



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO

EDOMÉX

DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.



**GUÍA TÉCNICA PARA EL DESARROLLO E
IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA
CALIDAD EN EL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO**
NORMA ISO 9001:2015

Junio 2021

El contenido es responsabilidad de:

DR © 2021. Gobierno del Estado de México.

Secretaría de Finanzas

Subsecretaría de Administración

Dirección General de Innovación

Ignacio Allende núm. 415, 3^{er}. piso. col. Francisco Murguía,

C.P. 50130. Toluca de Lerdo, Estado de México.

<https://dgi.edomex.gob.mx/>

Número de autorización del Consejo Editorial

de la Administración Pública Estatal: CE: 207/09/15/21

Editado en Toluca, Estado de México.

Edited in Toluca, State of Mexico.

Ejemplar de distribución gratuita.

Se permite la reproducción total o parcial de la *Guía Técnica para el Desarrollo e Implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en el Gobierno del Estado de México*.

Norma ISO 9001:2015, siempre y cuando se cite la fuente.

CONTENIDO

| | PÁG. |
|---|------|
| PRESENTACIÓN | 4 |
| I. OBJETIVO DE LA GUÍA | 6 |
| II. GLOSARIO Y ABREVIATURAS | 8 |
| 2.1 Glosario | 9 |
| 2.2 Abreviaturas | 10 |
| III. NORMA ISO 9001:2015 | 11 |
| 3.1 Principios de Gestión de la Calidad | 12 |
| 3.2 Estructura de Alto Nivel (HSL) | 16 |
| 3.3 Enfoque de Procesos | 17 |
| IV. PROCESO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 18 |
| V. DECISIÓN Y SOPORTE DE LA ALTA DIRECCIÓN | 20 |
| 5.1 Creación del Comité de Calidad | 21 |
| 5.2 Designación y formación del personal responsable del desarrollo del SGC | 23 |
| 5.3 Elaboración y autorización del plan para el desarrollo del SGC | 23 |
| VI. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL | 25 |
| 6.1 Identificación de trámites y/o servicios | 26 |
| 6.2 Identificación del perfil de la población usuaria | 28 |
| 6.3 Medición de la satisfacción de la población usuaria/ identificación de necesidades y expectativas | 29 |
| 6.4 Identificación, mapeo, análisis y mejora de procesos | 31 |
| 6.4.1 Identificación de procesos a incluir en el sistema de gestión de la calidad | 31 |
| 6.4.2 Mapeo de procesos | 32 |
| VII. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 33 |
| CLÁUSULA 1 OBJETO Y CAMPO DE APLICACION | 34 |
| CLÁUSULA 2 REFERENCIAS NORMATIVAS | 34 |
| CLÁUSULA 3 TÉRMINOS Y DEFINICIONES | 34 |
| CLÁUSULA 4 CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN | 35 |
| 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto | 35 |
| 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas | 39 |
| 4.3 Determinación del alcance del SGC | 39 |
| 4.4 SGC y sus procesos | 40 |
| CLÁUSULA 5 LIDERAZGO | 45 |
| 5.1 Liderazgo y compromiso | 45 |
| 5.2 Política | 45 |
| 5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización | 46 |
| CLÁUSULA 6 PLANIFICACIÓN | 47 |
| 6.1 Acciones para abordar los riesgos y oportunidades | 47 |
| 6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos | 49 |
| 6.3 Planificación de los cambios | 52 |
| CLÁUSULA 7 SOPORTE | 53 |
| 7.1 Recursos | 53 |
| 7.2 Competencia | 55 |
| 7.3 Toma de conciencia | 56 |
| 7.4 Comunicación | 56 |
| 7.5 Información documentada | 57 |
| CLÁUSULA 8 OPERACIONES | 60 |
| 8.1 Planificación y control operacional | 60 |
| 8.2 Requisitos para los trámites y servicios | 62 |
| 8.3 Diseño y desarrollo de los trámites y servicios | 63 |
| 8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente | 64 |
| 8.5 Producción y prestación del servicio | 65 |
| 8.6 Liberación de los trámites y servicios | 66 |
| 8.7 Control de las salidas no conformes | 66 |
| CLÁUSULA 9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO | 67 |
| 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación | 67 |
| 9.2 Auditoría Interna | 67 |
| 9.3 Revisión por la dirección | 68 |
| CLÁUSULA 10 MEJORA | 69 |
| 10.1 Generalidades | 69 |
| 10.2 No conformidad y acción correctiva | 69 |
| 10.3 Mejora continua | 69 |
| VIII. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 70 |
| 8.1 Capacitación del personal para operar el Sistema de Gestión de la Calidad | 71 |
| 8.2 Implantación del SGC y generación de evidencias | 71 |
| 8.3 Realización de la auditoría interna | 71 |
| 8.4 Reunión para la Revisión por la Dirección | 72 |
| 8.5 Plan de acción para eliminar no-conformidades | 72 |
| IX. CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 74 |
| 9.1 Auditoría externa para la certificación del SGC | 75 |
| X. BIBLIOGRAFÍA | 76 |



PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Consolidar un servicio público de excelencia es el reto actual en las dependencias y organismos auxiliares del Poder Ejecutivo del Gobierno del Estado de México, mejorando de manera permanente sus procesos sustantivos, a fin de proporcionar trámites transparentes, ágiles y eficaces, y brindar servicios de calidad.

La implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) para la certificación de procesos en diferentes unidades administrativas de las dependencias y organismos auxiliares del Gobierno del Estado de México, utilizando como metodología la Norma ISO 9001, se ha traducido en mejoras en la calidad con que se proporcionan los trámites y servicios que la ciudadanía les demanda.

Periódicamente las normas ISO son actualizadas para adecuarlas a una realidad cambiante, incorporando conceptos y elementos que permitan a las organizaciones continuar generando valor para sus clientes y usuarios en los bienes y servicios que producen.

La presente “Guía Técnica para el Desarrollo e Implementación de Sistemas de Gestión de la Calidad en el Gobierno Estado de México” pretende ser un instrumento de apoyo para las unidades administrativas que, por primera vez, emprenden el proyecto para la **certificación de procesos utilizando la versión actualizada del estándar ISO.**



I. OBJETIVO DE LA GUÍA

1. OBJETIVO

Contar con una herramienta actualizada y de fácil comprensión para desarrollar e implementar SGC en las dependencias y organismos auxiliares del Gobierno del Estado de México, orientados a brindar trámites y servicios con las características de calidad que la población usuaria demanda y, en su caso, obtener la certificación de procesos, demostrando la conformidad con los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2015.

A background image showing various Scrabble tiles scattered on a light-colored wooden surface. The tiles are cream-colored with teal-colored letters and numbers. Some visible tiles include 'E', 'O', 'C', 'A', 'R', 'F', 'H', 'V', 'S', 'I', 'Z', 'N', 'L', 'P', 'Q', 'X', 'Y', 'J', 'K', 'G', 'B', 'M', 'D', 'P', 'Q', 'X', 'Y', 'J', 'K', 'G', 'B', 'M', 'D'.

II. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

II. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

2.1 GLOSARIO

Los términos comúnmente utilizados en un SGC están contenidos en la **Norma ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad.- Fundamentos y vocabulario**¹. Entre los más utilizados se encuentran:

- **SISTEMA:** Conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan.
- **GESTIÓN:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.
- **CALIDAD:** Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto o servicio cumple con los requisitos.
- **CLIENTE:** Persona u organización que podría recibir o recibe un producto/servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella.
- **PARTE INTERESADA:** Persona u organización que puede afectar, verse afectada o percibirse como afectada por una decisión o actividad.
- **PRODUCTO:** Salida de una organización que puede producirse sin que se lleve a cabo una transacción entre la organización y el cliente.
- **SERVICIO:** Salida de una organización con al menos una actividad, necesariamente llevada a cabo entre la organización y el cliente.
- **REQUISITO:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria.
- **REGISTRO:** Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades realizadas.
- **POLÍTICA DE LA CALIDAD:** Intenciones y dirección de una organización relativas a la calidad, como las expresa formalmente su alta dirección.
- **OBJETIVO DE LA CALIDAD:** Resultado a lograr relativo a la calidad.
- **INFORMACIÓN DOCUMENTADA:** Información que una organización tiene que controlar y mantener, y el medio que la contiene.
- **RIESGO:** Efecto de la incertidumbre (una desviación de lo esperado, ya sea positivo o negativo).
- **CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN:** Combinación de cuestiones internas y externas que pueden tener un efecto en un enfoque de organización para el desarrollo y logro de sus objetivos.
- **ALTA DIRECCIÓN:** Persona o grupo de personas que dirige y controla una organización al más alto nivel.

¹ Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C, NMX-CC-9000-IMNC-2015 Sistemas de gestión de la calidad - Fundamentos y vocabulario, pp.12-28.

En el caso de los siguientes conceptos, en primera instancia aparece la definición según la Norma ISO 9000:2015, Sistemas de gestión de la calidad-Fundamentos y vocabulario²; y debajo, entre “comillas”, la definición dada en la “**Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos**”³, publicada por el Gobierno del Estado de México, a través de la Dirección General de Innovación, pudiéndose utilizar indistintamente cualquiera de las dos definiciones:

- **PROCESO:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto.

(“**resultado previsto**” salida, producto o servicio).

“Es un conjunto ordenado de etapas o fases de un evento en evolución, con características de acción concatenada, dinámica y progresiva, que concluye con la obtención de un resultado. El proceso implica la utilización de recursos para transformar elementos de entradas en resultados de valor o útiles para la/el usuario interno o externo”.

- **PROCEDIMIENTO:** Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

“Es una sucesión cronológica de operaciones concatenadas entre sí, que tienen por objeto la realización de una actividad o tarea específica dentro de un ámbito predeterminado de aplicación. Todo procedimiento involucra actividades y tareas del personal, la determinación de tiempos de realización, el uso de recursos materiales y tecnologías, y la aplicación de métodos de trabajo y de control para lograr el cabal, oportuno y eficiente desarrollo de las operaciones”.

2.2 ABREVIATURAS

A lo largo del desarrollo de la presente guía, se utilizan abreviaturas que son comunes en un Sistema de Gestión de la Calidad, las cuales se relacionan a continuación:

- **SGC** Sistema de Gestión de la Calidad.
- **ISO** Organización Internacional de Normalización (por sus siglas en inglés).
- **AD** Alta Dirección.

² Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C, NMX-CC-9000-IMNC-2015.-Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y vocabulario. pp. 16-17.

³ Gobierno del Estado de México, Dirección General de Innovación, Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos, (agosto 2018); p. 22.



9001:2015

III. NORMA ISO 9001:2015

III. NORMA ISO 9001:2015

El 23 de septiembre de 2015, la Organización Internacional para la Estandarización (ISO por sus siglas en inglés) publicó la Norma ISO 9001:2015, en la cual se incorporaron modificaciones sustanciales, que ayudarán a las organizaciones a comprender más y mejor su negocio, y su contexto, en su adaptación a entornos cada vez más complejos y dinámicos en los que éstas operan.

La versión 2015 de la Norma ISO cuenta con una mejor estructura e incorpora el direccionamiento estratégico y, en todos sus apartados, la prevención a través del concepto “**pensamiento basado en el riesgo**”; asimismo, simplifica los requisitos para la documentación, entre otros cambios, tomando como base los principios de la calidad.

3.1 PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Base fundamental en la gestión de la calidad son los principios bajo los cuales se desarrollan las normas ISO, estos fueron actualizados en la versión 2015 del estándar, **pasando de 8 a 7 principios**, al eliminar el correspondiente al “Enfoque de sistemas” por resultar redundante.

LOS SIETE PRINCIPIOS DE LA CALIDAD Y LA BASE RACIONAL PARA SU DECLARACIÓN SE ENLISTAN A CONTINUACIÓN:

PRINCIPIO 1: ENFOQUE AL CLIENTE

“El foco principal de la gestión de la calidad es cumplir los requisitos de los clientes y tratar de exceder sus expectativas.”

BASE RACIONAL

El éxito sostenido se alcanza cuando una organización atrae y conserva la confianza de los clientes y de otras partes interesadas. Cada aspecto de la interacción con el cliente proporciona una oportunidad de crear más valor para él. Entender sus necesidades actuales y futuras contribuye al éxito sostenido de la organización.

PRINCIPIO 2: LIDERAZGO

“Los líderes en todos los niveles establecen la unidad de propósito y dirección y crean condiciones en las que las personas se implican en el logro de los objetivos de la calidad de la organización.”

BASE RACIONAL

La creación de unidad de propósito y la dirección y gestión de las personas permiten a una organización alinear sus estrategias, políticas, procesos y recursos para lograr los objetivos.

PRINCIPIO 3: COMPROMISO DE LAS PERSONAS

“Las personas competentes, facultadas e implicadas en todos los niveles de la organización, son esenciales para aumentar la capacidad de la organización de crear y entregar valor.”

BASE RACIONAL

Para gestionar una organización de manera eficaz y eficiente es importante respetar e implicar a las personas de todos los niveles. El reconocimiento, el otorgamiento de autoridad (empoderamiento) y la mejora de la competencia facilitan la implicación de las personas en el logro de los objetivos de la calidad de la organización.

PRINCIPIO 4: ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

“Se alcanzan resultados coherentes y previsibles de manera más eficaz y eficiente, cuando las actividades se gestionan como procesos interrelacionados que funcionan como un sistema.”

BASE RACIONAL

El Sistema de Gestión de la Calidad se compone de procesos interrelacionados. Entender cómo este sistema produce los resultados permite a la organización optimizar el sistema y su desempeño.

PRINCIPIO 5: MEJORA

“Las organizaciones exitosas tienen un foco continuo en la mejora.”

BASE RACIONAL

La mejora es esencial para que una organización mantenga los niveles actuales de desempeño, para que reaccione a los cambios de sus condiciones internas y externas y para la creación de nuevas oportunidades.

PRINCIPIO 6: TOMA DE DECISIONES BASADA EN EVIDENCIA

“Las decisiones basadas en el análisis y la evaluación de datos e información tienen mayor probabilidad de producir los resultados deseados.”

BASE RACIONAL

La toma de decisiones puede ser un proceso complejo y siempre implica incertidumbre.

Con frecuencia implica también múltiples tipos y fuentes de elementos de entrada, así como su análisis e interpretación, que puede ser subjetiva. Es importante entender las relaciones de causa y efecto, así como las consecuencias potenciales no previstas. El análisis de los hechos de la evidencia y de los datos conduce a una mayor objetividad y confianza en la toma de decisiones.

PRINCIPIO 7: GESTIÓN DE LAS RELACIONES

“Para el éxito sostenido, las organizaciones gestionan sus relaciones con las partes interesadas, tales como los proveedores.”

BASE RACIONAL

Las partes interesadas pertinentes influyen en el desempeño de una organización. Es más probable lograr el éxito sostenido, cuando una organización gestiona las relaciones con sus partes interesadas para optimizar el impacto en su desempeño, considerando la gestión de las relaciones con proveedores y socios de particular importancia.

3.2 ESTRUCTURA DE ALTO NIVEL (HSL)

La Norma ISO 9001:2015 presenta una estructura diseñada en **10 bloques o cláusulas** que se denominan **Estructura de Alto Nivel (HSL, por sus siglas en inglés)**, con cláusulas, textos y términos comunes, que permiten su alineación con otras normas de gestión publicadas por la ISO, tomando como base el círculo virtuoso PHVA.

