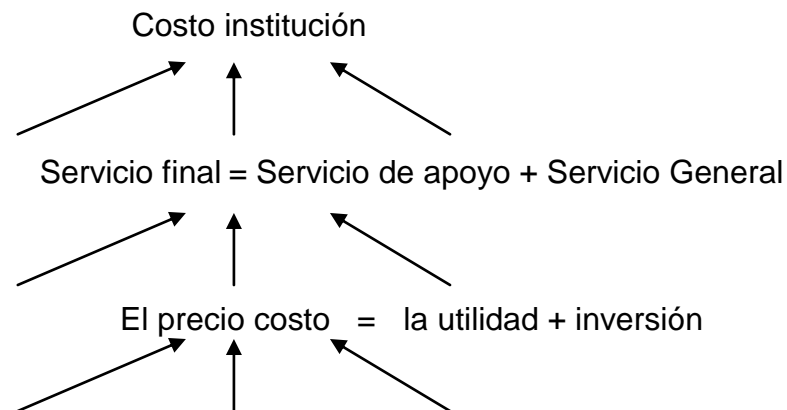


La construcción sistémica del organigrama nos permite identificar tres niveles de servicios: Básicos, intermedios o de apoyo y finales.

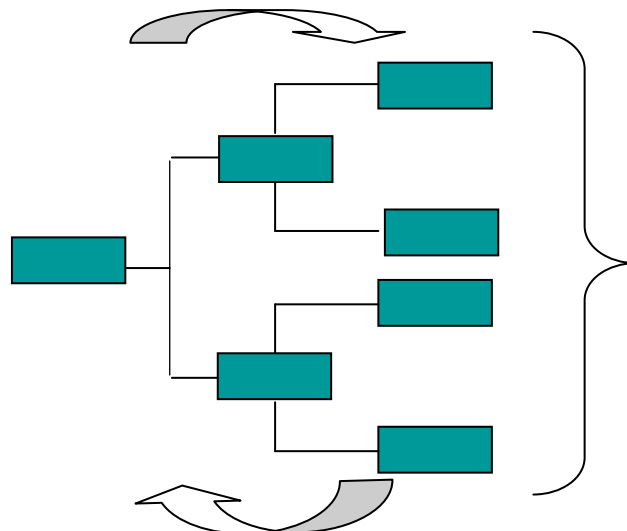
Servicios básicos: Son aquellos cuyo producto de trabajo es útil para los de apoyo, los finales y los usuarios o clientes de los servicios.

Servicios de apoyo: Aquellos cuyo subproducto sirve al servicio final y al usuario.

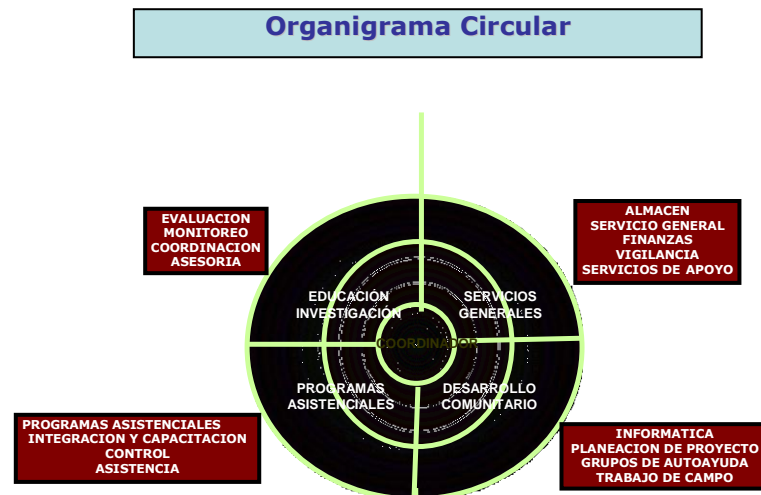
Servicios finales: Son aquellos cuyo producto solamente es útil al cliente y tienen como característica que definen los productos finales de los servicios y por lo tanto las unidades de costo y que le da identidad a la organización.



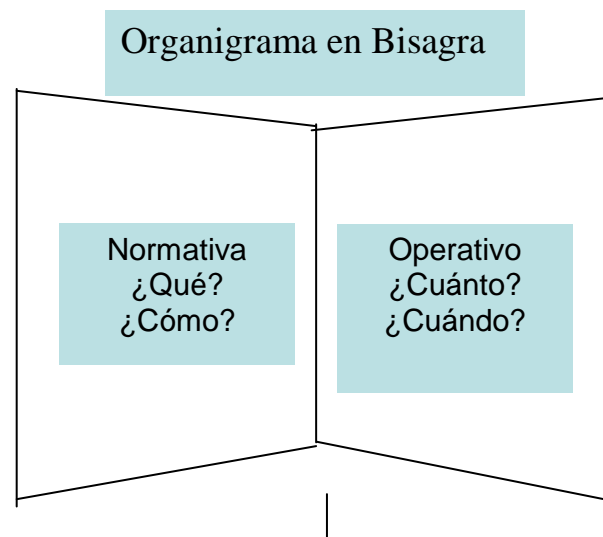
**Horizontal.** Tiene la característica de organizar las actividades en forma horizontal lo cual permite suavizar la línea de mando dado a que hay mayor distribución del trabajo. Se construye de la misma manera pero da la impresión de libertad sobre todo en áreas de laboratorios o de investigación donde la información puede ser más autónoma que en áreas de servicios.