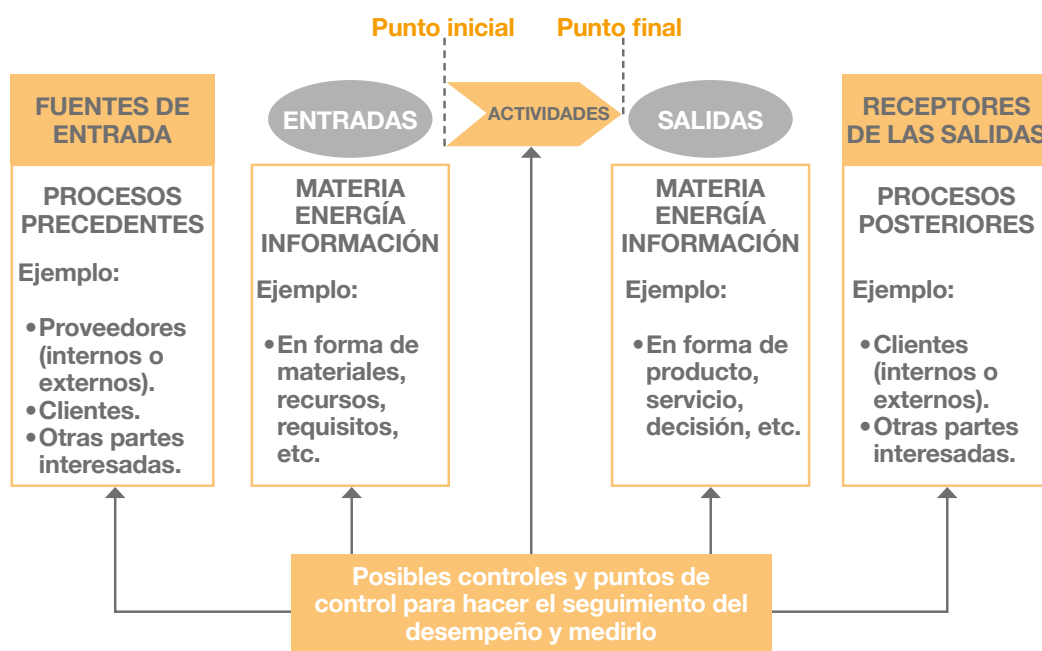


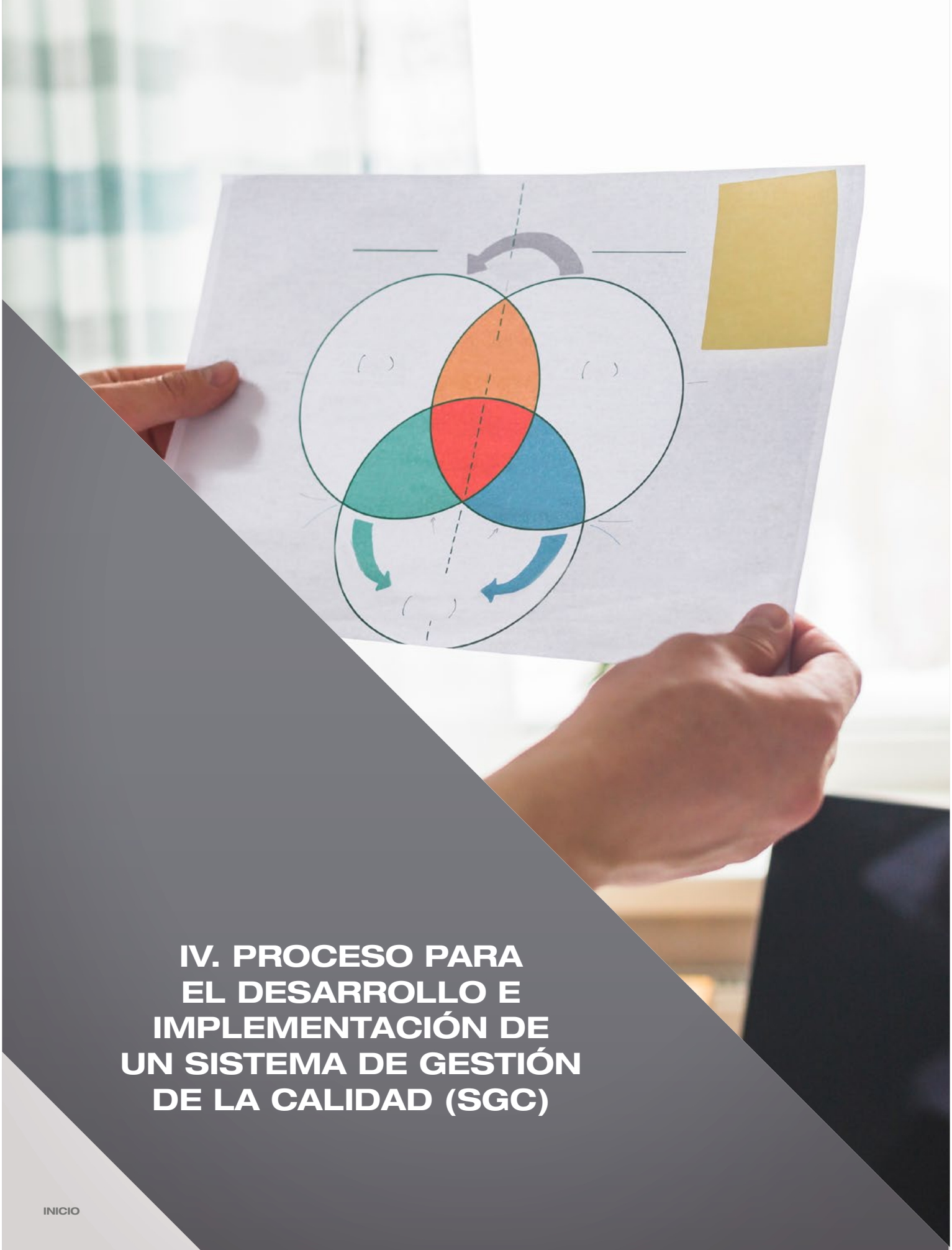
| EL CICLO VIRTUOSO DE DEMING, SIRVE DE BASE PARA LA ESTRUCTURA DE LA NORMA | | | |
|---|------------|--|--|
| APLICACIÓN DEL CICLO P-H-V-A. | | | |
| APARTADO | | | |
| 4, 5, 6 | PLANIFICAR | | Determinar los procesos que serán incluidos en el SGC, los recursos necesarios, y la infraestructura suficiente para la provisión de trámites y servicios. |
| 7, 8 | HACER | | Implementar lo planificado. |
| 9 | VERIFICAR | | Realizar el seguimiento y, cuando sea aplicable, la medición de los procesos, de los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos e informar sobre los resultados. |
| 10 | ACTUAR | | Realizar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario. |

3.3 ENFOQUE DE PROCESOS

El refuerzo de este concepto en la Norma ISO 9001:2015, implica beneficios en su aplicación, toda vez que incluye la identificación de fuentes de las entradas; así como la identificación de las salidas y de los receptores de las mismas, como se muestra en el siguiente diagrama:

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS ELEMENTOS DE UN PROCESO

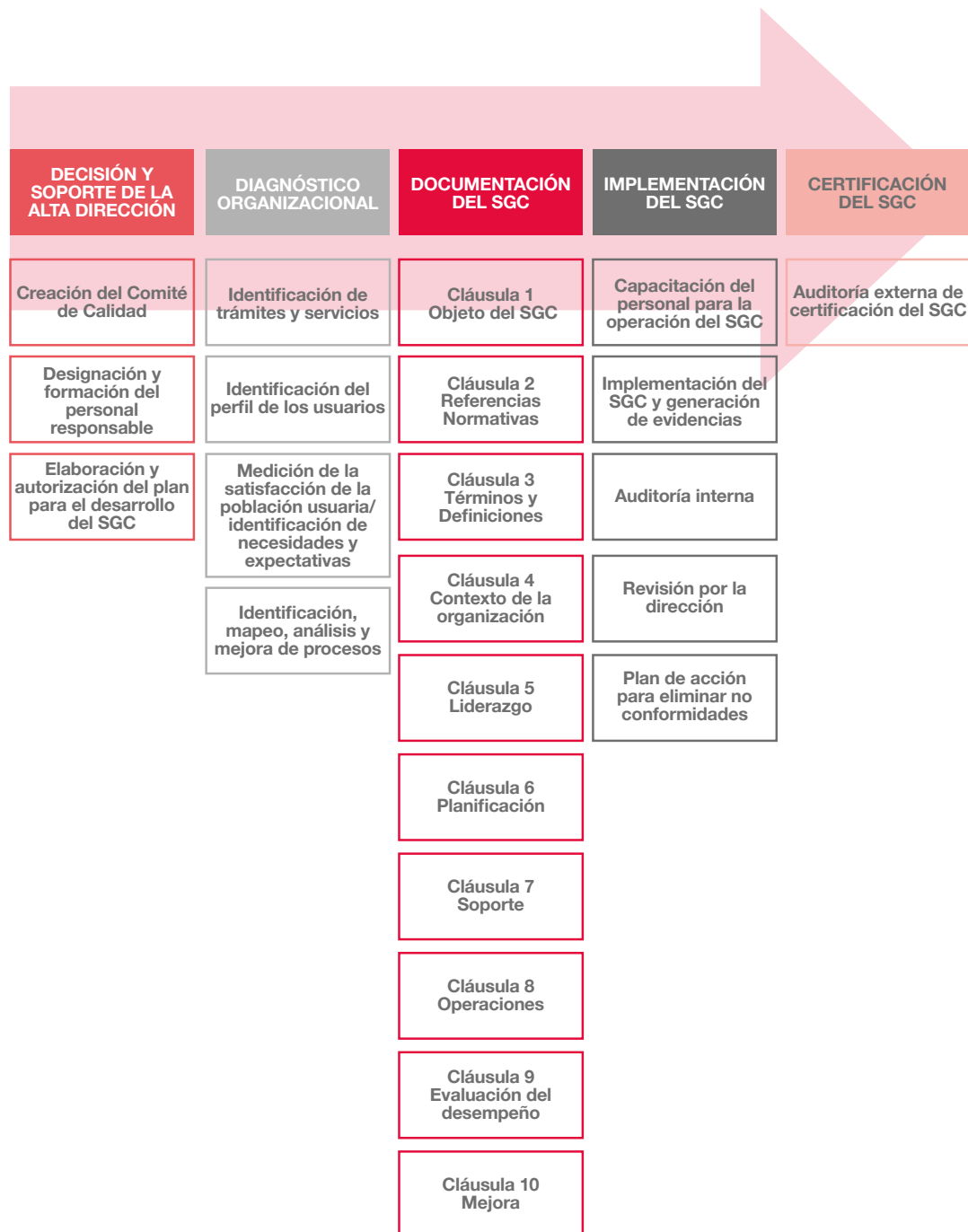


A hand is holding a white piece of paper. On the paper is a Venn diagram with three overlapping circles. The top circle is orange, the bottom-left circle is green, and the bottom-right circle is blue. The intersection of the orange and green circles is shaded red. There are curved arrows: a grey one at the top pointing left, a green one at the bottom-left pointing right, and a blue one at the bottom-right pointing left. A yellow sticky note is attached to the top right of the paper. The background is a blurred office setting with a window and a desk.

IV. PROCESO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC)

IV. PROCESO PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

A continuación, se presentan las diferentes actividades que se requieren para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, a fin de que las unidades administrativas de las dependencias y organismos auxiliares cuenten con una herramienta fácil de entender que les permita, a través de un proceso planeado diseñar, documentar y certificar los procesos vinculados a los trámites y servicios.





V. DECISIÓN Y SOPORTE DE LA ALTA DIRECCIÓN

V. DECISIÓN Y SOPORTE DE LA ALTA DIRECCIÓN

Para iniciar el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Calidad, es indispensable que la Alta Dirección de la unidad administrativa **esté convencida y plenamente comprometida con el proyecto**, a fin de que **brinde el soporte y los recursos necesarios**, de otra manera no vale la pena invertir tiempo y esfuerzo, en virtud de que, en lugar de desarrollar una herramienta para la mejora, se terminará burocratizando más el trabajo.

Una decisión pensada y valorada por quien es titular en la unidad administrativa, es el principal insumo en el proceso de desarrollo e implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad.

5.1 CREACIÓN DEL COMITÉ DE CALIDAD

Para dar seguimiento y medición, tanto al desarrollo, como a la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, es aconsejable crear de manera formal un comité de responsables directos de la calidad, comúnmente llamado **“Comité de Calidad”**.

Es recomendable que dicho comité:

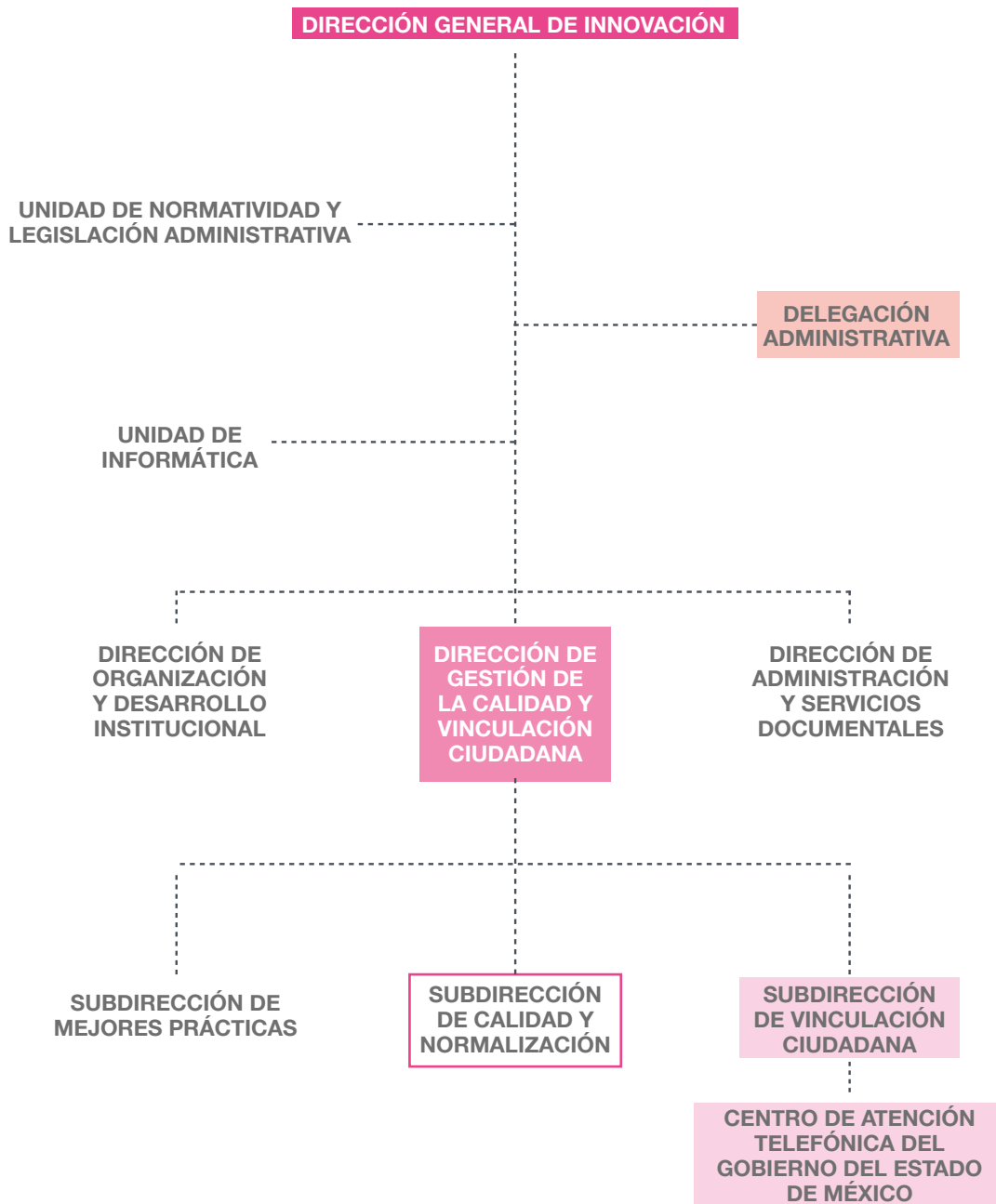
- a) Esté integrado por las y los titulares de las diferentes unidades administrativas de la organización, así como por quienes son responsables de manera directa de los procesos que se desarrollan en la misma (dueños de proceso), incluyendo, por supuesto, a responsables de la administración de los recursos (financieros, materiales, humanos, tecnologías, etc.).
- b) Sea presidido por la o el titular de la unidad administrativa (Alta Dirección).

Funciones específicas del Comité de Calidad:

- Determinar la Dirección Estratégica de la unidad administrativa.
- Identificar a otras partes interesadas y su impacto en la unidad administrativa.
- Aprobar el plan para el desarrollo del SGC y dar el seguimiento correspondiente.
- Determinar las necesidades y expectativas de las y los usuarios de los trámites y servicios.
- Aprobar los procesos clave y de soporte.
- Definir la Política de Calidad.
- Aprobar los Objetivos de Calidad y sus indicadores, para medir el desempeño del SGC.
- Aprobar las acciones para abordar los riesgos y aprovechar las oportunidades.
- Aprobar el programa de auditorías al SGS.
- Aprobar planes y programas de capacitación para la formación del personal involucrado en el SGC.
- Asignar roles, autoridades y responsabilidades en el SGC.
- Aprobar cambios o mejoras en los procesos, en los objetivos de la calidad y sus indicadores, así como en la información documentada del SGC.
- Revisar los resultados del SGC e instruir sobre las acciones encaminadas a la mejora continua y designar responsables de realizarlas.
- Rendir cuentas sobre los resultados del SGC.

EJEMPLO

COMITÉ DE CALIDAD DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN



Las y los titulares de las áreas señaladas desempeñan los siguientes roles y conforman el comité de calidad

- Alta Dirección
- Coordinación del SGC
- Responsable de Procesos Sustantivos
- Responsable de Procesos de Soporte
- Auditor Interno Líder

5.2 DESIGNACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL RESPONSABLE DEL DESARROLLO DEL SGC

Se recomienda que la Alta Dirección designe a personal, preferentemente de nivel directivo, a fin de integrar un equipo de trabajo que tenga a su cargo la responsabilidad **de desarrollar el proyecto relativo al Sistema de Gestión de la Calidad**.

Es importante que dicho personal conozca de manera general las operaciones que se realizan en la prestación de trámites y servicios en la unidad administrativa en la que se pretende implementar el Sistema de Gestión de la Calidad. **A este equipo de trabajo** deberá proporcionársele la capacitación necesaria para su formación en:

- Conceptos de calidad.
- Comportamiento y desarrollo organizacional.
- Identificación, mapeo, análisis y mejora de procesos.
- Conocimiento y comprensión de las normas ISO, principalmente de la ISO 9001, que se utilizará como base del SGC.

Este equipo de trabajo debe preparar el **“Plan para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad”** y será quien lidere todas las actividades establecidas en dicho plan. Por lo anterior, es importante que formen parte del equipo de trabajo las y los siguientes actores:

- a) Personal designado como **dueño o responsables de los procesos clave** que se pretendan incluir en el alcance del Sistema de Gestión de la Calidad, así como los dueños de aquellos procesos de apoyo que se consideren necesarios.
- b) Personal que integrará el equipo de **auditoría interna**.
- c) La persona o personas que se designen para **coordinar o administrar el SGC**.