**Circular.** Tiene forma radiada y tiene la cualidad de que no genera estructura por lo cual puede asignarse a unidades de atención que sean más una coordinación que una jefatura, posee una jerarquía que se llama 4 x 4.



**Bisagra.** El organigrama en bisagra es útil para identificar una autoridad normativa y otra operativa. La autoridad normativa es la que señala el qué y el cómo y la autoridad operativa señala el cuándo y cuánto. Esto permite despejar los inconvenientes de autoridades centrales estructuradas con las mismas unidades de producción que las autoridades operativas y por ende la dualidad de mando que siempre genera parálisis organizacional. Puede ser tan compleja como se desee, pero lo importante es que funcionalmente cada individuo tenga claro el rol que le compete.



## IX Descripción de Funciones

Las funciones pueden clasificarse en dos: sustantivas y de apoyo. La redacción de las funciones tendrá como características, ser breves, claras y precisas. Cada función iniciará con un verbo en infinitivo, teniendo especial cuidado en vigilar que las funciones asignadas a los órganos de nivel jerárquico superior, cuenten con el respaldo correspondiente en sus dependencias subordinadas

**Funciones sustantivas** Son las que identifican la esencia de la empresa y que desarrollan sus órganos, para el cumplimiento de los objetivos, así como los procesos generales y específicos a su cargo.

**Funciones de apoyo.** Son aquellas que facilitan y contribuyen el logro de las funciones sustantivas, ya que forman parte del proceso administrativo y que por su naturaleza de carácter técnico-administrativa son de carácter obligatorio y de aplicación general por todas las dependencias de una empresa.

## x Perfil de Puestos

Permite Identificar las aptitudes, cualidades y capacidades que, conforme a la descripción del puesto, son fundamentales para la ocupación y desempeño del mismo.

Se anexa formato de llenado

## XI Glosario

En este capítulo se deben de enunciar los términos más relevantes empleados por las áreas al definir sus funciones, así como los más significativos al elaborar el manual de organización correspondiente.

### C. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Se define como el documento que describe en su secuencia lógica las distintas operaciones o pasos que componen un proceso, señalando generalmente quién, cómo, dónde, cuándo y para qué han de realizarse.

#### 1. El contenido general de un manual de procedimientos incluye los siguientes ítems:

Portada

índice.

- I. Introducción.
- II. Antecedentes Históricos del área
- III. Objetivo del Manual
- IV. Marco Jurídico
- V. Procedimientos

Denominación del Proceso

1. Propósito
2. Alcance
3. Políticas de operación, normas y lineamientos.
4. Documentos de Referencia
5. Descripción de Actividades
6. Diagrama de bloque (PEPSU).
7. Flujograma (Estructura, Proceso y Resultado).
8. Formatos.
9. Anexos

VI. Indicadores

VII. Glosario

VIII. Bibliografía y/o referencias

IX. Control de Cambios

### Portada.

Esta deberá contemplar:

En la parte central superior anotar la denominación del área mayor de la cual depende la unidad administrativa que elabora el Manual.

En la parte central de la hoja se señalará el título del documento y;

En el ángulo inferior derecho se incluirá la fecha de elaboración (mes y año).

### Índice (desde la introducción hasta los anexos).

En éste rubro se deberá describir la relación que especifique de manera sintética y ordenada, los capítulos o apartados que constituyen la estructura del manual, así como el número de hoja en que se encuentra ubicado cada uno de estos.

#### I. Introducción.

Como presentación del documento da una visión general de la materia que se trata, así como algunos aspectos relacionados con su fundamentación evolución y bases legales. En la fundamentación se resumen los elementos que sustentan la elaboración del manual, de las necesidades que cubre y de las ventajas que aporta su aplicación.

En la evolución, de manera opcional pueden resumirse los datos históricos sobre el desarrollo del servicio del área involucrada en el proceso respectivo, desde su creación hasta su fecha actual y que sean relevantes en relación con los lineamientos que se presentan.

En la base legal se pueden enunciar los aspectos jurídicos y administrativos que afectan al área o proceso, los cuales pueden ser extra e intrainstitucionales, tales como leyes, reglamentos, decretos, acuerdos, manuales, instructivos, circulares y oficios y en el caso de manuales de procedimientos hospitalarios las Normas Oficiales Mexicanas, entre otras que se mencionan en este documento en su inciso: "sustento jurídico nacional".

Deberá verificarse la vigencia de los documentos e indicarse claramente los datos de referencia de los instrumentos legales y su fecha de emisión.

#### II. Antecedentes Históricos de área

En este apartado se realizará una descripción narrativa y cronológica de los aspectos sobresalientes de la evolución y desarrollo histórico de la Unidad Administrativa, destacando las razones o causas que le dieron origen. Se recomienda iniciar con la fecha en que se creó el área

### III. Objetivo del Manual

Conceptualmente y de manera general, objetivo es la expresión cualitativa de un fin o propósito que se pretende alcanzar o bien el fin o condición, ya sea con la ejecución de una operación, de un procedimiento, de una función completa o de todas las actividades de una institución.

La redacción del objetivo debe iniciarse con un verbo en infinitivo. Puede existir más de un objetivo, en cuyo caso se deben jerarquizar de acuerdo con su importancia y en relación con sus atribuciones y se deben de redactar por separado.

En los manuales de procedimientos hospitalarios se pueden diferenciar dos tipos de objetivos: a) El o los objetivos del procedimiento y b) El o los objetivos del propio manual como documento.

### IV. Marco Jurídico

En éste apartado se mencionan las disposiciones jurídicas relacionadas por orden jerárquico, que dan o dieron origen a la organización y que establecen su creación, sus atribuciones y aquellas que regulan su funcionamiento.

Se deberá ordenar y jerarquizar los documentos jurídico-administrativos vigentes, en forma descendente, como se muestra a continuación:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Leyes, Códigos y Convenios Internacionales
- Reglamentos
- Decretos
- Acuerdos
- Circulares y/u Oficios
- Documentos Normativos-Administrativos (manuales, guías o catálogos)
- Otras disposiciones (se anotarán los documentos que por su naturaleza no pueden ser incluidos en la clasificación anterior).

## **V. Procedimiento**

### Denominación del Proceso

Corresponde al nombre y número del procedimiento, que deberá ser igual al que aparece en el índice y servirá como separador de los mismos.

#### 1. Propósito

Es la condición o resultado cuantificable que debe ser alcanzado y mantenido con la aplicación del procedimiento, y que refleja el valor o beneficio que obtiene el usuario. El propósito debe redactarse en forma breve y se especificará los resultados o condiciones que desean lograr, e iniciará con un verbo en infinitivo y, en lo posible, se evitará utilizar gerundios y adjetivos calificativos.

#### 2. Alcance

Área o campo de aplicación del procedimiento, es decir, a quiénes afecta o qué límites e influencia tiene.

#### 3. Políticas de operación, normas y lineamientos

Una política es una guía básica para la acción; presenta los límites generales dentro de los cuales han de realizarse las actividades. Es una norma de carácter general que regula la actuación de los integrantes de una institución sobre una función determinada para alcanzar objetivos.

Las políticas sirven para orientar a los subordinados en las decisiones que deben tomar; evitar frecuentes consultas sobre asuntos fundamentales y favorecer la coordinación y uniformidad en el funcionamiento y el trabajo del equipo.

Deben estar ordenadas y agrupadas de acuerdo con el concepto que se esté normando y redactado en futuro de indicativo.

#### 4. Documentos de Referencia

Aquellos documentos requeridos para llevar a cabo el procedimiento, y que facilitan el entendimiento del mismo o complementar su ejecución.

## 5. Descripción de Actividades

Es la narración cronológica y secuencial de cada una de las actividades que deberán agruparse en etapas, y que hay que realizar dentro de un procedimiento, explicando quién, qué, cómo, dónde y cuándo se hace, a través de la narrativa de las etapas que constituyen las diferentes fases del procedimiento.

Secuencia de etapas	Actividad	Responsable
1. Etapa primordial	1.1 Actividad 1.2 Actividad 1.3 Actividad, etc.	Responsable A
2. Etapa primordial	2.1 Actividad 2.2 Actividad 2.3 Actividad, etc.	Responsable B

Procedimiento es la secuencia de actividades relacionadas entre si y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen una estación de trabajo.

Es la sucesión cronológica o secuencia de operaciones concatenadas con un método de ejecución, que realizadas por una o varias personas, constituyen una unidad y son necesarias para realizar una función o parte de ella; es pues, una "rutina de trabajo". Una operación es cada una de las acciones físicas o mentales, pasos o etapas que es necesario ejecutar para llevar a cabo una actividad determinada.

Los procedimientos pueden ser: técnicos, médicos administrativos o mixtos. Debe hacerse hincapié en que en el desarrollo de todos los procedimientos deben incorporarse elementos que permitan el aseguramiento de la calidad. La presentación de los procedimientos es conveniente hacerla mediante la "técnica del libreto y el diagrama de flujo.

### Sugerencias para una buena descripción de procedimientos

- El nombre del procedimiento debe dar idea clara de su contenido
- La descripción del procedimiento debe redactarse en forma clara y sencilla
- No deben incluir dos procedimientos diferentes en uno
- Si el inicio de un procedimiento indica la recepción de documentos, mencione de quien los recibe.
- Toda actividad debe iniciarse con un verbo en tiempo presente del indicativo, en tercera persona del singular, ejemplo; elabora, envía etc.
- Se deberá buscar que las actividades sean agrupadas en etapas para facilitar su diagramación.
- Numere cada una de las etapas que se realizan conforme a la secuencia lógica del procedimiento. Las etapas deben comenzar con adverbios como (Autorización, verificación, etc.)
- Pueden incluirse dos o tres actividades en una sola etapa, siempre y cuando sea comprensible su redacción.
- Cuando sea necesario hacer alguna aclaración o indicar algo que no es posible mencionar como actividad, puede citarse de la manera siguiente:

---

Con base en las atribuciones conferidas en el  
Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

---

- Indique el número de tantos en que se elabore, se envíe o se reciba de cada documento
- Indique los acuses de recibo y el archivo de los documentos.
- Cuando en el desarrollo del procedimiento se origine por primera vez algún formato, se deberá anotar su nombre completo y en las actividades subsecuentes se podrá mencionar su nombre genérico y/o su clave de identificación.
- En la distribución de documentos debe indicarse a que puesto o área se envía.
- Indique si el archivo es temporal o definitivo.
- Indique el término del procedimiento con la leyenda: TERMINA PROCEDIMIENTO

Todas las secciones del documento deberán llenarse, en caso de no ocurrencia para la unidad administrativa, se indicará la frase “No Aplica”.