5.3 ELABORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PLAN PARA EL DESARROLLO DEL SGC

Contar con un **plan para la implementación del SGC** tiene la ventaja de formalizar el proyecto, sirve para asignar responsabilidades y determinar los tiempos en que deben realizarse las actividades y, sobre todo, se convierte en una herramienta imprescindible para el monitoreo y control de cada etapa del proceso.

Es recomendable que el **plan sea autorizado por la Alta Dirección** y, de ser posible, sea liderado por la o el titular de la unidad administrativa, toda vez que involucra el compromiso para la asignación de los recursos necesarios y para dotar de la autoridad y la libertad necesarias al equipo responsable de su desarrollo.

El plan debe considerar la realización de las actividades enunciadas en el proceso de desarrollo del SGC, **desde** el análisis de la situación que guarda la unidad administrativa (diagnóstico organizacional) **hasta** la auditoría externa para la certificación.

EJEMPLO



Secretaría de Finanzas
Subsecretaría de Administración
Dirección General de Innovación

PLAN PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ETAPA | ACTIVIDADES | VALOR % | Mes | | | | Mes | | | | Mes | | | | Mes | | | | Mes | | | | Mes | | | |
|-------|---|---------|--------------|---|---|---|--|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|--------|---|---|---|
| | | | *Semana | | | | *Semana | | | | *Semana | | | | *Semana | | | | *Semana | | | | Semana | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Diagnóstico Organizacional | 15% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Documentos del SGC | 25% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Capacitación al personal en la operación de SGC | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1 | Implementación del SGC y generación de evidencias | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2 | Auditoría Interna | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3 | Revisión por la Dirección | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4 | Plan de acción (No conformidades) | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Auditoría externa de certificación | 10% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 100% | P Programado | | | | *Únicamente se incluyen semanas completas por mes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | R Realizado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Elaboró

Nombre y cargo

Autorizó

Nombre y cargo



VI. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

VI. DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Al desarrollar el Sistema de Gestión de la Calidad, es de suma importancia **realizar previamente un diagnóstico** respecto a las actividades sustantivas de la unidad administrativa, a fin de obtener información que permita determinar el alcance del sistema respecto de los trámites y servicios con mayor demanda y, sobre todo, conocer **los costos de no calidad**, a fin de traducirlos en objetivos del SGC, para disminuirlos e incluso eliminarlos.

Este diagnóstico debe incluir:

6.1 IDENTIFICACIÓN DE TRÁMITES Y SERVICIOS

La Administración Pública debe focalizar su objetivo en el suministro de los bienes y servicios que la ciudadanía demanda, es decir, orientarse al resultado final de su actividad. En ese sentido, el Sistema de Gestión de la Calidad requiere incorporar toda la información relacionada con los trámites y/o servicios que se ofrecen a la ciudadanía, permitiendo con ello destacar y mejorar los atributos de la calidad como son la **transparencia, la accesibilidad y la sencillez** en su gestión. Así también, debe considerar una comunicación efectiva de toda la información que será de utilidad para las y los usuarios en el momento de requerirlo:

La información básica del trámite/servicio debe considerar:

- Nombre del trámite/servicio.
- Descripción (en qué consiste, características del bien, trámite y/o servicio).
- Fundamento legal y/o reglamentario aplicable.
- Requisitos para obtenerlo.
- Vigencia (periodo en que se puede gestionar).
- Día(s) y horario(s) de atención.
- Criterios de resolución.
- Costos.
- Tiempo de gestión.
- Tiempo de respuesta.
- Nivel de demanda.
- Canal o canales de acceso al trámite/servicio.

En caso de contar con información referente a los elementos anteriores, se deberá validar que dicha información esté actualizada, sea suficiente y pertinente.

NOTA

Se recomienda que la información de los trámites y servicios se recabe tomando como base el **Registro Estatal de Trámites y Servicios (RETyS)**, debiendo cuidar que las **“Cédulas de Información de Trámites y Servicios del Poder Ejecutivo”** se encuentren debidamente actualizadas.



Una vez identificado(s) el (los) trámite(s) y/o servicio(s) y la información relacionada con el(los) mismo(s), la unidad administrativa podrá priorizar los esfuerzos para **enfocar el Sistema de Gestión de la Calidad a los procesos relacionados con los trámites y/o servicios de mayor demanda o de mayor impacto ciudadano**, (no siempre convergen ambos conceptos), de tal manera que los usuarios perciban rápidamente un incremento en la calidad con que se proporcionan, como consecuencia de la implementación del SGC.

EJEMPLO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO (CATGEM)

| Elaboración: 18 de marzo de 2020 | |
|--|---|
| DATOS GENERALES DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA | |
| Dependencia: | Secretaría de Finanzas |
| Dirección general: | Dirección General de Innovación |
| Dirección de área: | Dirección de Gestión de la Calidad y Vinculación Ciudadana |
| Unidad administrativa responsable: | Subdirección de Vinculación Ciudadana Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México (CATGEM) |
| INFORMACIÓN DEL TRÁMITE / SERVICIO | |
| Nombre: | Información vía telefónica del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México. |
| Descripción del servicio: | Sirve para atender y orientar al público en general acerca del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos de los diferentes ámbitos de gobierno en la entidad. |
| Fundamento legal: | a) Reglamento interior de la Secretaría de Finanzas, artículo 33 fracciones XVI y XXI. b) Manual General de Organización de la Secretaría de Finanzas, apartado 203433300. |
| Requisitos legales para obtener el trámite/servicio: | N/A |
| Requisitos generales para obtener el trámite/servicio: | 1. Establecer comunicación vía telefónica. 2. En idioma español. |
| Criterios de resolución: | a) La información debe ser de Servidoras y Servidores Públicos de estructura del Gobierno del Estado de México. b) Las solicitudes deben realizarse en idioma español. |
| Canal de atención: | Telefónica |
| Líneas de acceso: | Línea 070 Valle de Toluca Línea sin costo: 800 696 98 96 resto del país Línea sin costo: 1877 399 5005 Canadá y U.S.A. |
| Tiempo promedio de gestión: | 2 minutos. |
| Tiempo de respuesta: | Inmediata. |
| Vigencia del trámite: | Permanente. |
| Días y horarios de atención: | 24 horas los 365 días del año. |
| Costo: | Gratuito. |
| Oficina(s) que prestan el servicio: | Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México CATGEM, ubicado en Calle Doctor Nicolás San Juan No. 109. Col. Parque Cuauhtémoc, C.P. 50010, Toluca, Estado de México. |

6.2 IDENTIFICACIÓN DEL PERFIL DE LA POBLACIÓN USUARIA

El perfil de la población usuaria del trámite o servicio, según corresponda, se encuentra en la información descrita en la **“Cédula de Información de Trámites y Servicios del Poder Ejecutivo”** del Registro Estatal de Trámites y Servicios (RETyS), esto es, el tipo de población que se atiende y a **quién está dirigido**, a saber:

- Adultos mayores
- Agroproductores
- Empresarios
- Estudiantes
- Indígenas
- Jóvenes
- Migrantes
- Mujeres
- Niños
- Notarios
- Personas con capacidades diferentes
- Servidores públicos
- Población en general

Es importante conocer los niveles de demanda en cada una de las oficinas en donde se proporciona el trámite/servicio, considerando:

- Cantidad de trámites/servicios
- Periodo de mayor demanda
- Periodo de menor demanda

La información sobre la demanda del trámite/servicio servirá de base para determinar una muestra representativa y aplicar una **encuesta de satisfacción a la población usuaria**, con el objeto de conocer la percepción de la ciudadanía respecto de la calidad con que se proporciona el trámite/servicio.

| | |
|--|---|
| NOMBRE DEL TRÁMITE/SERVICIO: | Información vía telefónica del directorio de servidoras y servidores públicos del Gobierno del Estado de México. |
| PERFIL DE LA POBLACIÓN USUARIA | |
| POBLACIÓN OBJETIVO | <p>El servicio está dirigido principalmente a la población del Estado de México.</p> <p>Atiende solicitudes del resto del país, así como de comunidades mexicanas asentadas en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá.</p> |
| DEMANDA PROMEDIO DE SOLICITUDES | 65,000 mensuales. |

6.3 MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA/ IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Deberá aplicarse un estudio o encuesta, tomando como base la demanda identificada en el punto anterior, determinándose una muestra representativa que arroje información confiable sobre la percepción de los niveles de calidad que las y los usuarios tienen, así como identificar sus necesidades y expectativas sobre el trámite/servicio recibido.

Es importante que los estudios de satisfacción de usuarios se realicen de manera apropiada y objetiva, es decir, considerar aspectos como:

- Determinación de una muestra poblacional que sea representativa.
- Delimitación espacial adecuada (sitios en los que se aplicará la encuesta).
- Delimitación temporal adecuada (periodo de aplicación de las encuestas de acuerdo con alta/baja demanda).
- Utilización de cuestionarios apropiados, de tal manera que se obtenga información de valor para mejorar la calidad en los trámites/servicios.

Es recomendable que la aplicación de las **encuestas se realice por personal independiente** de la unidad administrativa, para evitar cualquier sesgo que pudiera invalidar el resultado.

La encuesta para **la medición de la satisfacción de la población usuaria**, deberá proporcionar información que permita **identificar sus necesidades y expectativas**, tanto en lo referente a las características de calidad que espera del trámite/servicio, como en la forma en que éste se le proporciona; es decir, lo relativo a la atención recibida.

EJEMPLO

CUESTIONARIO BASADO EN 14 ATRIBUTOS DEL SERVICIO

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y MEDIR LA IMPORTANCIA DE ATRIBUTOS EN TRÁMITES Y SERVICIOS

Con base en la siguiente escala:

| | |
|----------------------------|------------------------|
| 5= Muy importante | 5= Muy satisfactorio |
| 4= Importante | 4= Satisfactorio |
| 3= Promedio | 3= Promedio |
| 2= Poco importante | 2= Insatisfactorio |
| 1= Sin ninguna importancia | 1= Muy insatisfactorio |

* Use lápiz del #2 y llene completamente el círculo
* Para cambiar la respuesta, borrar completamente y re-escriba

UNIDAD ADMINISTRATIVA: _____

NOMBRE DEL TRÁMITE O SERVICIO: _____

FECHA DE LEVANTAMIENTO: _____

LUGAR DE LEVANTAMIENTO: _____

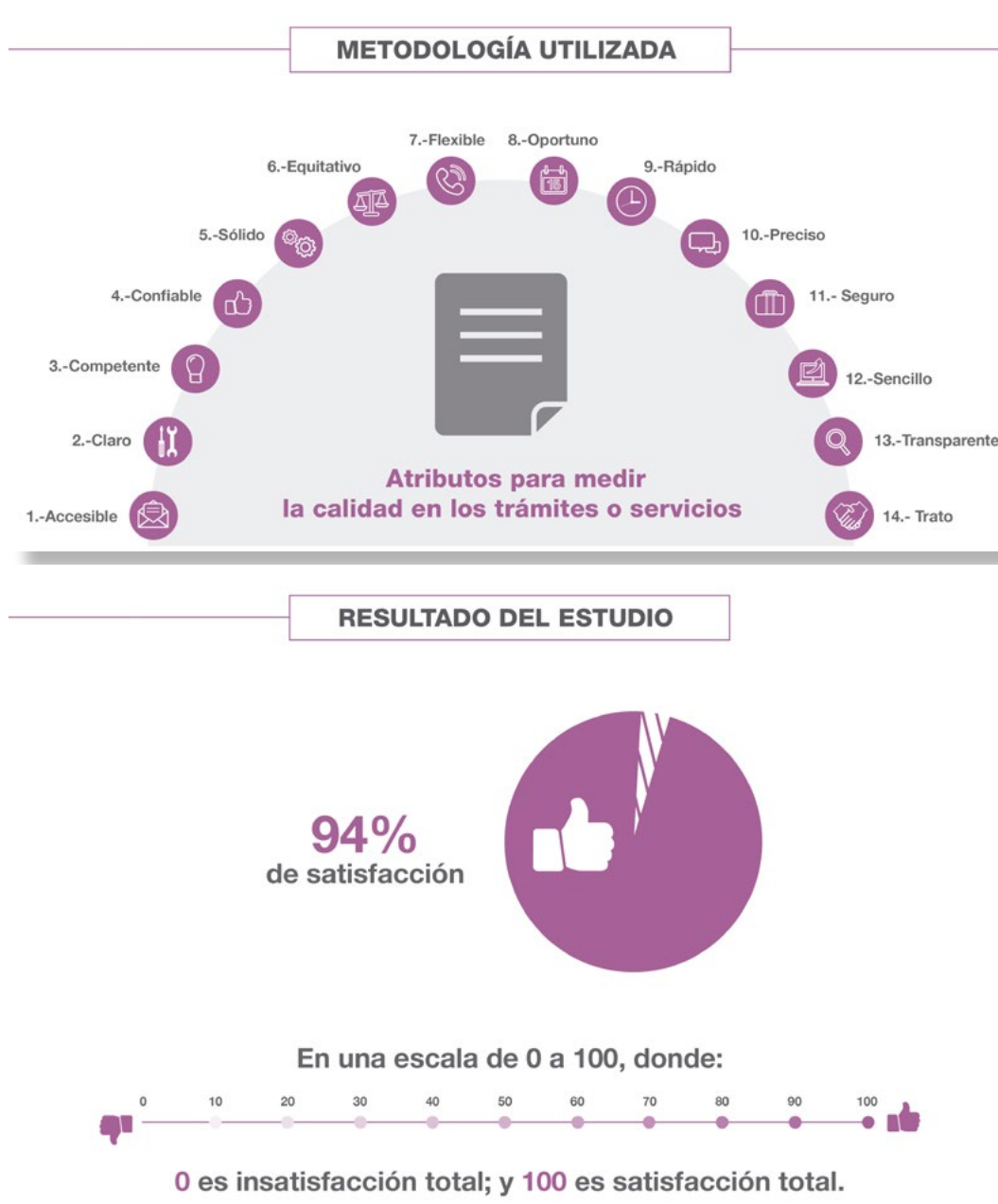
| 5. Muy importante | 4. Importante | 3. Promedio | 2. Poco importante | 1. Sin ninguna importancia | RELLENE EL CÍRCULO ● QUE CONSIDERE CORRESPONDA A LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES | 5. Muy satisfactorio | 4. Satisfactorio | 3. Promedio | 2. Insatisfactorio | 1. Muy insatisfactorio |
|-------------------|---------------|-------------|--------------------|----------------------------|---|----------------------|------------------|-------------|--------------------|------------------------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1.- Saber rápidamente dónde o con quién realizar el trámite | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2.- Contar con información fácilmente entendible sobre cómo realizar el trámite | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3.- Que la persona que me atiende sepa muy bien cómo realizar su trabajo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4.- Que el personal de informes ofrezca información precisa de cómo realizar el trámite | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5.- Que informen con anticipación si hay cambios en los requisitos para realizar el trámite | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 6.- Que no le den preferencia de atención a personas porque son "influyentes" | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 7.- Que los trámites se puedan realizar por medios electrónicos o muy cerca de las comunidades que requieren de dicho trámite | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 8.- Que comiencen los trámites a tiempo (horarios establecidos) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9.- Que el trámite sea rápido | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 10.- Que no me hagan dar vueltas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 11.- Que estén presentes personas que aseguren que se respete el orden y que intervengan en caso de "riffs" o agresiones" | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 12.- Que el trámite sea sencillo | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 13.- Que el procedimiento del trámite sea claro | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 14.- Que me traten con respeto, cortesía y amabilidad | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

DATOS DEL ENTREVISTADO

| | | | | |
|--|--|---|--|--------------------------------------|
| EDAD | SEXO | RESIDENCIA | OCCUPACIÓN | ¿DESEA AGREGAR UN COMENTARIO? |
| <input type="radio"/> 10-14 <input type="radio"/> 15-19 <input type="radio"/> 20-24 <input type="radio"/> 25-29 <input type="radio"/> 30-34 <input type="radio"/> 35-39 <input type="radio"/> 40-44 <input type="radio"/> 45-49 <input type="radio"/> 50-54 <input type="radio"/> 55-59 <input type="radio"/> 60-64 <input type="radio"/> 65-69 <input type="radio"/> 70-74 <input type="radio"/> 75-79 <input type="radio"/> 80-84 <input type="radio"/> 85-89 <input type="radio"/> 90-94 <input type="radio"/> 95-99 | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | <input type="radio"/> Localidad <input type="radio"/> Otro Municipio | <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Negocio propio <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Servidor Público <input type="radio"/> Otro Especificar: _____ | |
| ESCOLARIDAD | TIEMPO DE TRASLADO | | | |
| <input type="radio"/> Sin estudios <input type="radio"/> Básica <input type="radio"/> Media <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Posgrado | <input type="radio"/> Menos de una hora <input type="radio"/> Una a dos horas <input type="radio"/> Más de dos horas | | | |

EJEMPLO

DE RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN APLICADA



*Parte del informe de resultados de un Índice de Satisfacción de la Población Usaria.

Deberá analizarse la información resultante de la encuesta de **satisfacción de la población usuaria**, a fin de determinar **en dónde iniciar acciones de mejora**, considerando **los atributos en los cuales la población usuaria expresa los mayores niveles de insatisfacción y traducirlos en objetivos de calidad**, que incluyan indicadores de eficiencia y eficacia, que demuestren que la calidad del trámite/servicio mejorará mediante el Sistema de Gestión de la Calidad.

6.4 IDENTIFICACIÓN, MAPEO, ANÁLISIS Y MEJORA DE PROCESOS

El enfoque de procesos permite gestionar las actividades de una manera más estructurada, considerando **entradas y salidas** parciales en cada actividad, que puedan controlarse para asegurar que se obtienen los resultados finales previstos. Por ello, es de gran utilidad tener un **enfoque de procesos y no de funciones**, ya que los procesos generalmente cruzan unidades administrativas y están más dirigidos a los resultados finales, eliminando las barreras funcionales.

Los procesos son la base para aprovechar de manera efectiva todo aquello que conforma a la organización. **Si estos procesos se estructuran y documentan con base en lo que las y los usuarios** necesitan y demandan, seguramente ello significará la reorientación de las actividades para el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto materiales como humanos, convirtiéndose los procesos en la principal herramienta de trabajo de todo el personal que labora en una unidad administrativa.

La ISO 9000:2015.-Sistemas de gestión de la calidad –Fundamentos y vocabulario refiere:

2.4.1.3 PROCESO

“La organización tiene procesos que pueden identificarse, medirse y mejorarse. Estos procesos interactúan para proporcionar resultados coherentes con los objetivos de la organización y cruzan límites funcionales. Algunos procesos pueden ser críticos mientras que otros pueden no serlo.”

6.4.1 Identificación de Procesos a incluir en el Sistema de Gestión de la Calidad

En una organización existen diferentes tipos de procesos. De acuerdo con algunos autores, estos se pueden dividir en:

Procesos estratégicos:

Estos procesos están directamente vinculados a la Misión y Visión de la organización, estrategias y políticas determinadas por la Alta Dirección.

Procesos clave:

También conocidos como procesos sustantivos de una organización, son aquellos que describen las actividades que se llevan a cabo para producir bienes o servicios que demandan sus clientes externos.

En el quehacer gubernamental, los procesos clave o procesos sustantivos son los procesos que están vinculados a los trámites y servicios que la población demanda de las dependencias y organismos auxiliares.

Procesos de apoyo o de soporte:

Son aquellos que se realizan en las unidades administrativas de las dependencias y organismos auxiliares, y que sirven para dotar de recursos, infraestructura o información necesaria para realizar los procesos clave. Por ello, los resultados de estos procesos están dirigidos generalmente a los usuarios internos de la unidad administrativa.

Es importante mencionar que, **en los procesos de apoyo**, los resultados de los mismos generalmente no se consideran productos o servicios, a los resultados de estos procesos simplemente se les denomina **“salidas de proceso”**.

6.4.2 Mapeo de procesos

Es aconsejable que los procesos, sobre todo los identificados como **“procesos clave o sustantivos”** en la unidad administrativa, se documenten adecuadamente, elaborando un mapa de cada uno de ellos, a fin de facilitar de manera gráfica su comprensión, debiendo considerar:

- Dónde comienza y dónde termina (fronteras del proceso).
- Entradas (insumos que requiere).
- Proveedor(es) de las entradas.
- Actividades de transformación que se realizan.
- Salida(s), es decir, el(los) resultado(s) de valor que se obtiene(n).
- Receptores de las salidas (clientes/usuarios).

Es muy importante que no sólo se documenten los procesos, sino que se **analicen y mejoren**, eliminando, en la medida de lo posible, todas aquellas actividades que no agregan valor (aunque algunas son necesarias) y que terminan afectando los resultados esperados.

NOTA

Para identificar, elaborar el mapeo, analizar y mejorar los procesos adecuadamente, se recomienda remitirse a la **Guía Técnica para la Identificación, Mapeo, Análisis y Mejora de Procesos**, publicada por la Dirección General de Innovación.

La información contenida en las páginas anteriores sobre procesos, trámites, servicios, población usuaria y su percepción sobre los niveles de calidad, sirve de base para documentar adecuadamente el Sistema de Gestión de la Calidad.



VII. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

VII. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

LA NORMA ISO 9001:2015 CONSTA DE DIEZ BLOQUES O CLÁUSULAS:

1. Objeto del SGC.
2. Referencias normativas.
3. Términos y definiciones.
4. Contexto de la organización.
5. Liderazgo.
6. Planificación.
7. Soporte.
8. Operaciones.
9. Evaluación del desempeño.
10. Mejora.

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SGC

El objetivo que se persigue al implementar un Sistema de Gestión de la Calidad es:

- a) Demostrar la capacidad que tiene la **unidad administrativa** para proporcionar regularmente trámites y/o servicios que cumplan los **requisitos legales y reglamentarios que le son aplicables**.
- b) Satisfacer necesidades e incluso superar las expectativas de la población usuaria respecto a la calidad de trámites/servicios que la misma demanda de la unidad administrativa.

CLÁUSULA 2: REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado debería declararse **el marco jurídico** que aplica a la unidad administrativa, principalmente todo lo referente a los requisitos legales y reglamentarios aplicables al trámite/servicio, siendo recomendable que se haga referencia al sitio en que dicha normatividad se encuentra disponible, es decir, la denominada "Normateca".

CLÁUSULA 3: TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Para los términos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, siempre serán aplicables los términos contenidos en:

Norma ISO 9000:2015 Sistemas de gestión de la calidad-Fundamentos y vocabulario.

Además, se deberán incluir todos los términos y las definiciones de los mismos, que comúnmente son utilizados en la unidad administrativa.

EJEMPLO

| TÉRMINO | DEFINICIÓN |
|------------|--|
| SICOPA WEB | Sistema para el Control Patrimonial en línea. |
| CATGEM | Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México. |
| RETYS | Registro Estatal de Trámites y Servicios. |

CLÁUSULA 4: CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO

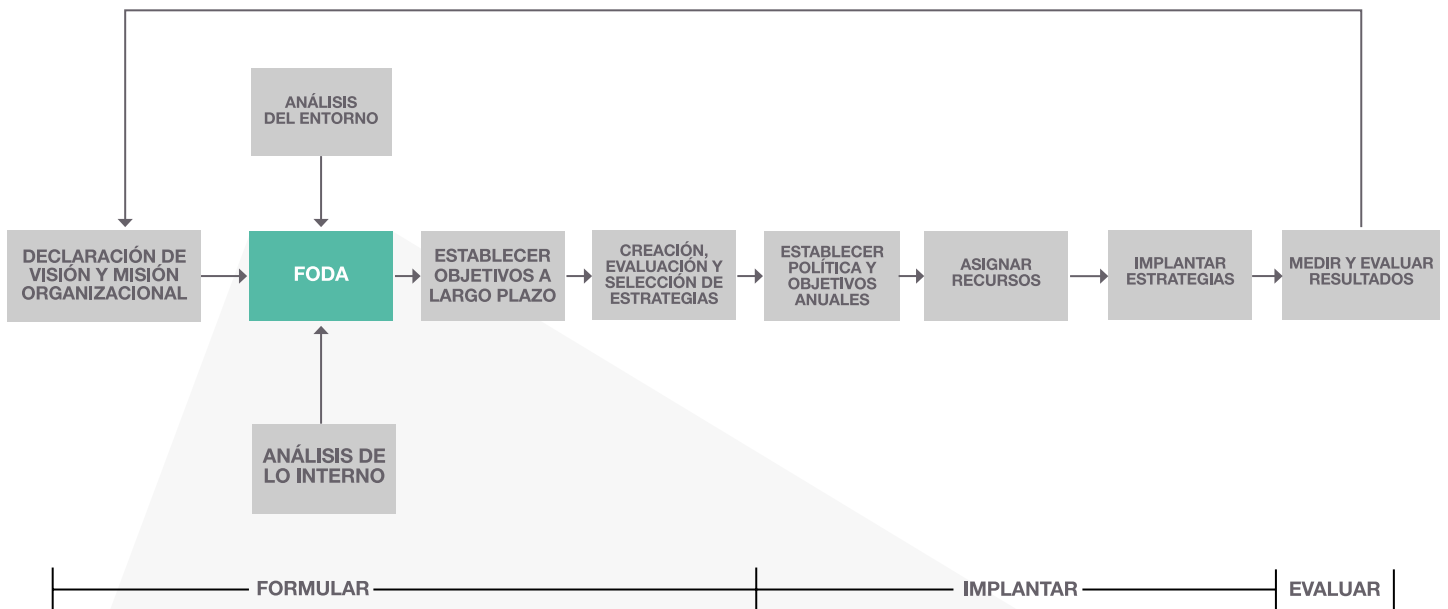
La norma ISO 9001:2015, requiere que se conozca y se comprenda el contexto en el cual se encuentra la organización, es decir el direccionamiento estratégico de ésta.

“El contexto de una organización es una combinación de factores internos y externos, así como condiciones que pueden tener un efecto en el propósito y la sostenibilidad de la misma, en los objetivos, en sus productos o servicios, en las inversiones y en otras partes interesadas.”

En este sentido, se deben considerar todos los elementos que puedan influir en el desempeño de la organización, incluyendo los de índole cultural, social, económica, tecnológica, legal, valores, etc.

Se recomienda, si es que no se ha llevado a cabo previamente, realizar un ejercicio para establecer la Dirección Estratégica, lo cual permitirá **definir o revisar y, en su caso, actualizar** tanto la **Misión** como la **Visión** de la organización, así como determinar los **factores internos y externos** que afectan de manera positiva o negativa su desempeño, **es decir un análisis FODA.**

PROCESO DE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA



| FODA | | |
|------------------|---|--|
| | Fortalezas | Debilidades |
| Análisis Interno | <ul style="list-style-type: none"> • Capacidades distintas. • Ventajas naturales. • Recursos superiores. • Conocimiento. • Innovación. | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos y capacidades escasas. • Infraestructura tecnológica obsoleta. • Resistencia al cambio. |
| | Oportunidades | Amenazas |
| Análisis Externo | <ul style="list-style-type: none"> • Nuevas tecnologías. • Debilitamiento de competidores. • Posicionamiento estratégico. • Demanda de productos y servicios. | <ul style="list-style-type: none"> • Altos riesgos. • Competencia. • Cambios en el entorno. • Cambios en la legislación. |

El resultado de este ejercicio de planeamiento estratégico, si se realiza de manera adecuada, permitirá responder a tres preguntas básicas:

1. ¿DÓNDE ESTÁ LA ORGANIZACIÓN?

2. ¿A DÓNDE VA?

Y la tercera y más importante:

3. ¿A DÓNDE DEBERÍA DE IR?

EJEMPLO

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO (CATGEM)

Antecedentes:

...

El 11 de noviembre de 2001 se inicia el proyecto para el establecimiento del sistema AVANZATEL, el cual, se concluye el 29 de junio de 2002 y entra en operación el 1 de julio de ese mismo año. No obstante, oficialmente es inaugurado hasta el 25 de septiembre de 2003 por el Titular del Ejecutivo Estatal. La difusión del Centro se dio a través de medios de comunicación, tales como spots de radio y cápsulas de televisión, además de folletos, carteles, calcomanías e inserciones de prensa, siendo su slogan “Por teléfono, un Gobierno cerca de ti”.

Con el cambio de Administración del Ejecutivo Estatal (1999-2005 a 2005-2011), deja de llamarse AVANZATEL y, con la finalidad de posicionar al Centro con un nombre que le diera mayor identidad con la Administración Pública del Estado de México, cambia su nombre de manera definitiva al de **Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México (CATGEM)**.

En el Plan de Desarrollo del Estado de México 2005-2011, estableció entre otros, el compromiso de habilitar nuevos canales de comunicación y medios de participación ciudadana; por lo que en cumplimiento a esta directriz y aprovechando los beneficios de las nuevas tecnologías de la información, en el año 2007 se incorporó a la operación del CATGEM el Servicio en Línea Chat.

....

Asimismo, el Manual General de Organización de la Secretaría de Finanzas, establece, entre otras, la siguiente función para la **Dirección General de Innovación**:

“Organizar y dirigir la operación de los distintos mecanismos de orientación e información a la ciudadanía”

Para dar cumplimiento a dichas atribuciones, la Dirección General de Innovación cuenta, dentro de su estructura orgánica, con la **Subdirección de Vinculación Ciudadana**, dependiente a su vez de la Dirección de Gestión de la Calidad y Vinculación Ciudadana.

En dicho ordenamiento, se señala que la Subdirección de Vinculación Ciudadana tiene como objetivo el de “Proponer, promover, coordinar y conducir las acciones y mecanismos de información y orientación a la ciudadanía a cargo de la Dirección General de Innovación” y, dentro de sus funciones de manera específica se establece, entre otras, la de “Supervisar y controlar el funcionamiento del Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México”.

Derivado de lo anterior, las funciones de la Subdirección de Vinculación Ciudadana y el CATGEM, se insertan en la **Planeación Estratégica de la Dirección General de Innovación, contribuyendo al logro de su Misión y Visión.**

MISIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN

Contribuir al desarrollo e implementación de mejores prácticas para la innovación, modernización y calidad de la Administración Pública Estatal, en materia de desarrollo institucional, vinculación ciudadana y administración de documentos.

VISIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN

Consolidarnos como la instancia administrativa reguladora, facilitadora y consultora en materia de desarrollo institucional, vinculación ciudadana y administración de documentos, generadora de soluciones innovadoras para la Administración Pública Estatal.

EJEMPLO

FODA

FORTALEZAS

Recursos humanos competentes.

95% del total del personal del CATGEM cuenta con estudios de licenciatura, 50% de ellos se encuentra titulado y 8% cuenta con estudios de posgrado.

DEBILIDADES

Dependencia de otras instancias para la actualización de información sobre trámites y servicios.

La información que se proporciona a la población usuaria en cuanto a requisitos de los trámites y servicios es recabada directamente del RETyS, cuya actualización no se encuentra bajo el control del CATGEM, ya que corresponde a la Comisión Estatal de Mejora Regulatoria.

OPORTUNIDADES

Aprovechar el crecimiento de la demanda de la información que proporciona el CATGEM.

La demanda del servicio de información aumenta en un promedio del 10% anual.

AMENAZAS

Capacidad operativa rebasada por atención de contingencias y desastres naturales.

CATGEM es designado como responsable de proporcionar información derivada de contingencias o como medio de comunicación con la población en caso de desastres naturales.

Al realizar el análisis **FODA** se puede aprovechar para identificar, además:

- Las partes interesadas, sus necesidades y expectativas.
- Riesgos del contexto de la organización: En sentido positivo (oportunidades) y en sentido negativo (amenazas).

4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

Además de **las y los usuarios**, se requiere determinar a **personas u organizaciones** que tengan algún impacto sobre la capacidad de la organización para cumplir consistentemente con los requerimientos de los clientes, los requisitos legales y/o reglamentarios, o bien, con la habilidad de organización para lograr la satisfacción de los clientes; es decir, **las partes interesadas relevantes**.

Es importante aclarar que no es necesario identificar **partes interesadas** relacionadas con los temas ambientales y de seguridad ocupacional, por ejemplo, a menos de que éstos afecten la conformidad de los trámites y/o servicios que proporciona la unidad administrativa.

| PARTES INTERESADAS | | |
|--------------------|---|--|
| Núm. | PORTE INTERESADA | NECESIDAD(ES), REQUISITO(S) Y/O EXPECTATIVA(S) |
| 1 | Personal del CATGEM | Un agradable clima laboral. |
| 2 | Titular del Ejecutivo Estatal | Contar con un medio de contacto planificado, sistemático, estratégico, tecnológico, estandarizado, multifuncional y multicontacto para brindar atención a la ciudadanía con altos niveles de calidad. |
| 3 | Dependencias y Organismos Auxiliares de la Administración Pública Estatal | Confianza en que se brindará la información y orientación de trámites y servicios gubernamentales y sobre otros temas gubernamentales signados en los Acuerdos de Orientación e Información con el CATGEM. |

4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El alcance o aplicabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad se determina **con base en tres aspectos**:

- a) Procesos.
- b) Áreas/unidades administrativas.
- c) Requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

EJEMPLO

a) Alcance relativo a procesos

“Información Vía Telefónica del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México”

Desde la recepción de solicitudes de actualización de la información, **hasta** la provisión de la información a la ciudadanía en general.

NOTA: Como puede observarse, es importante indicar las fronteras o límites del proceso, es decir, dónde comienza y dónde termina el proceso.

EJEMPLO

b) Alcance de las unidades de negocio o unidades administrativas

“El Sistema de Gestión de la Calidad es aplicable al Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México, ubicado en: (señalar ubicación)”.

EJEMPLO

c) Alcance a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

En el Sistema de Gestión de la Calidad son aplicables los requisitos de la Norma ISO 9001:2015.

Cualquier requisito de la norma ISO 9001 que no sea aplicable al SGC se debe señalar con la justificación correspondiente.

Ejemplo de Nota de no aplicabilidad:

“En el Sistema de Gestión de la Calidad del CATGEM no son aplicables los requisitos de la cláusula 8.3 de la Norma ISO 9001: 2015; toda vez que no se realizan actividades relativas al diseño y desarrollo”.