## 6. Diagrama de bloque (PEPSU).

El diagrama de bloque (PEPSU) producto del diagnóstico y del análisis del proceso respectivo es el punto de partida para la integración de la normatividad de los procedimientos correspondientes.

Es una imagen sencilla de cómo opera el proceso de relación con sus proveedores (P);.entradas, (E); proceso, (P); salidas, (S) y usuarios, (U), definidos en los términos siguientes<sup>3</sup>:

- **Proveedores.** Son entidades o personas que proporcionan las entradas, tales como: materiales, información y otros insumos. Pueden ser uno o varios proveedores en un proceso, ya sean internos o externos.

---

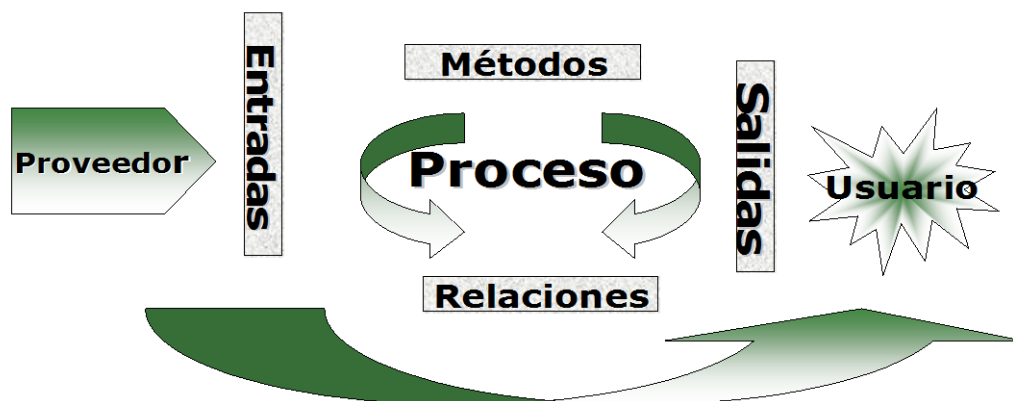
<sup>3</sup> Dirección de Finanzas y Sistemas. Unidad de Organización y Procesos, *Manual de Normatividad.* IMSS. México, 1997

---

- **Entradas**. Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos, en donde invariablemente las entradas deben ser medibles, con la finalidad de establecer si satisfacen los requerimientos del proceso y pueden ser una o varias entradas.
- **Proceso**. Es el conjunto de sistemas y procedimientos, materiales, máquinas, personas, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios. Es donde se convierten las entradas en salidas.
- **Salidas**. Son los bienes o servicios resultantes de un proceso; por lo tanto, deben ser medibles a fin de identificar si satisfacen las necesidades de los usuarios. Hay procesos que tienen una salida para cada usuario y otros que tienen una salida que está orientada a varios usuarios.
- **Usuarios**. Son las personas o entidades que se benefician con las salidas.

## ANALISIS DE PROCESOS DECISIONES DE CAMBIO

### MODELO PEPSU



El análisis del proceso considera la revisión del mismo en sentido inverso a la presentación del diagrama PEPSU: Usuarios-Salidas-Proceso-Entradas-Proveedores; es decir para el enfoque hacia la calidad, se debe iniciar con los usuarios.

Se recomienda enlistar a los usuarios actuales y verificar si son éstos efectivamente los que reciben el trabajo o servicio y si no hay usuarios que no han sido considerados. Para facilitar el análisis de procesos, se realizará dando respuestas a las preguntas que se formulen para cada aspecto, especificando el por qué de la respuesta.

- Para conocer los requerimientos del usuario debemos preguntarnos lo siguiente:
- ¿Se conocen realmente las necesidades del usuario?
- ¿Existe alguna necesidad que no haya sido manifestada?
- ¿Las necesidades o expectativas son satisfechas?
- ¿Ha preguntado al usuario sobre los principales problemas que percibe y su tendencia conforme transcurre el tiempo? (Si empeora, se estabiliza o mejora)
- ¿Sabe realmente lo que quiere el usuario?
- ¿Tienen todos los usuarios del proceso las mismas necesidades?
- ¿Cuál es el impacto por el incumplimiento de las características del servicio?

Una vez identificados los requerimientos del usuario se deben comparar con las salidas. Las siguientes preguntas nos pueden ayudar:

- ¿Existen salidas que no tienen razón de ser?
- ¿Existen especificaciones o salidas para los requerimientos?
- ¿Está usted conforme con la calidad de la salida?
- ¿Existen requerimientos o necesidades que tengan respuesta a través de una salida?

**Se continúa con el análisis del proceso:**

- ¿Cómo produce sus salidas? ¿Puede hacer un diagrama del proceso? ¿Existe otra forma de hacer el trabajo?
- ¿Lo hacen los demás de la misma manera o de diferente manera? ¿Puede ser simplificado?
- ¿Sabe si está realizando un buen trabajo? ¿Qué es capaz de aportar en el proceso?
- ¿Invariablemente se pueden predecir los resultados del trabajo? ¿Los recursos con que cuenta son suficientes y adecuados?