4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS

Es la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, considerando el enfoque de procesos, con base en la estructura de la Norma ISO 9001:2015, y el requisito se refiere a:

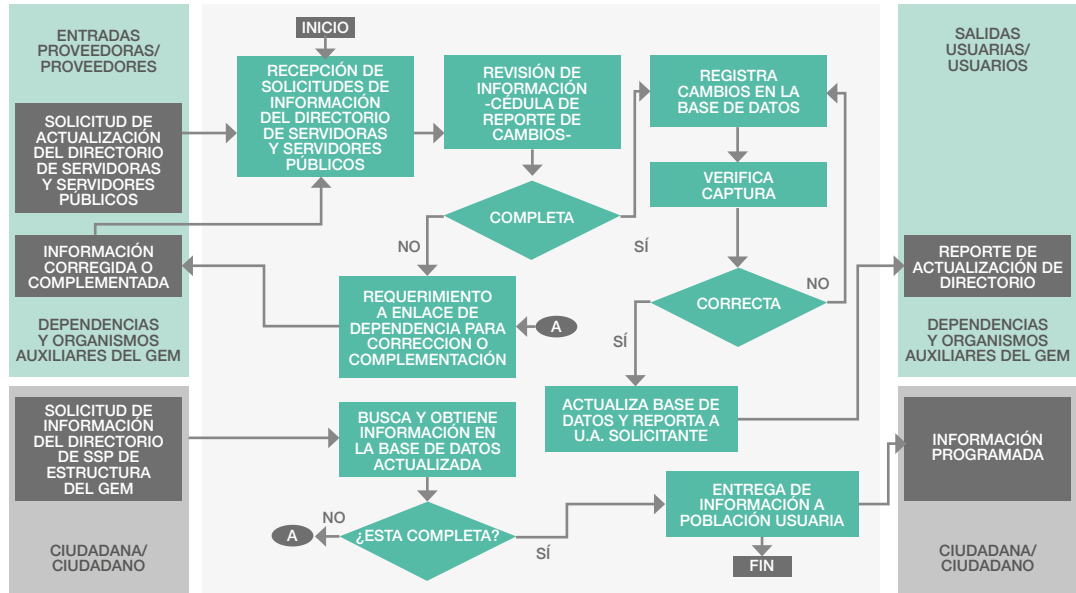
Determinar los procesos necesarios:

Enumerar los procesos clave o sustantivos asociados a los trámites y/o servicios que se incluirán en la certificación, mencionando los límites de cada proceso (desde-hasta).

a) **Entradas** (insumos que se transforman) y **salidas de los procesos** (productos o servicios resultados de la transformación).

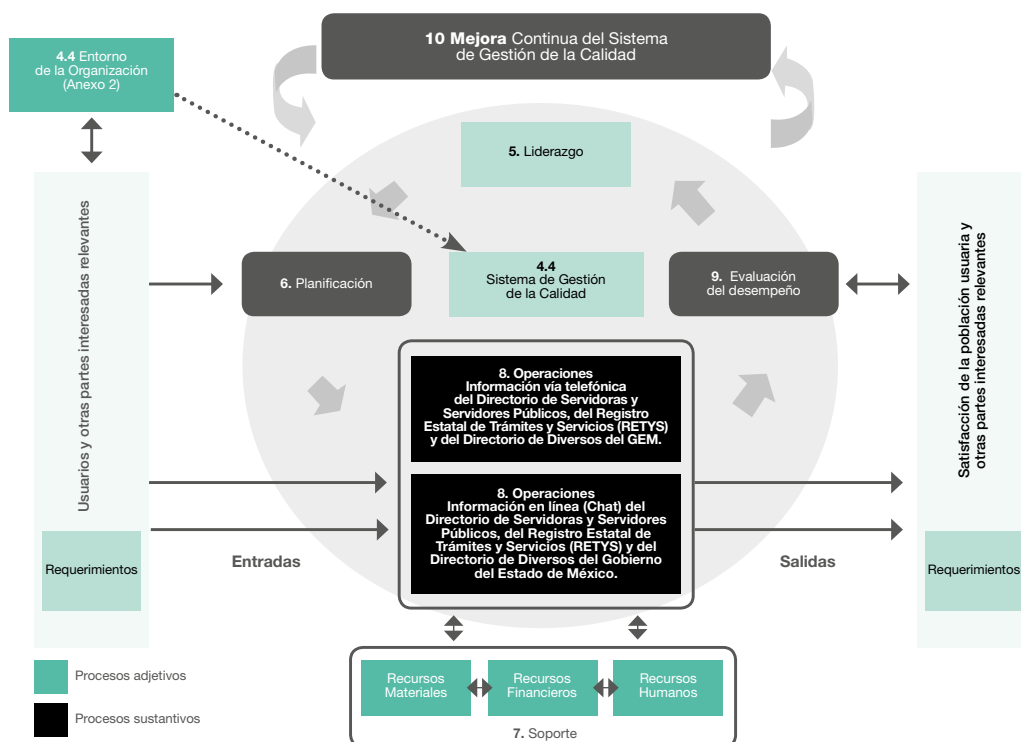
Las entradas y las salidas de proceso, pueden identificarse fácilmente en los mapas de proceso y en los denominados Planes de Calidad o Planes de Control Operacional para los procesos.

PROCESO DE INFORMACIÓN VÍA TELEFÓNICA DEL DIRECTORIO DE SERVIDORAS Y SERVIDORES PÚBLICOS



b) Interacción de los procesos

Requiere un Mapa General de Procesos o lo que se denomina Gráfico de Interacción de Procesos, donde se integran los procesos estratégicos, los procesos clave y los procesos de apoyo.



Interacción de procesos considerando la Norma ISO 9001:2015

Se recomienda que se determine gráficamente la secuencia e interacción de los procesos, pudiéndose apoyarse en la Guía Técnica para la Identificación, Mapeo, Análisis y Mejora de los Procesos, publicada por la Dirección General de Innovación.

c) Criterios y métodos para la operación eficaz y el control de los procesos

Referir la normatividad aplicable para los trámites y servicios y procedimientos, guías técnicas, etc.

d) Recursos y su disponibilidad

Todo lo relacionado con los recursos se encuentran en la **Cláusula 7 Soporte**, por lo tanto, referenciar que ahí se declara lo relativo a los recursos financieros, recursos humanos, infraestructura y cualquier otro tipo de recursos necesarios, incluyendo los utilizados para el seguimiento y la medición.

e) Asignar las responsabilidades y autoridades

Referenciar en dónde se encuentran determinadas.



Las autoridades y responsabilidades para personal de mando medio se encuentran determinadas en el manual de organización de la unidad administrativa pudiendo también contar con un manual de funciones, pudiendo asignarse, de manera formal, autoridad y responsabilidad para desempeñar otros roles necesarios al SGC, con el fin de llevar a cabo actividades determinadas en el requisito 5.3 de la Norma ISO 9001.

f) Abordar riesgos y oportunidades

Referenciar el cumplimiento a través de la Cláusula 6.1 de la Norma ISO 9001:2015



g) Evaluación de los procesos e implementar cambios

Referenciar que se realiza conforme con lo establecido en el Requisito 9.1.3 Análisis y evaluación y 6.3. Planificación de los cambios.

h) Mejorar los procesos y el Sistema de Gestión de la Calidad

Referenciar que se realiza conforme con lo establecido en las actividades declaradas en la Cláusula 10 Mejora.



4.4.2 Información documentada necesaria para los procesos

Indicar que la información documentada para los procesos, tanto la que se mantiene como la que se conserva, es la que se ha determinado en el requisito 7.5

CLÁUSULA 5: LIDERAZGO

5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO

La o el titular de la unidad administrativa debe demostrar liderazgo y compromiso con el SGC, mediante las siguientes actividades.

- Rendir cuentas sobre los resultados del Sistema de Gestión de la Calidad, es decir, se responsabilice de los resultados obtenidos en el SGC.
- Declarar la política de calidad y los objetivos de la calidad en los términos requeridos por los requisitos 5.2 y 6.2 de la Norma ISO 9001:2015.
- Promover entre el personal el trabajo con enfoque de procesos y asegurando la gestión de los riesgos.
- Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para la operación del SGC.
- Evaluar los resultados y considerando la necesidad de realizar cambios, con el fin de que se alcancen los resultados esperados.
- Comunicar y transmitir a todo el personal la importancia de gestionar la calidad de manera eficaz, promoviendo la mejora y brindando el apoyo necesario para cualquier rol que se haya determinado para una dirección efectiva.

5.1.1 Rendir cuentas por el SGC, es involucrarse y participar activamente, revisando los resultados y tomando decisiones que apoyen la mejora continua

5.1.2 Enfoque al cliente

Es obligación de la máxima autoridad en la unidad administrativa, investigar las características de calidad que las y los usuarios buscan en los trámites o servicios y que no están siendo satisfechas al proporcionárselos. Se deben traducir dichas necesidades en requisitos a cumplir.

5.2 POLÍTICA

5.2.1 Política de la calidad

La declaración de la política de la calidad, considerando el contexto de la unidad administrativa donde se implementará el SGC significa el que el líder fije las intenciones y la dirección que guiarán al personal al cumplimiento de los objetivos de la calidad. La Política de Calidad debe incluir de manera explícita la mejora continua.

.....

La política de calidad, conjuntamente con los objetivos de la calidad, son la parte medular de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

5.2.2. Comunicación de la política de calidad

Es importante mencionar que una vez declarada la Política de la Calidad, debe ser comunicada y estar disponible para las partes interesadas. Así mismo, es necesario que el personal la entienda y la relacione con las actividades que realiza y entienda cómo contribuye a los resultados de los procesos en los que participa.

Asimismo, debe estar disponible para todas las partes interesadas identificadas en el requisito 4.2.

5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN

Además de las autoridades y responsabilidades para mandos medios que se encuentran determinadas en el **manual de organización**, la alta dirección **puede asignar diferentes roles con autoridad y responsabilidad**, de manera formal, a una o varias personas, de cualquier nivel, a fin de que se realicen las siguientes actividades:

- **Asegurar que el SGC cumpla con los requisitos de la Norma ISO.** Generalmente esta actividad se le asigna al Auditor Líder.
- **Asegurarse que los procesos estén generando las salidas previstas.**

Se sugiere que esta designación recaiga **en los dueños de procesos**, para asegurar que tanto los procesos clave como los de apoyo arrojen los resultados esperados y que se cumplan las características de calidad determinadas para los trámites y servicios.

- **Informar a la Alta Dirección sobre el desempeño del SGC y las oportunidades de mejora.**

La designación de persona o personas que se encargarán de recabar la información relativa a todo el SGC y presentarla en las reuniones de Revisión por la dirección (ver requisito 9.3).

- **Realizar la concienciación entre el personal** para que identifique plenamente a sus usuarios y se enfoque en satisfacer sus necesidades.
- Se establezcan planes ordenados **cuando se realicen cambios al SGC**, a fin de asegurar la integridad del mismo, como lo establece el requisito 6.3 de Norma ISO 9001 (Esta designación recae en la persona que coordina el SGC).

CLÁUSULA 6: PLANIFICACIÓN

Un SGC bien planificado y preventivo debe estar dirigido a tres objetivos fundamentales:

- Asegurar los resultados esperados del SGC.
- Reducir efectos negativos.
- Lograr la mejora.

6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES

Pensamiento basado en el riesgo

- El concepto de “Pensamiento basado en el riesgo”, tiene como fin el que se considere a la prevención como uno de los objetivos primarios de todo el Sistema de Gestión de la Calidad, por lo tanto, tomar en cuenta que el pensamiento basado en el riesgo:
- Se genera de forma automática y a menudo sin conciencia de ello.
- Logra que la acción preventiva forme parte de las actividades rutinarias.
- A menudo el riesgo se percibe desde su lado negativo, pero el pensamiento basado en el riesgo también puede ayudar a identificar oportunidades. Esto puede considerarse el lado positivo del riesgo. Ambas vertientes deben estar consideradas en la planificación del SGC.
- El concepto de riesgo siempre ha estado presente en la Norma ISO 9001 y forma parte del enfoque basado en procesos.

Identificación y valoración del riesgo

La Norma ISO 9001:2015 no requiere que se implemente un sistema de riesgos, no obstante, algunas herramientas de identificación y valoración de los riesgos a los que se enfrenta la organización en su entorno y las capacidades o carencias en lo interno, ayudarán a la gestión del riesgo, que es lo que se requiere para dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la norma.

Es importante destacar que, el nivel de profundidad en la atención de los riesgos dependerá de cada situación. La entrega de un producto o servicio no conforme para ciertas organizaciones puede no tener impactos graves, aunque esto no deja de ser una situación indeseable, en cambio para otras puede generar consecuencias críticas y de impacto muy fuerte.

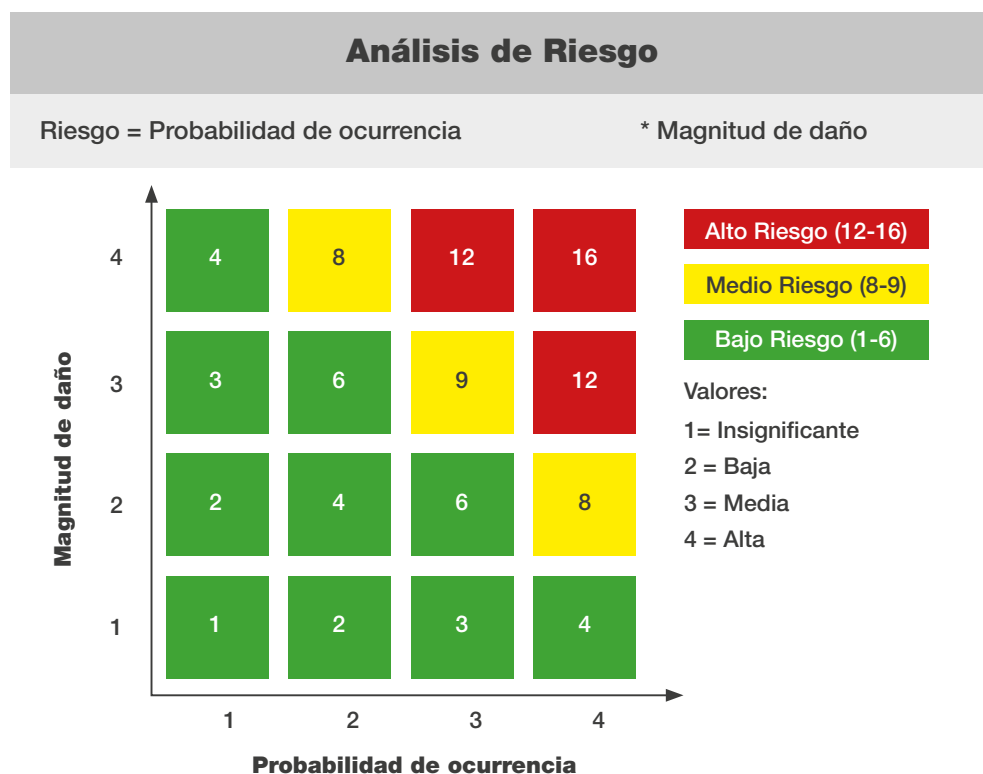
EJEMPLO

Entregar una **licencia de conducir** fuera del tiempo acordado o con error no significativo en los datos (salida no-conforme con algunos requisitos de tiempo o de forma), puede traducirse en enojo y provocar una queja por parte de las personas usuarias, pero tratándose de un servicio que provee una institución de salud, **el no aplicar un medicamento o no brindar atención oportuna**, puede traducirse en algo grave y de alto impacto.

Por ello, es importante identificar los riesgos y valorar su impacto en la eficacia del SGC, con el fin de tomar las acciones pertinentes para abordarlos, transferirlos, minimizar su impacto o, incluso, eliminarlos.

Las actividades para el cumplimiento de este requisito son:

- Identificar los riesgos y oportunidades.
- Valorar los riesgos y las oportunidades que se hayan identificado, en función de la probabilidad de ocurrencia y su impacto en los resultados esperados.
- Determinar acciones adecuadas a su impacto potencial.
- Integrar las acciones en los procesos del SGC.
- Evaluar las acciones para verificar su eficacia.



EJEMPLO

Tabla de valoración de riesgos y acciones planificadas, aplicada al SGC del Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México (CATGEM)

| No. | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | TIPO DE RIESGO | PO | MI | VALOR | FACTOR DE RIESGO | PORTE INTERESADA | DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE CONTROL | RESPONSABLE | FECHA DE INICIO | FECHA DE TÉRMINO | MEDIOS DE VERIFICACIÓN |
|-----|---|--------------------------|----------------|----|----|-------|---|---------------------------|---|---|-----------------------|--------------------------|---|
| 1 | Pérdida de la información en la base de datos del Directorio de Servidores y Servidores Públicos. | De TIC'S | Negativo | 3 | 4 | 12 | <ul style="list-style-type: none"> Daño en el equipo de cómputo Intrusión de virus informáticos | Ciudadanía | <ul style="list-style-type: none"> Mantener vacunas de software actualizadas Respaldo semanalmente la base de datos y mantenerla en un servidor externo de las instalaciones del CATGEM | Área de Telefonía e Informática del CATGEM | 30 de agosto de 2019 | 27 de septiembre de 2019 | Programa de vacunación y respaldo |
| 2 | Deficiencia en el servicio | De imagen | Negativo | 3 | 2 | 6 | <ul style="list-style-type: none"> Inasistencia de los asesores ciudadanos | Alta Dirección | <ul style="list-style-type: none"> Coordinadores operarán como asesores | Personas Coordinadoras de personal asesor ciudadano | 28 de julio de 2019 | 20 de agosto de 2019 | Bitácora |
| 3 | Aumento de la demanda de información de servicios | Técnico-Administrativo | Positivo | 4 | 2 | 8 | <ul style="list-style-type: none"> Inscripciones del SAID | Personal asesor ciudadano | <ul style="list-style-type: none"> Capacitación para atención rápida. Aumento de personal asesor ciudadano. | Área de Recursos Humanos | 15 de octubre de 2019 | 12 de septiembre de 2019 | <ul style="list-style-type: none"> Resultados de la evaluación del desempeño. Plantilla de nuevo personal contratado. |

6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS

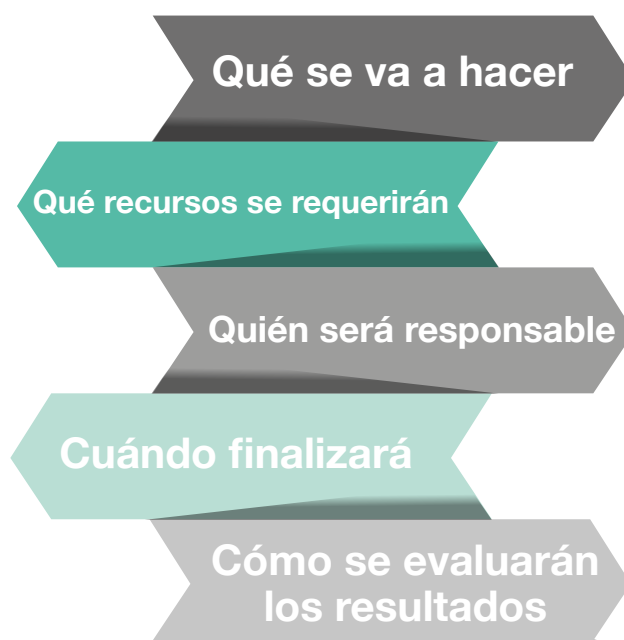
Los objetivos de la calidad, de acuerdo con su definición en la norma ISO 9000, son “resultados a lograr con respecto a la calidad”. Representan los compromisos que adquiere la organización para dar cumplimiento a su Política de Calidad, la cual es el marco de referencia para establecer los Objetivos de calidad.