**Véase a sí mismo como proveedor de varios usuarios.**

**Solicite al usuario las ideas de mejora para la solución de las incidencias.**

**Ahora compare las entradas o insumos con los requerimientos o necesidades:**

- ¿Satisfacen los insumos los requerimientos y las necesidades en cuanto a calidad, cantidad, periodicidad, uniformidad, puntualidad, precisión, etc.?; en su caso: ¿Conoce el proveedor éstas deficiencias?
- ¿Existen insumos que no tienen razón de ser?
- ¿Las especificaciones o medidas de los requerimientos están bien definidas y actualizadas? ¿Existen requerimientos que no han sido atendidos?
- ¿Está conforme con la calidad de los insumos?
- ¿Ha negociado su requerimiento con el proveedor?

En este punto identifique y actualice los proveedores internos o externos de las entradas o insumos; para ello: enliste sus proveedores actuales, separando los internos de los externos y clasifíquelos conforme a las definiciones siguientes:

- Proveedores internos: son las áreas o personas que forman parte de la institución y que suministran los insumos o entradas para llevar a cabo el proceso de trabajo que se analiza.
- Proveedores externos: son aquellos organismos, empresas o público en general que suministran cualquier insumo para realizar el proceso de trabajo que se analiza.

El análisis así realizado permite conocer el comportamiento del proceso y sus límites; sin embargo, es indispensable conocer su relación con otros procesos, lo cual es posible definir a través del mapa de procesos que se construye uniendo los procesos, con base en la relación que se da entre proveedores y usuarios; esto es, si los usuarios de un proceso son los proveedores de otro proceso, ambos procesos deben representarse unidos gráficamente.

Para profundizar en el análisis de un proceso, es conveniente recurrir a los diagramas de flujo, en los cuales se muestran detalladamente las secuencias de las actividades y formatos que integran el proceso.

## 7. Diagramas de flujo.

Es la representación esquemática del procedimiento, donde se ilustra gráficamente con símbolos convencionales la estructura, la dinámica, las etapas y las unidades que intervienen en su desarrollo. Este medio nos permite:

- Conocer e identificar los pasos de un procedimiento.
- Descubrir fallas tales como, redundancia de pasos a seguir, ineficiencia o malas interpretaciones.
- Elaborar los diagramas, siendo necesario conocer los símbolos a los que se les ha conferido convencionalmente un significado específico y manejo de determinadas reglas en cuanto a su aplicación.

- Diagramar su presentación, la que es presentada en hojas conforme a las etapas y unidades que se mencionen.
- Utilizar en la Administración Pública Federal el uso de la simbología de American National Standard Institute (ANSI).

Para su elaboración, se debe identificar al área responsable del procedimiento, su código, denominación y las unidades que intervienen en su desarrollo; anotar en el encabezado de la hoja el nombre completo del diagrama, por ejemplo “Diagrama de flujo de admisión y alta hospitalaria”; y en una tabla de tres columnas se irá describiendo el proceso: se deberá utilizar una 1ª columna para la descripción de la ESTRUCTURA, una 2ª para la del PROCESO y una 3ª los RESULTADOS.

<b>Estructura</b>	<b>proceso</b>	<b>resultado</b>
Todos los insumos o entradas que deben ser integrados para iniciar las acciones del proceso	las técnicas y métodos para la elaboración de un producto o servicio	la obtención del objetivo o producto que satisface las necesidades de nuestro usuario

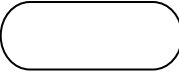


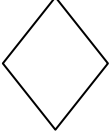
Con base en la simbología establecida (ver página 31), se determinan los símbolos que deben utilizarse en el diseño del diagrama, dependiendo de la modalidad o naturaleza de cada una de las etapas definidas en los formatos.

El punto de partida de todo diagrama se simboliza con una elipse, anotando en el espacio en blanco la palabra “INICIO”.

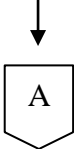
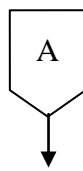
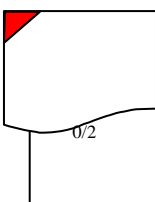
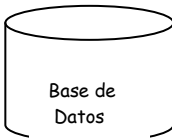
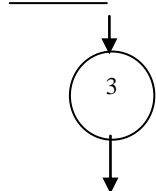
En el ejemplo se puede observar que la primera etapa esta representada por un rectángulo, identificado con un conector, una flecha direccional y la descripción de los documentos de comunicación y archivos correspondientes. Asimismo, se debe enumerar las etapas con el número que le corresponda en el extremo superior derecho.

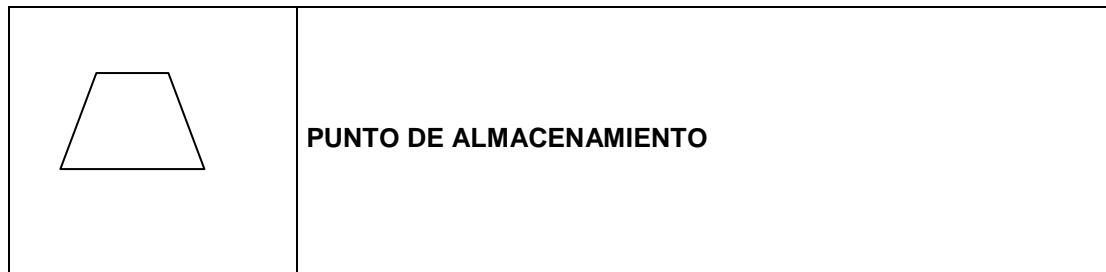
Las siguientes etapas son diagramadas conforme a lo descrito anteriormente. Por ejemplo: las líneas direccionales señalarán la secuencia de etapas que se desplazan dentro del ámbito de responsabilidad de la unidad administrativa que precede a la nueva etapa, determinando su dirección con una punta de flecha.