Pueden establecerse de manera agregada por función o por proceso y deben desplegarse en los niveles pertinentes.

Deben ser medibles, esto es, contar con indicadores de eficiencia y/o de eficacia que aseguren que son alcanzables, estar alineados a la Política de Calidad y asociados a la satisfacción de las necesidades de las y los usuarios y/o al cumplimiento de los resultados estratégicos planificados por la unidad administrativa, además deben:

- Documentarse.
- Comunicarse a todo el personal.
- Actualizarse, cuando sea necesario.

Asimismo, debe planificarse la manera en que se pretende lograrlos, determinando:



EJEMPLO 1

En la Política de Calidad del Centro de Atención Telefónica del Gobierno del Estado de México (CATGEM), se identifican dos elementos clave para medir la calidad de la información, considerando los siguientes atributos en la misma:

1. Información actualizada y oportuna.
2. Satisfacción de las necesidades de la población usuaria.

Los indicadores de eficiencia y eficacia se determinan de la siguiente manera:

| NECESIDADES IDENTIFICADAS DE LAS Y LOS USUARIOS | ACCIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL ESTADO DE MÉXICO | | |
|---|--|--|---|
| | ANÁLISIS Y MEJORA DEL PROCESO | DETERMINACIÓN DE POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD | DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE EFICACIA/EFICIENCIA |
| Información: <ul style="list-style-type: none"> • Actualizada. • Oportuna. | Resultado: Planificación y control de actividades del proceso para la actualización de la información y respuesta a solicitudes de la misma. | Resultado: Establecimiento de políticas y compromisos para satisfacer las necesidades de usuarias/ usuarios disminuyendo los tiempos de respuesta. | Resultado: Establecimiento de indicadores para medir el desempeño del(los) objetivo(s) de la calidad. |

a) Información actualizada:

| OBJETIVO 1 | INDICADOR | FORMA DE CÁLCULO |
|--|---|---|
| Mantener la base de datos del Directorio de las y los Servidores Públicos debidamente actualizada. | Actualización de la información en la base de datos en un tiempo máximo de 2 horas. | Hora de actualización de la base de datos. Menos Hora de recepción de la solicitud de actualización. $\leq 2 \text{ Horas}$ |

b) Información oportuna:

| OBJETIVO 2 | INDICADOR | FORMA DE CÁLCULO |
|--|--|--|
| Atender con oportunidad las solicitudes de información que presenten las y los ciudadanos. | Entrega de la información solicitada en un tiempo máximo de 2 minutos contados a partir de que la o el ciudadano establece contacto con el CATGEM. | Hora de la entrega de la información solicitada Menos Hora de contacto de la persona solicitante con el IVR del $\leq 2 \text{ minutos}$ |

c) Satisfacción de las y los usuarios:

| OBJETIVO 3 | INDICADOR | FORMA DE CÁLCULO |
|--|-------------------|---|
| Mantener altos niveles de satisfacción de la calidad por parte la población usuaria. | % de Satisfacción | Mediante encuestas de satisfacción con resultados $\geq 90\%$ |

EJEMPLO 2

La Dirección General de Innovación (DGI) tiene, entre otras atribuciones, revisar y, en su caso, formular proyectos de instrumentos jurídico-administrativos que regulen la organización y el funcionamiento de las Dependencias y Organismos Auxiliares de la Administración Pública Estatal. Entre estos, se instrumentos jurídico-administrativos, se encuentran los manuales de procedimientos.

Usuaris/usuarios:

Unidades Administrativas de las Dependencias y Organismos Auxiliares de Gobierno del Estado de México.

Mediante la aplicación de una encuesta se identificó que la principal necesidad no satisfecha en las y los usuarios estaba directamente relacionada con la rapidez en la dictaminación de los proyectos de manuales de procedimientos.

La DGI realizó las siguientes acciones:

| NECESIDADES IDENTIFICADAS DE LAS Y LOS USUARIOS | ACCIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INNOVACIÓN | | |
|---|---|--|--|
| | ANÁLISIS Y MEJORA DEL PROCESO | DETERMINACIÓN DE POLÍTICA Y OBJETIVOS DE LA CALIDAD | DETERMINACIÓN DE INDICADORES DE EFICACIA/EFICIENCIA |
| Mayor rapidez en la emisión de dictámenes de proyectos de manuales de procedimientos. | Resultado: Planificación de actividades del proceso y determinación de tiempos para la emisión de dictámenes de proyectos de manuales integrados. | Resultado: Establecimiento de compromisos para satisfacer las necesidades de las y los usuarios disminuyendo los tiempos de respuesta. | Establecimiento de indicadores para medir el desempeño del(los) objetivo(s) de la calidad. |

La Dirección General de Innovación estableció los siguientes compromisos u objetivos de calidad para el proceso de **“Dictaminación de manuales de procedimientos”**:

Objetivo de Calidad de la Dirección General de Innovación:

La Dirección General de Innovación se compromete a:

“Dictaminar los proyectos de manuales de procedimientos presentados por las Dependencias y Organismos Auxiliares del GEM, en un tiempo máximo de 30 días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción del documento en la Dirección General de Innovación”.

NOTA: Aplica a manuales integrados hasta por 10 procedimientos, incrementándose 5 días hábiles en el tiempo de respuesta por cada procedimiento adicional que contenga el proyecto de manual de procedimientos.

6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS

Cuando se requiera realizar cambios en el SGC, los mismos se deben llevar a cabo de manera planificada, a fin de proveer los impactos potenciales propios del cambio, considerando en la planificación:

Que el SGC no pierda integridad, es decir, asegurarse que los cambios o ajustes se lleven a cabo de manera ordenada, debiendo controlar cualquier alteración o cualquier efecto no deseado que pudiera afectar su buen funcionamiento.

En la planificación de los cambios, se deben considerar los recursos necesarios y la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades para los procesos y en el SGC.

CLÁUSULA 7: SOPORTE

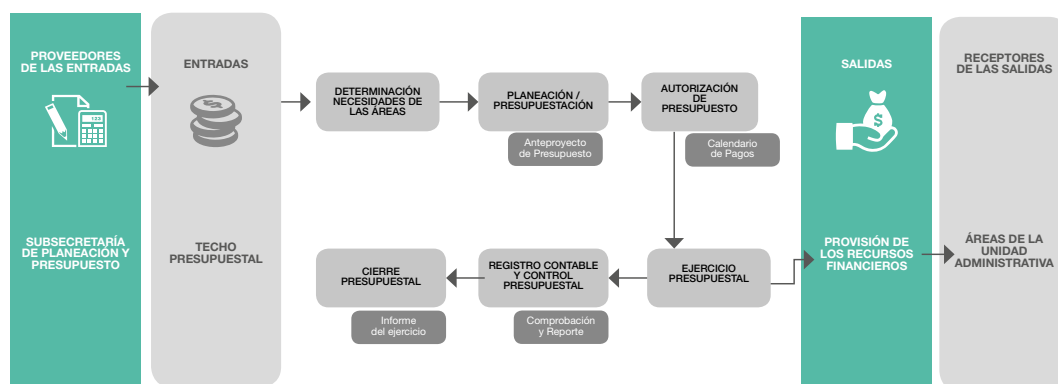
7.1 RECURSOS

7.1.1 Generalidades

Determinar y proveer los recursos financieros necesarios para que el SGC se establezca, se implemente y arroje los resultados esperados, considerando la capacidad y/o limitación de los recursos y, en su caso, cómo obtenerlos.

Se sugiere considerar el proceso financiero para las unidades administrativas de las dependencias y organismos auxiliares del GEM.

MAPA DE PROCESO DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS



7.1.2 Recursos humanos

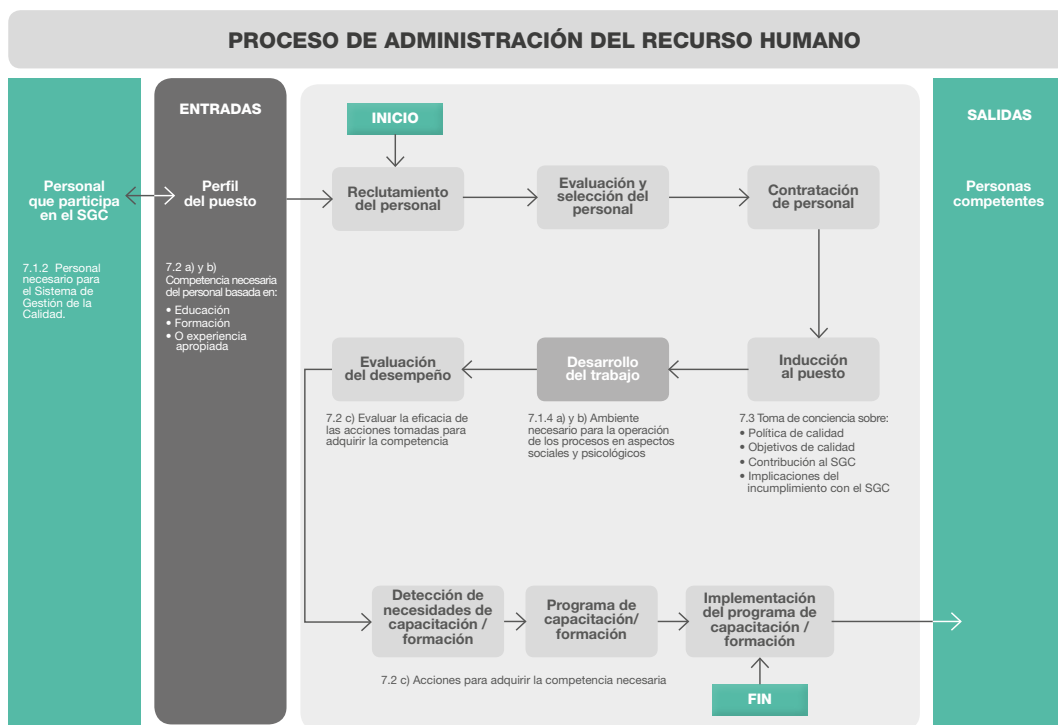
La Norma ISO 9001:2015 requiere que se consideren en la administración del recurso humano algunos aspectos relevantes que pueden afectar los requisitos de este proceso tan importante, como son:

7.1.2 PERSONAS

7.2 COMPETENCIA

7.3 TOMA DE CONCIENCIA

En el siguiente mapa de la administración del recurso humano están señaladas las actividades con las que se sugiere dar cumplimiento a los requerimientos del estándar.



7.1.3 Infraestructura

Es importante dar cumplimiento a los tres requerimientos de la Norma respecto a **“determinar, proporcionar y mantener”** la infraestructura relacionada con **edificios, servicios asociados, equipo y TIC’s. Entendiéndose como:**

| | |
|---------------------|--|
| DETERMINAR | Cuál y cuánta infraestructura se necesita. |
| PROPORCIONAR | Disponibilidad de la infraestructura, acorde con las necesidades determinadas. |
| MANTENER | En condiciones de operación, funcionales, etc; es decir, contar con programas de mantenimiento preventivo y acciones de respuesta eficaz para el mantenimiento correctivo. |

7.1.4 Ambiente para la operación de los procesos

El desarrollo del trabajo se debe realizar bajo condiciones adecuadas mediante la combinación de factores físicos y humanos (sociales y psicológicos).

Factores físicos:

Condiciones relacionadas con las actividades reguladas en las Unidades o Subunidades de Protección Civil y para la Seguridad y las Comisiones de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Factores sociales y psicológicos:

Pueden llevarse a cabo estudios de clima organizacional.

7.1.5 Recursos de seguimiento y medición

7.1.5.1 GENERALIDADES

Deben determinarse los recursos necesarios para dar seguimiento o realizar mediciones en las etapas apropiadas de los procesos para proveer los trámites o servicios.

Los recursos de seguimiento y/o medición (equipo, herramientas de medición o recursos administrativos, como son los procedimientos), que se utilizan como criterios de comparación para verificar que los trámites o servicios cumplen con las características determinadas, deben garantizarse que son adecuados para el tipo de seguimiento o para las mediciones que se realizan.

7.1.5.2 TRAZABILIDAD DE LAS MEDICIONES

Cuando las mediciones **deban conservarse para cumplir con requisitos de rastreabilidad** o trazabilidad y se utilice equipo para las mediciones, dicho equipo debe garantizar la **confiabilidad de los resultados de las mediciones**, debiendo verificarse o calibrarse antes de su utilización o conforme con los periodos o intervalos reglamentarios, utilizando un patrón trazable.

EJEMPLO

| EQUIPO | PATRÓN TRAZABLE PARA LA VERIFICACIÓN | TIPO DE MEDICIÓN PARA EL QUE ES ADECUADO |
|-------------------|--------------------------------------|--|
| Metro | Metro patrón | Longitud |
| Báscula | Tara patrón | Peso |
| Bomba de gasolina | Jarra patrón 20 litros | Litros |

7.1.6 Conocimiento de la organización

Determinar, adquirir de fuentes internas o externas los conocimientos necesarios para realizar los trámites/servicios que la población demanda de la unidad administrativa.

Los conocimientos pueden estar relacionados con procedimientos, mejores prácticas, experiencia, etc.

7.2 COMPETENCIA

Determinar la competencia del personal que puede afectar los requisitos en la operación de los procesos, está relacionado con el perfil de los puestos críticos, con la determinación de necesidades de capacitación, con la capacitación y la eficacia de la misma para lograr el desempeño esperado del personal.

Los perfiles y descripciones de puestos deberán considerar el nivel de educación formal (escolaridad), la formación específica en alguna área del conocimiento o la experiencia necesaria para el desempeño de las funciones del puesto.

De acuerdo con el requisito de la norma ISO 9001 se requiere conservar la evidencia documental que avale la competencia de las personas (registros de la educación, formación o experiencia, definidas en los perfiles y descripciones de puesto).

En el **Mapa del Proceso de Administración del Recurso Humano** se pueden apreciar las fases que dan cumplimiento a los requerimientos de la Norma ISO 9001 relativas al requerimiento 7.2.

7.3 TOMA DE CONCIENCIA

Se sugiere realizar reuniones con el personal, a fin de concientizarles respecto de cómo con sus actividades contribuyen a lograr los objetivos de la unidad administrativa y, sobre todo, de la importancia de cumplir con la política y los objetivos de la calidad.

De igual manera, hacer conciencia en el personal de las implicaciones y de las consecuencias de incumplimientos de lo que se establece en el SGC.

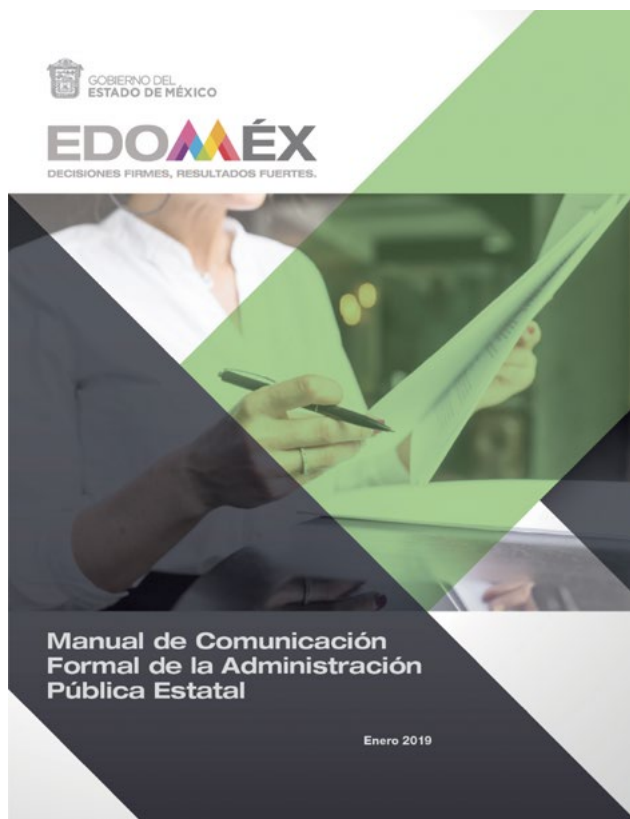
7.4 COMUNICACIÓN

Las unidades administrativas deberán determinar formas eficaces para la comunicación escrita.

La comunicación oficial se realiza de manera formal y, para ello, cualquier unidad administrativa podrá garantizar una buena comunicación escrita interna y externa utilizando lo establecido en el:

MANUAL DE COMUNICACIÓN FORMAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESTATAL

Este documento establece claramente:
Qué, cuándo, a quién, cómo y quién debe comunicar, considerando las diferentes formas, circunstancias y estructuras.



7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA (DOCUMENTACIÓN DEL SGC)

a) Información

La Norma ISO 9001:2015 hace referencia a **“información”** en los casos en que no existe **ningún requisito** que especifique que dicha información se tenga que documentar. En tales situaciones, la organización puede decidir si es necesario o adecuado mantener información documentada.

EJEMPLO

NORMA ISO 9001:2015

Apartado 4.1 Comprensión de la organización y de su contexto

“La organización debe realizar el seguimiento y **la revisión de la información** sobre estas cuestiones externas e internas”.

b) Mantener información documentada

Cuando en los apartados de la Norma Internacional ISO 9001:2015, donde se especifica que se debe **“mantener información documentada”**, se requiere contar con un documento en medio físico o electrónico conteniendo la información; por ejemplo, un procedimiento, un manual, un plan de la calidad, un instructivo de trabajo, un formato, etc.

EJEMPLO

NORMA ISO 9001:2015

Apartado 4.3 Determinación del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad

“El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad de la organización debe estar disponible y **mantenerse como información documentada...**”.

c) Conservar información documentada

En los casos en que en la Norma Internacional ISO 9001:2015 se especifica que se debe **“conservar información documentada”** se refiere a que se cuente con **“registros” como documentos necesarios** que se conservan para proporcionar evidencia de la conformidad con requisitos especificados.

EJEMPLO

NORMA ISO 9001:2015

Apartado 4.5.2 Identificación y trazabilidad

“La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito y debe **conservar la información documentada** necesaria para permitir la trazabilidad”.

Existen dos tipos de documentación:

a) La requerida por la Norma ISO 9001:2015

| NORMA ISO 9001:2015 | TÍTULO DE LA CLÁUSULA | REQUERIMIENTO | INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| 4.3 | Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad | Documento | • Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad. |
| 4.4.2 a), b) | Sistema de gestión de la calidad y sus procesos | Documento | • Registro |
| 5.2.2 a) | Comunicación de la política de la calidad | Documento | • Declaración de la Política de la calidad. |
| 6.2.1 | Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos | Documento | • Objetivos de la calidad. |
| 7.1.5 7.1.5.1 | Recursos de seguimiento y medición Generalidades | Registro | • Evidencia de la adecuación para el propósito en el seguimiento y medición de los recursos. |
| 7.1.5 7.1.5.2 a) | Recursos de seguimiento y medición Trazabilidad de las mediciones | Registro | • Evidencia de base utilizada para la calibración o verificación. |
| 7.2 d) | Competencia | Registro | • Competencia de las personas. |
| 7.5.1 7.5.2 | Información documentada Generalidades | Registro | • Respecto a la creación, actualización y control total de la información documentada. |
| 8.1 | Planificación y control operacional | Registro Documento | • Evidencia de que los procesos se llevan a cabo como estaba previsto. • Conformidad de productos y servicios. |
| 8.2.3 8.2.3.2 | Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios | Registro | • Revisión del contrato y de que se cumplen los requisitos. |
| 8.3.2 j) | Planificación del diseño y desarrollo | Documento | • Demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo. |
| 8.3.3 | Entradas para el diseño y desarrollo | Registro | • Entradas del proceso del diseño y desarrollo. |
| 8.3.4 f) | Controles del diseño y desarrollo | Registro | • Resultados a lograr. • Evaluación de la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo. • Aseguramiento de que las salidas cumplen los requisitos de entrada. • Verificación y validación. • Acciones tomadas sobre problemas determinados. |
| 8.3.6 | Cambios del diseño y desarrollo | Registro | • Cambios, revisiones, autorización de los cambios y de acciones para prevenir impactos adversos. |
| 8.4.1 | Control de los procesos, productos y servicios proporcionados externamente | Registro | • Evaluación, selección, seguimiento y reevaluación de proveedores. |
| 8.5.1 a) | Control de la producción y la provisión del servicio | Documento Registro | • Disponibilidad de información donde se definen las características de los productos y servicios. |
| 8.5.2 | Identificación y trazabilidad | Registro | • Trazabilidad. |
| 8.5.3 | Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos | Registro | • Pérdida, deterioro o inadecuación para el uso de la propiedad del cliente o proveedor y de la comunicación de los hechos a los mismos. |
| 8.5.6 | Control de cambios | Registro | • Resultados del cambio, el personal que autoriza el cambio y de cualquier acción necesaria. |
| 8.6 | Liberación de los productos y servicios | Registro | • Persona(s) que autoriza(n) la liberación de los bienes y servicios para su entrega al cliente. |
| 8.7 | Control de las salidas no conformes | Registro | • Descripción de la no conformidad. • Acciones tomadas. • Concesiones obtenidas. • Autoridad que define la acción. |
| 9.1 9.1.1 | Seguimiento, medición y evaluación del desempeño. | Documento | • Resultados del SGC. |
| 9.2 9.2.2 | Auditoría interna | Registro | • Implementación del programa de auditoría y sus resultados. |
| 9.3 9.3.3 | Revisión por la dirección | Registro | • Revisiones que realiza la dirección, incluidas las acciones tomadas. |
| 10.2 10.2.2 | No conformidad y acción correctiva | Registro | • Naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas. • Resultados de las acciones tomadas. |

b) La información documentada que la unidad administrativa determine que le es necesaria para la operación:

- Leyes
- Reglamentos
- Manuales de procedimientos, guías, instructivos, formatos, etc.

Es recomendable **implementar un procedimiento o una metodología** para la documentación que asegure que desde su creación o actualización esté debidamente identificada y se establezca las actividades necesarias para que se mantenga debidamente:

- Aprobada.
- Identificable.
- Disponible en los puntos de uso.
- Protegida, cuando así corresponda.

Se controle en cuanto a:

- El acceso a la misma.
- La recuperación, en caso de pérdida o deterioro.
- La disponibilidad.
- La conservación.
- La disposición o destino final.

CLÁUSULA 8: OPERACIONES

8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL

La **planificación y el control operacional de los procesos clave** determinados como necesarios (requisito 4.4), es decir, aquellos relacionados con los trámites/servicios que proporciona la unidad administrativa, puede realizarse a través de lo que se denomina **“Plan de Calidad”** o **“Plan de Control Operacional”**.

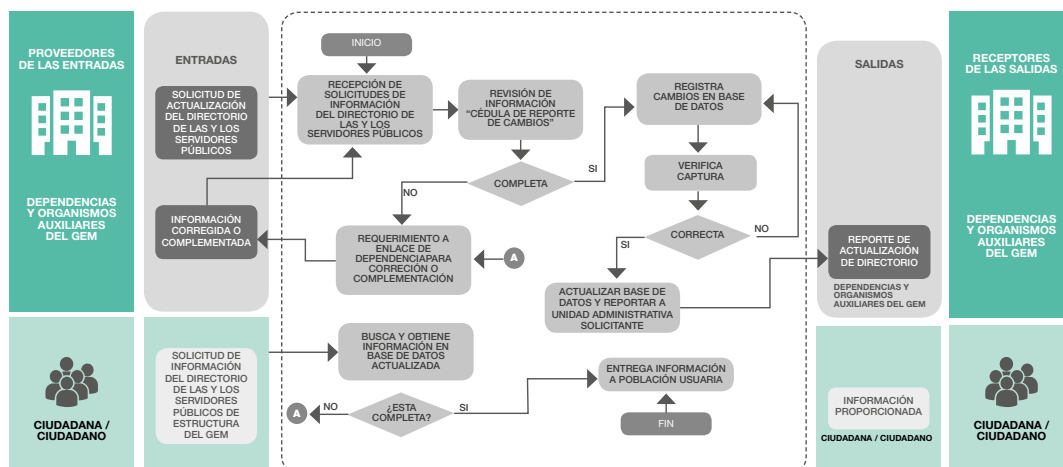
En los planes de calidad o planes de control operacional de los procesos para cada una de las etapas se puede establecer de manera clara lo siguiente:

- **Qué** se hace.
- **En qué consiste** lo que se hace.
- **Quién** lo hace.
- **Los recursos** que se requieren.
- Las actividades de **verificación, validación, revalidación**.
- Los **requisitos a cumplir**.
- Los **criterios de aceptación**.
- La información documentada **que se conserva** como evidencia de las actividades y de sus resultados (registros).

Si se elabora de manera adecuada, el **Plan de calidad o Plan de control operacional** se contará con una herramienta sumamente útil para realizar y controlar las actividades de los procesos sustantivos.

Para elaborar los planes de calidad, los mapas de los procesos se vuelven indispensables, toda vez que en ellos se encuentran graficadas de manera secuencial cada una de las actividades desde el inicio hasta el final del proceso.

PROCESO DE INFORMACIÓN VÍA TELEFÓNICA DEL DIRECTORIO DE SERVIDORAS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



PLAN DE CALIDAD/PLAN DE CONTROL OPERACIONAL

| | | | |
|----------------|--|-----------------|---|
| PROCESO | Información Vía Telefónica del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del Gobierno del Estado de México. | OBJETIVO | Proporcionar información actualizada, oportuna y confiable. |
|----------------|--|-----------------|---|

| NO. | ACTIVIDAD | DESCRIPCIÓN | RESPONSABLE | RECURSOS | REQUISITOS | CRITERIOS DE ACEPTACIÓN | RESULTADO | REGISTRO |
|-----|--|--|---|--|--|--|---|--------------------|
| 1 | RECEPCIÓN DE SOLICITUDES DE ACTUALIZACIÓN/ CORRECCIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE SERVIDORAS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL GEM. | Dar entrada a las solicitudes de las Dependencias y Organismos Auxiliares sobre cambios al Directorio de Servidoras y Servidores Públicos. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Internet. - Procedimiento 203433300/02. - "Cédula de reporte de cambios". | -Remitida por la persona que funge como Enlace Institucional de la Dependencia/ Organismo Auxiliar | Que se incluya la "Cédula de reporte de cambios". | • Solicitudes de cambios registradas. | FO-SGC-033. |
| 2 | REVISIÓN DE INFORMACIÓN "CÉDULA DE REPORTE DE CAMBIOS". | Verificar que los campos contenidos en la "Cédula de reporte de cambios" sean correctos. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Procedimiento 203433300/02. - "Cédula de reporte de cambios". | "Cédula de reporte de cambios" con datos completos. | - Nombre del S.P. - Profesión. - Cargo. - Situación. - Género. - Nivel. - Rango. - Domicilio. - Teléfono(s). | • Requerimiento de Información adicional/Actividad No. 3. • Solicitud aceptada/ actividad 5. | FO-SGC-033. |
| 3 | REQUERIMIENTO A ENLACE DE DEPENDENCIA PARA QUE CORRIJA O COMPLEMENTE INFORMACIÓN. | Requerir al Enlace Institucional de la Dependencia corrija o complemente la información contenida en la "Cédula de reporte de cambios". | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Procedimiento 203433300/02. | N/A | N/A | • Requerimiento de Información. | FO-SGC-033. |
| 4 | RECEPCIÓN Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN CORREGIDA O INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA REQUERIDA. | Verificar que la información faltante o con error cumpla y satisfaga lo requerido. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Procedimiento 203433300/02. - "Cédula de reporte de cambios". | - Nombre del S.P. - Profesión. - Cargo. - Situación. - Género. - Nivel. - Rango. - Domicilio. - Teléfono(s). | Datos completos y sin error. | • Solicitud aceptada para su registro. | FO-SGC-033. |
| 5 | CAPTURA DE INFORMACIÓN EN BASE DE DATOS. | Registrar los datos del Servidor Público. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | N/A | N/A | • Actualización de Base de datos. | FO-SGC-033. |
| 6 | VALIDACIÓN DE LA CAPTURA DE LA INFORMACIÓN. | Comprobar en pantalla que se haya realizado la correcta captura de los datos del servidor público. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Procedimiento 203433300/02. - "Cédula de reporte de cambios". - Base de datos CRM. | - Nombre del S.P. - Profesión. - Cargo. - Situación. - Género. - Nivel. - Rango. - Domicilio. - Teléfono(s). | - Datos completos. - Sin errores ortográficos. | • Recaptura. | FO-SGC-033. |
| 7 | CONFIRMACIÓN DE ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS A DEPENDENCIA SOLICITANTE. | Enviar comunicado al Enlace de la Dependencia confirmando la actualización de la información. | Responsable del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | - Procedimiento 203433300/02. - Base de datos CRM. | N/A | N/A | • Confirmación de Actualización Directorio de Servidoras y Servidores Públicos. | FO-SGC-033. |
| 8 | RECEPCIÓN DE SOLICITUD TELEFÓNICA Y LOCALIZACIÓN EN BASE DE DATOS DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO DE LAS SERVIDORAS Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL GEM. | Atender la llamada telefónica y localizar en la base de datos la información relacionada con el Directorio de las Servidoras y Servidores Públicos del GEM requerida por el usuario. | Personal Asesor Ciudadano. | - Procedimiento 203433300/02. - Base de datos CRM. | - Precisar la información requerida. | N/A | • Determinación de tipo y cantidad de información. | Base de datos CRM. |
| 9 | ENTREGA DE INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN USUARIA. | Proporcionar la información del Directorio de las Servidoras y Servidores Públicos del GEM. | Personal Asesor Ciudadano. | - Procedimiento 203433300/02. - Base de datos CRM. | Información: - Actualizada. - Oportuna. - Confiable. | Atención: - Cordial. - Alto grado de actitud de servicio. | • Información Proporcionada. | Base de datos CRM. |

Resultados parciales

Resultado final

La interacción con la población usuaria se da exclusivamente en las actividades 8 y 9 del proceso.

as actividades que comprende el **Plan de calidad o Plan de control operacional** deberán ser las contenidas en el alcance del mapa del proceso, como se expresa en la matriz anterior, es decir, las (nueve) actividades que se realizan **desde** la recepción de solicitudes de actualización/corrección del Directorio de Servidoras y Servidores Públicos del GEM, **hasta** la entrega de la información a la ciudadanía".

8.2 REQUISITOS PARA LOS TRÁMITES Y SERVICIOS

8.2.1 Comunicación con las y los usuarios

Comunicar a la población usuaria toda la información acerca de los **trámites y servicios**, incluyendo los requisitos para obtenerlos.

Referenciar en el SGC que la información para la población usuaria sobre trámites y servicios que proporciona la unidad administrativa, se encuentra determinada en la **Cédula del Registro Estatal de Trámites y Servicios RETyS**, incluyendo los requisitos legales y reglamentarios, así como la información adicional y la manera de acceder a los mismos, la cual puede ser consultada en la ventanilla única electrónica del Portal del Gobierno.

Ventanilla Electrónica Única

Gobierno del Estado de México

Cédula de Registro del Trámite o Servicio

ACTA DE NACIMIENTO CERTIFICADA

La copia certificada de un acta es la impresión fehaciente en formato autorizado por la Dirección General del Registro Civil ya sea por medio electrónico o mecánico de los actos y hechos del estado civil de las personas, la cual debe coincidir con su original y quedara certificada mediante nombre, firma autógrafa y sello del Servidor Público autorizado.


Trámite Presencial

Av Hidalgo sur esquina Juan de Dios Peza No. Ext. 11
No. Int. s/n, Col. Centro, C.P. 50450, Atlacomulco, México

| | |
|--|--|
| Costo: | \$ 71 pesos. |
| Vigencia del costo: | Permanente. |
| Formas de pago: | Efectivo. |
| Lugares de pago: | Otro. |
| Otras alternativas: | Directamente en la caja de Tesorería Municipal instalada en las oficinas del Registro Civil. |
| Ámbito: | Municipal |
| Municipio: | Atlacomulco |
| Vigencia del trámite o servicio: | Permanente |
| Duración del trámite o servicio: | 5 minuto(s) |
| Casos en los que el trámite o servicio debe realizarse: | A solicitud del usuario. |

Señalar los medios por los cuales se proporciona dicha información a la población usuaria, sean impresos o electrónicos, la atención de consultas, contratos, etc.



 **Consulta tu solicitud**

Si realizaste un trámite ó servicio, consulta el estado de tu solicitud mediante el folio

La revisión de los requisitos de los trámites y servicios se realiza generalmente en el momento de la solicitud para asegurarse que se cumplan.

| Requisitos | | | |
|---|-----------------------|----------------------------|--|
| Imprime esta página y úsala como guía para marcar lo que ya reuniste/tienes | | | |
| Personas físicas | | | |
| Requisitos para personas físicas: 1. Para la expedición de copias certificadas es necesario que el solicitante presente el acta original o copia simple de la misma, o bien presente la clave CURP del titular del acta en forma impresa. | Original NO | Copias 1, Simple | Fundamento jurídico-administrativo Artículo 3.6 del Código Civil del Estado de México, Artículo 142 Fracciones V y XIII del Código Financiero del Estado de México y Municipios, Artículos 39 al 43 del Reglamento Interior del Registro Civil, Título Quinto Capítulo II Artículo 72 punto número 2, numeral 2.4 del Bando Municipal de Alzacumulo, México vigente. |

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS

Cuando deban diseñarse nuevos trámites/servicios o modificar sustancialmente los ya existentes, se deben considerar actividades propias del proceso de diseño y desarrollo, incluyendo verificaciones y validaciones en las etapas apropiadas, con el fin de que los productos y/o servicios cumplan los requisitos previstos.