## 2. Simbología

	<p><b>TERMINAL.</b> INDICA EL ÍNICIO O TERMINACIÓN DE PROCEDIMIENTOS</p>
	<p><b>ACTIVIDAD.</b> REPRESENTA LA REALIZACIÓN DE UNA ACTIVIDAD, RELATIVA A UN PROCEDIMIENTO.</p>
	<p><b>DISTRIBUCIÓN.</b> ÍNDICA QUE UN DOCUMENTO UTILIZADO, ES DISTRIBUIDO EN UNA ACTIVIDAD DETERMINADA.</p>
	<p><b>DECISIÓN O ALTERNATIVA.</b> ÍNDICA UN PUNTO DENTRO DEL FLUJO EN QUE SON POSIBLES CAMINOS ALTERNATIVOS.</p>

	<p><b>ARCHIVO DEFINITIVO.</b> REPRESENTA UN ARCHIVO COMÚN Y CORRIENTE, DONDE SE CONSERVA UN DOCUMENTO PERMANENTEMENTE.</p>
	<p><b>CONECTOR DE PÁGINA.</b> REPRESENTA UNA CONEXIÓN O ENLACE CON OTRA HOJA DIFERENTE, EN LA QUE CONTINUA EL DIAGRAMA DE FLUJO.</p>
	<p><b>DIRECCIÓN DE FLUJO O LÍNEA DE UNIÓN</b> CONECTA LOS SÍMBOLOS SEÑALANDO EL ORDEN EN QUE SE DEBEN REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.</p>
	<p><b>ARCHIVO TEMPORAL (ENTRA A).</b> REPRESENTA UN ARCHIVO PROVISIONAL. EL NÚMERO ÍNDICA EN QUE ACTIVIDAD SE VOLVERA A UTILIZAR EL DOCUMENTO.</p>
	<p><b>ARCHIVO TEMPORAL (SALE DE),</b> REPRESENTA UN ARCHIVO PROVISIONAL, EL NÚMERO INDICA EN QUE ACTIVIDAD SE ARCHIVO TEMPORALMENTE EL DOCUMENTO.</p>
	<p><b>LÍNEA DE COMUNICACIÓN.</b> REPRESENTA LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN DE UN LUGAR A OTRO, MEDIANTE LAS LÍNEAS TELEFÓNICAS, TELEGRÁFICAS, DE RADIO, ETC.</p>
	<p><b>USO DESCONOCIDO</b> INDICA QUE SE IGNORA EL USO APLICADO A UN DETERMINADO FORMATO GENERALMENTE POR PERSONAS O INSTITUCIONES AJENAS A LA SECRETARÍA</p>

	<p><b>CONECTOR DE PÁGINA (FIN DE PÁGINA),</b> REPRESENTA LA CONEXIÓN O ENLACE DE PÁGINA CON OTRA DIFERENTE EN LA QUE CONTINUARÁ. UTILICE CONECTORES ALFABÉTICOS.</p>
	<p><b>CONECTOR DE PÁGINA (INICIO DE PÁGINA).</b> REPRESENTA LA CONEXIÓN O ENLACE DE PÁGINA CON OTRA DIFERENTE DE LA QUE PROVIENE. UTILICE CONECTORES ALFABÉTICOS.</p>
	<p><b>DOCUMENTO.</b> REPRESENTA CUALQUIER TIPO DE DOCUMENTO EL TRIÁNGULO OSCURO EN LA PARTE SUPERIOR IZQUIERDA, SIGNIFICA QUE SE GENERA EL NÚMERO DE LA PARTE SUPERIOR DERECHA, INDICA No. DE ORIGINAL (0) Y COPIAS (2) DEL DOCUMENTO.</p>
	<p><b>BASE DE DATOS</b> REPRESENTA INFORMACION ALMACENADA ELECTRONICAMENTE CON RESPECTO AL PROCESO</p>
	<p><b>CONECTOR DE ACTIVIDAD,</b> REPRESENTA UNA CONEXIÓN O ENLACE DE UNA ACTIVIDAD DEL PROGRAMA, CON OTRA PARTE DEL MISMO, PUDIENDO ESTAR EN LA MISMA PÁGINA O DE UNA PÁGINA A OTRA EL NÚMERO ÍNDICA LA ACTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO EN CUESTIÓN.</p>



Cuando en el desarrollo del procedimiento se presentan dos alternativas, deberán representarse inmediatamente después de la actividad el símbolo de toma de decisión (rombo) y deberá anotarse la palabra “*procede*” de estas dos alternativas:

- Primera: en el caso de que el producto esperado no satisfaga los requerimientos establecidos, ésta se calificará como “*no procede*”, lo cual se simbolizará con un “NO” sobre una línea y un conector circular en cuyo centro se anotará el número de la etapa en la que deba reiniciarse el proceso, y:
- Segunda: contempla la posibilidad afirmativa “*si procede*”, en la que se describirá la conclusión de la etapa, señalándose con un “SI” la instrucción correspondiente.

A semejanza del inicio la conclusión del procedimiento debe simbolizarse mediante una línea direccional y una elipse en el extremo, en cuyo espacio se anotará la frase “FIN” ó “TÉRMINO”. Finalmente hay que cotejar para que el número de secuencia de la etapa coincida con la descripción de ésta, la que se encuentra descrita en el procedimiento.

## **8. Formatos**

Documentos o elementos que sirven de evidencia de a relación de nuestras actividades

## **9. Anexos**

### **VI. Indicadores**

Son relaciones cuantitativas entre dos cantidades que corresponden a un mismo fenómeno, a fin de determinar la eficacia, la productividad y la calidad de las acciones realizadas.

El indicador se define como el instrumento cuya aplicación muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas, con respecto a una unidad de medida convencional.

La determinación de indicadores deberá corresponder a los objetivos y metas establecidos en los documentos normativos y deberán formar parte de los mismos.

La determinación de indicadores deberá realizarse considerándolos como uno de los instrumentos básicos para el aseguramiento de la calidad de los servicios que presta la institución.

En la administración y evaluación por procesos, los indicadores fortalecen la evaluación por procesos, los indicadores fortalecen la autonomía de gestión , en virtud de que a través del auto evaluación logran hacer participar al mayor número de responsables en los niveles de operación.

En suma los indicadores son variables susceptibles de ser observadas y medidas las cuales constituyen un apoyo fundamental para efectuar el monitoreo de los procesos y la evaluación de estos, a su vez pueden ser el apoyo para realizar investigaciones en servicios de salud.

Los indicadores son las medidas cuantitativas de calidad relacionadas a la estructura, proceso y resultado de la atención médica. Las instituciones de salud han comenzado a instrumentar un monitoreo sistemático de su desempeño basándose en la recopilación de datos, análisis de los mismos así como de uso.

El monitoreo sistemático y objetivo requiere de la recopilación rutinaria y revisión de datos que ayuden a evaluar si el desempeño cumple con los niveles esperados, las mediciones de resultados y procesos son parte esencial del sistema de monitoreo.

#### **Funciones a considerar en la selección de indicadores <sup>4</sup>**

Atención al paciente	Derechos del paciente y ética institucional Evaluación de pacientes Tratamiento de pacientes Uso de medicamentos Procedimientos quirúrgicos Atención nutricional Información proporcionada a pacientes y familiares Coordinación de atención incluyendo el ingreso
Funciones de la Institución	Liderazgo Gestión de información Gestión de recursos humanos Gestión ambiente de atención médica Vigilancia, prevención y control de informaciones Mejoramiento del desempeño institucional
Estructuras con funciones importantes	Grupos directivos Gerencia y administración Personal médico Enfermería
Mediciones de resultados	Mortalidad asociada al hospital (médica, quirúrgica, terapia intensiva) Duración de intervención (médica, quirúrgica, terapia intensiva) Reinternación por la misma enfermedad Incapacidad, cambios positivos o adversos en el estado psicológico Satisfacción del paciente
Acceso	Contactos iniciales que no resultan de atención Cancelación y ausencia de citas Período de espera para la atención Período entre la primera llamada y la cita Pacientes que usan la sala de emergencia para la atención de no emergencia Evaluaciones de acceso

<sup>4</sup> en Villa Barragán J.P., Manual en “Gerencia en Servicios de Salud” cap 5, México, 2006

Continuidad de la atención	Visitas al profesional de costumbre Servicios utilizados simultáneamente Retrasos en dar de alta Recomendaciones a otros profesionales no completadas Quejas o satisfacción por la continuidad de la atención
Participación del paciente	Retiro del plan de salud Participación de la familia o el paciente en el plan de atención médica Oportunidades de aprender Pacientes en asesorías
Gestión de calidad	Presupuesto comprometido para la gestión de calidad Acciones de gestión de calidad actuales
Gestión de recursos	Gastos programados comparados con los actuales Utilización programada comparada con la actual Visitas a la sala de emergencia que derivan en internación
Servicios preventivos	Vacunación infantil Chequeo de colesterol Mamografía Chequeo de cáncer del cuello uterino
Atención prenatal	Bajo peso al nacer Atención prenatal primer trimestre Parto por cesárea
Enfermedades crónicas	Internaciones por asma Examen retinal para la diabetes
Satisfacción de los miembros	Acceso por grupo de edad Satisfacción y quejas

Para el establecimiento de indicadores antes de ensayar y comenzar a usar un indicador es muy conveniente anotar la información sobre cada uno en forma sistemática, en la descripción del indicador se indica la función, la actividad, el evento o el resultado empleado como medida de un estándar.

### 3. Acciones para la determinación de indicadores.

Es importante seleccionar las variables más relevantes a través de los pasos siguientes:

- Identificar procesos y normatividad.- En cada proceso se revisarán sus entradas y los productos que emita, a fin de que la evaluación se encamine específicamente a ellos y constatar en su normatividad la existencia o no de indicadores previamente establecidos.

- Determinar los aspectos fundamentales a medir en cada proceso.- Determinar lo que realmente requiere medición (deberán permitir medir el cumplimiento de metas).
- Seleccionar las variables idóneas para la medición de cada aspecto relevante del proceso identificado.
- Verificar la accesibilidad, la confiabilidad y la oportunidad de los datos.
- Construir el indicador,- Con las variables seleccionadas se procederá a relacionarlas, mediante expresiones aritméticas, en función de lo que se quiere medir, verificando en cada paso que el resultado que arroje sea significativo. En general, los indicadores son resultados de un cociente o un producto.
- Incluir los indicadores en los instrumentos normativos correspondientes.
- Incluir las variables en los sistemas de información.

### **Tipos de indicadores de evaluación**

Son relaciones cuantitativas entre dos cantidades que corresponden a un mismo fenómeno, a fin de determinar la eficacia, la productividad y la calidad de las acciones realizadas.

El indicador se define como el instrumento cuya aplicación muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas, con respecto a una unidad de medida convencional.

La determinación de indicadores deberá corresponder a los objetivos y metas establecidos en los documentos normativos y deberán formar parte de los mismos.

La determinación de indicadores deberá realizarse considerándolos como uno de los instrumentos básicos para el aseguramiento para la calidad de los servicios que presta la institución.

En la administración y evaluación por procesos, los indicadores fortalecen la evaluación por procesos, los indicadores fortalecen la autonomía de gestión, en virtud de que a través del auto evaluación logran hacer participar al mayor número de responsables en los niveles de operación.

La determinación del tipo de indicadores es un paso importante porque ayuda a establecer el punto central de la evaluación.

**Indicadores de eficacia.**

Permiten determinar cuantitativamente el grado de cumplimiento de las metas en un periodo determinado.

<b>Eficacia</b>	<u>Resultados obtenidos.</u> Metas programadas
-----------------	---

**Indicadores de productividad.**

Permiten determinar el rendimiento de los insumos empleados en la consecución de una meta o en la aplicación de una tarea, en una unidad de tiempo. Bienes o servicios producidos, productividad, insumos utilizados.

La productividad puede medirse en función de los recursos humanos, materiales y financieros. El indicador se seleccionará en función del insumo más relevante a considerar en el proceso que se mide.

**Indicadores de calidad.**

Persiguen dimensionar o cuantificar valores de tipo cualitativo; es decir, manifiestan el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos de los usuarios internos y externos de un proceso.

Asimismo, permiten medir la cobertura que alcanza la prestación de un servicio, su repercusión o impacto en el grupo social al que se dirige y su incidencia o efecto producido en el entorno socioeconómico.

### **Levantamiento de información**

Se recaban los datos básicos de las características funcionales y materiales necesarias para el análisis y diseño de los formatos que intervienen en un procedimiento.

En relación con las características materiales analice y defina todos y cada uno de los datos que deben asentarse; las firmas de aprobación que deben registrarse, las posibilidades de llenado y manejo por vía electrónica; considere si el formato se maneja con juegos de copias, con talonarios o blocks, etc., y asigne un número.

### **Análisis**

Con base en la información y documentos obtenidos en la fase anterior se analizan los puntos siguientes: título claro y conciso; datos fijos y variables necesarios; necesidad de copias; secuencia de los datos en relación con los documentos de los cuales se tomará la información; espacio para información acerca de la procedencia y el destino; uso de los recuadros para diferenciar los datos que se utilizan en el formato, tamaño adecuado de formato, etc.

### **Diseño**

Elaboración del formato, su instructivo de llenado y determinación de las especificaciones de impresión, según sea que el llenado vaya a ser manual o mecanizado.

### **Prueba**

Determinar mediante su aplicación en una muestra si el formato funcionará tal y como fue planteado, así como contar con diferentes opiniones que puedan ayudar a mejorar su diseño.

## VII. Glosario

Con el fin de coadyuvar a la uniformidad de criterios, es conveniente incluir la definición de términos y frases seleccionados del contenido del manual considerando, por una parte aquellos que son de uso común en los manuales de procedimientos y los de carácter específico relativo a un proceso determinado, integrándolos en un glosario.

## VIII. Bibliografía y/o Referencias

Deberán incluirse las referencias bibliográficas ( libros, artículos, normatividad y manuales) a los que se haga referencia en el manual

### **Bibliografía utilizada para esta guía:**

1. Acosta Romero Miguel. *Teoría General del Derecho Administrativo*. México; I.S.F.I, 1975.
2. Comité Técnico Consultivo de Unidades de Organización y Métodos del Sector Público. *Glosario de Términos Administrativos*. México, /S.F.I.
3. Duhalt Krauss, Miguel. *Los Manuales de Procedimientos en las Oficinas Públicas*. México, UNAM. 1968. Textos Universitarios.
4. Dirección de Finanzas y Sistemas. Unidad de Organización y Procesos *Manual de Normatividad..* IMSS. México, 1997.
5. *El Proceso Administrativo en Tercera Dimensión*. Harvard Business Review. 1970.
6. Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C., *Sistemas de gestión de la calidad –Requisitos*, COTENNSISCAL, México primera edición 2001
7. Jiménez Castro, Wilburg. "Glosario Administrativo", en *Introducción al Estudio de la Teoría Administrativa*. México. Fondo de Cultura Económica. 7. Ed. 1954.

8. Martínez Silva, Mario; Bayona, Antonio; Castillo Rolas, Alfredo y otros. *Diccionario de Política y Administración Pública*; Colegio de Licenciados en Ciencias políticas y Administración Pública. México, /S.F/.
9. *Modelo Moderno de Atención de la Salud*: IMSS. México, 1994.
10. Reyes Ponce, A. *Administración de Empresas. Teoría y Práctica*. México; Limosa y Wiley, 7. Reimp. 1971.
11. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, *Guía técnica para la elaboración de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud*, México 2004
12. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, *Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud*, México 2004
13. Villa Barragán, J. P., Manual en “Gerencia en Servicios de Salud” cap 5, México, 2006

## IX. Control de Cambios

En este apartado describa en forma clara y breve las modificaciones que se realicen en cualquier parte del documento. Si el documento se elabora por primera vez, requisiite el formato como “No Aplica”.