Las actividades requeridas por la Norma ISO 9001, en cuanto al diseño y desarrollo son las siguientes:

Planificación del diseño y desarrollo

Referenciar los planes para el diseño y desarrollo, considerando la duración, los recursos, la información, las actividades de verificación o validación, el control de las personas que participan, las necesidades para la posterior producción, etc.

Entradas para el diseño y desarrollo

Determinar todos los requisitos para el diseño y desarrollo incluyendo, según aplique: los funcionales, los legales y reglamentarios, normas, especificaciones técnicas, etc.

Control del diseño y desarrollo

Determinar los controles en cada una de las etapas para asegurar los resultados; los controles deben incluir actividades de verificación y validación para asegurarse que los nuevos servicios cumplan las especificaciones esperadas.

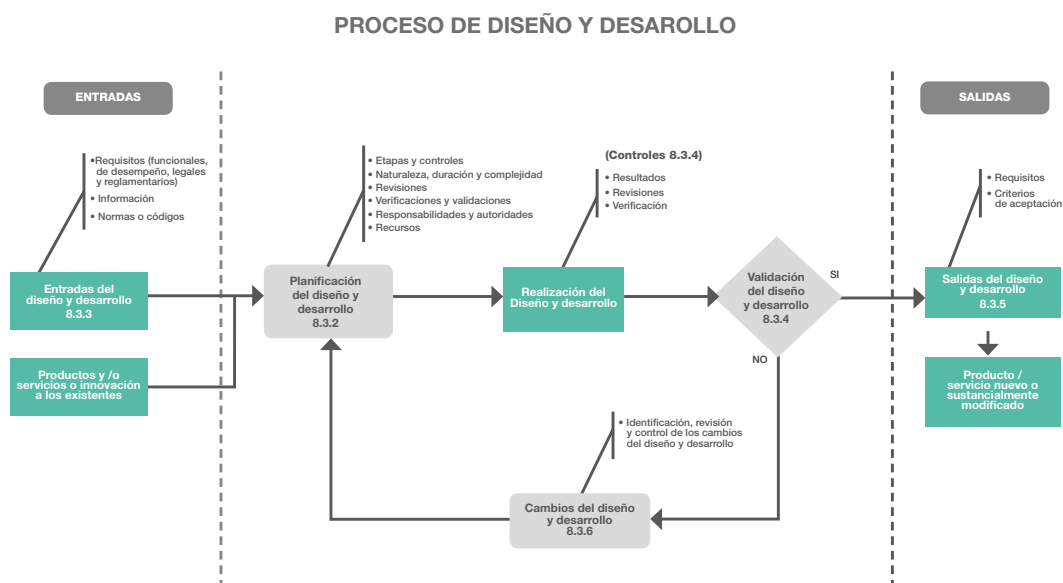
Salidas del diseño y desarrollo

Deben cumplir con los requisitos de las entradas del diseño y desarrollo y las especificaciones de los nuevos trámites y/o servicios, verificando que sean conformes con la planificación.

Cambios en el diseño y desarrollo

Debe identificarse y controlarse cualquier cambio del diseño y desarrollo, asegurándose de controlar cualquier impacto adverso derivado de los cambios.

El siguiente mapa contempla las actividades para el diseño y desarrollo:



NOTA: Usualmente en las unidades administrativas no es aplicable el apartado de diseño y desarrollo.

8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE

8.4.1 Generalidades

El control requerido por la norma, incluyendo los criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de la proveeduría externa respecto de su capacidad para proporcionar procesos, productos o servicios que cumplan los requisitos determinados por la unidad administrativa se realiza conforme con lo establecido en la Ley de Contratación Pública del Estado de México y Municipios y las Políticas, Bases y Lineamientos en materia de Adquisiciones, Enajenaciones, Arrendamientos y Servicios de las Dependencias y Organismos Auxiliares y Tribunales Administrativos del Poder Ejecutivo Estatal (POBALINES).

8.4.2 Tipo y alcance de control

El tipo y alcance del control siempre estará establecido en el contrato correspondiente incluyendo garantías de cumplimiento.

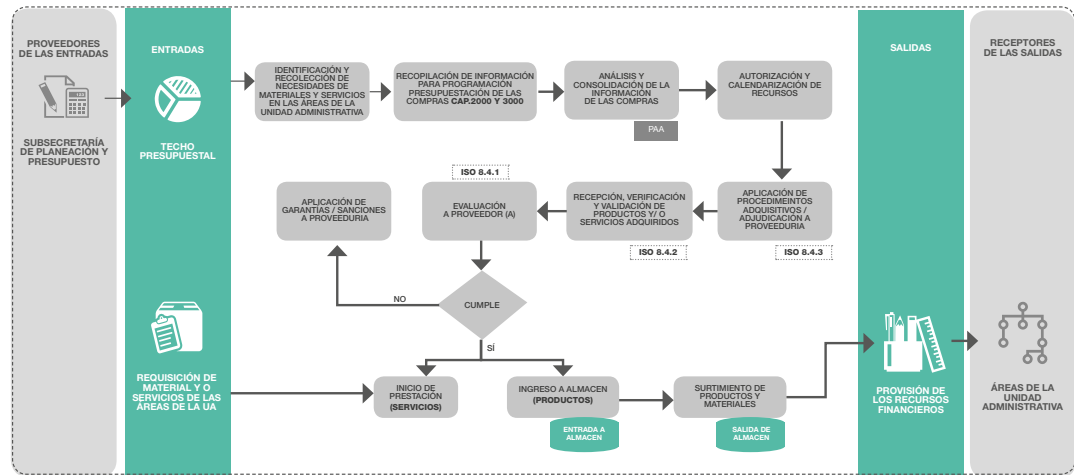
8.4.3 Información para los proveedores externos.

Generalmente está contenida en las bases de licitación, anexo técnico o pedido, según el tipo de procedimiento adquisitivo utilizado.

NOTA: Es importante recalcar que, dando cumplimiento de los requisitos legales en materia de adquisiciones, se da también total cumplimiento a los requisitos especificados en la Norma ISO 9001.

Es importante tener un enfoque de proceso en cuanto a cómo se controlan las compras de productos y la contratación de servicios, que puedan afectar la conformidad de los servicios que proporcionan las unidades administrativas, como se muestra en el mapa siguiente, en donde se contempla todo lo requerido en el apartado 8.4 de la norma:

MAPA DE PROCESO DE GESTIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES PROCESOS Y PRODUCTOS SUMINISTRADOS EXTREMAMENTE.



8.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

Las condiciones controladas se encuentran descritas en los Planes de Calidad o Planes de Control Operacional y/o en los procedimientos para los procesos.

El cumplimiento de los incisos d) El uso de la infraestructura y el entorno adecuado para los procesos y e) Designación de personas competentes, incluida cualquier calificación requerida, se pueden cumplir conforme se describió en los apartados 7.1.3, 7.1.4. y 7.2, referenciados en el capítulo 7 Soporte, de esta Guía.

En cuanto al inciso f), es probable que los trámites y servicios no pudieran verificarse mediante actividades de seguimiento y medición posteriores a la entrega, en estos casos, el Plan de Calidad (ver apartado 8.1), debe contener las actividades de validación y, en su caso revalidación, para asegurar que los trámites y servicios cumplen con los requisitos de calidad formalmente establecidos.

8.5.2 Identificación y trazabilidad

La trazabilidad no es un requisito legal o reglamentario establecido formalmente para los trámites y servicios, a estos se les asigna identificación única, ya sea por folio o por el nombre del solicitante.

8.5.3 Propiedad perteneciente a las y los usuarios o a la proveeduría externa

Declarar cómo se identifican, verifican, protegen y salvaguardan los bienes materiales, documentos o cualquier información que suministran a la unidad administrativa, tanto la población usuaria como los proveedores externos.

Para el caso de los datos personales, la protección se debe realizar conforme lo establece la Ley en la materia.

8.5.4 Preservación

Se requiere indicar cómo se preservan los documentos que contienen las respuestas, dictámenes o cualquier otro resultado de los trámites/servicios a entregar a la población usuaria, incluyendo las actividades para la identificación, manipulación, protección, transporte, etc.

8.5.5 Actividades posteriores a la entrega

Indicar si existen actividades de verificación, supervisión de uso adecuado o de garantía de los trámites/servicios o cualquier otra actividad que la unidad administrativa se compromete a realizar posteriormente a la entrega del resultado del trámite/servicio a las y los usuarios.

8.5.6 Control de cambios

Indicar cómo se controlará **cualquier cambio en los procesos relacionados con los trámites y servicios**, debiendo ser revisado por el dueño del proceso o quien coordine el SGC. Se sugiere, sea autorizado por una autoridad pertinente, incluyendo la Alta Dirección, debiendo conservar los registros necesarios como evidencia de la revisión de los cambios y de la persona o personas que los autorizan.

8.6 LIBERACIÓN DE LOS TRÁMITES Y SERVICIOS

Indicar en el manual de calidad o en la guía del SGC que los trámites y servicios no se liberarán hasta que se cumplan todas las etapas descritas en el plan de calidad y/o en los procedimientos operativos del proceso, a menos que sea autorizado de manera extraordinaria por una autoridad pertinente.

8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES

Considerando que las salidas de los procesos clave son los trámites y/o servicios, también pueden denominarse trámites o servicios no conformes a todos aquellos que no cumplan con algún requisito previamente especificado.

Es aconsejable desarrollar un procedimiento o protocolo para el control de las salidas no conformes, que incluya los diferentes tratamientos, considerando, en lo aplicable:

- Corregir.
- Separar.
- Devolver o suspender la provisión del trámite o prestación del servicio.
- Informar a las personas usuarias solicitantes.

En el caso de los servicios, cualquier queja de la población usuaria por incumplimiento de lo comprometido o por mala atención al proporcionar el servicio, debe tomarse como **servicio no- conforme**; toda vez que es requisito indispensable en el servicio público “brindar atención con calidad y calidez”.

De las actividades del tratamiento dado a las **salidas no conformes**, debe conservarse como evidencia la información documentada correspondiente (registros).

CLÁUSULA 9: EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN

9.1.1. Generalidades

Para evaluar el desempeño del SGC, la unidad administrativa determina a qué es necesario dar seguimiento y qué mediciones son necesarias, tanto en el SGC como en los procesos, así como los métodos que se utilizarán y los períodos en que se llevará a cabo el seguimiento y la medición.

9.1.2 Satisfacción de las y los usuarios

La medición y el seguimiento de la información, debe incluir lo relativo a la satisfacción de la población usuaria, pudiendo hacerlo mediante:

- Encuestas de satisfacción
- Buzones de quejas, sugerencias y felicitaciones, etc.

9.1.3 Análisis y evaluación

El análisis de la información resultante del seguimiento y la medición, servirá para evaluar los resultados y determinar si:

- Las salidas no conformes se encuentran en rangos tolerables y si se están tomando las medidas adecuadas para su control.
- Se están satisfaciendo las necesidades y expectativas de la población usuaria.
- El desempeño del SGC es el adecuado y se están logrando los resultados esperados.
- Se cumple todo lo planificado para el SGC.
- Las acciones para abordar los riesgos y las oportunidades han sido eficaces.
- Los proveedores están cumpliendo con los requisitos especificados para las compras.
- La determinación de mejoras en el SGC.

9.2 AUDITORÍA INTERNA

Se sugiere el desarrollo y establecimiento de un procedimiento o protocolo para programar, realizar e informar sobre los resultados de la misma a la alta dirección de la unidad administrativa, tomando como referencia la Norma ISO 19011:2018-Directrices para la auditoría de sistemas de gestión.

Es recomendable que en las unidades administrativas en donde se implemente el Sistema de Gestión de la Calidad, se capacite y se proporcione la formación como auditor interno a cuando menos dos servidores públicos, con el objeto de **que no auditen su propio trabajo** y así cumplir con el principio de independencia hacia la actividad auditada.

“Un excelente Sistema de Gestión de la Calidad, tiene un excelente equipo de auditores internos.”

9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

9.3.1 Generalidades

Determinar cada cuándo se llevarán a cabo las reuniones de la Alta Dirección para revisar los resultados del SGC e instruir sobre las acciones encaminadas a la mejora continua y designar responsables de realizarlas. (Ver apartado Comité de Calidad de esta guía)

9.3.2 Entradas de la revisión por la Dirección

Incluir en la agenda todos los puntos señalados como “entradas” para la revisión de la Dirección.

9.3.3 Salidas de la revisión por la Dirección

Asegurarse que los resultados de la revisión contengan las decisiones y acciones relacionadas con:

- Las oportunidades de mejora en la unidad administrativa.
- Necesidades de cambios en el SGC.
- Necesidades de recursos en la unidad administrativa.

Estas decisiones servirán de base para la mejora continua del SGC (ver apartado 10.3 mejora continua).

CLÁUSULA 10: MEJORA

10.1 GENERALIDADES

Los proyectos de innovación, las acciones correctivas, el análisis y la evaluación servirán de base para la mejora del SGC.

10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA

El tratamiento de no conformidades o quejas de la población usuaria, será a través de acciones correctivas.

Se sugiere el establecimiento de un procedimiento o directrices para el tratamiento de acciones correctivas, principalmente para la determinación, análisis y eliminación de las causas que originan las no conformidades o las quejas.

10.3 MEJORA CONTINUA

Considerar el establecimiento de equipos de mejora continua o círculos de calidad, con el objetivo de que todo el personal participe mediante propuestas de mejora derivadas del análisis y la evaluación de los datos que arroja el SGC, incluyendo las salidas de la revisión por la dirección.



VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Una vez que se cuenta con toda la información documentada, tanto la requerida por la Norma ISO 9001:2015 como la de origen externo, ésta debe ser aprobada por el Comité de Calidad, asignándole el número de **versión 1** y proceder a la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad, es decir, darla a conocer al personal de la unidad administrativa y brindar la capacitación necesaria para su correcta instrumentación.

8.1 CAPACITACIÓN DEL PERSONAL PARA OPERAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Previo a la fecha en que se publica la primera versión del Sistema de Gestión de la Calidad, es importante asegurarse que el personal dejará de operar como lo venía haciendo, para ello, debe capacitarse para que se conduzca en este nuevo enfoque de procesos, asegurarse de que conozca y utilice de manera adecuada la información documentada (política de la calidad, objetivos de la calidad, manual o guía de calidad, procedimientos, registros, formatos, etc.).

La capacitación deberá estar diseñada para que cada integrante de la unidad administrativa conozca el rol que desempeñará, los objetivos del área y su interacción con otras personas y otros procesos, con el objeto de que pueda identificar las evidencias y registros para demostrar la eficacia de las actividades de que es responsable.

Es común que esta capacitación o formación para el enfoque de procesos y conocimiento general sobre el Sistema de Gestión de la Calidad y la Norma ISO 9001, se proporcione al personal desde el inicio del proyecto, de ser así, es conveniente que en esta etapa se le proporcione una inducción básica sobre la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.2 IMPLEMENTACIÓN DEL SGC Y GENERACIÓN DE EVIDENCIAS

Implantar el Sistema de Gestión de la Calidad, se refiere a ponerlo en práctica en todas las actividades de la unidad administrativa y de utilizar los registros para recabar evidencia de lo que se hace en todo trabajo.

Deberán obtenerse los registros de las actividades de un periodo mínimo de un mes contado a partir de la fecha de implantación o puesta en marcha del Sistema de Gestión de la Calidad, generando la información suficiente que permita evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.3 REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA INTERNA

Pasado el periodo de implantación y la generación de evidencias mediante el llenado de registros (**información documentada que se conserva**) sobre la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, se deberá realizar una auditoría interna.

El personal designado por la Alta Dirección y formado previamente como auditor interno, deberá realizar una Auditoría Interna para recabar las evidencias objetivas del Sistema de Gestión de la Calidad, a fin de evaluarlas y determinar el grado en que el SGC está dando los resultados esperados; es decir, que existe conformidad con las disposiciones planificadas para los procesos; los requisitos legales y reglamentarios, los establecidos en la Norma ISO 9001:2015 y de cualquier otro requisito declarado en el Sistema de Gestión de la Calidad, de manera que, se pueda demostrar que la implementación del SGC se ha llevado de forma eficaz.

8.4 REUNIÓN PARA LA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN

El resultado de la auditoría interna deberá presentarse junto a toda la información requerida en el requisito **9.3 Revisión por la dirección**, en donde se aprobará, de ser el caso, el plan de acción para el tratamiento de las no conformidades.

8.5 PLAN DE ACCIÓN PARA ELIMINAR NO-CONFORMIDADES

Si en el resultado de la auditoría interna se determinan no-conformidades o incumplimientos a requisitos establecidos en la Norma ISO 9001, el Comité de calidad deberá determinar las acciones a seguir (Plan de acción para eliminar no- conformidades y sus causas), así como designar a los responsables de llevar a cabo dichas acciones.

Deberá utilizarse el procedimiento, protocolo o las directrices que se hayan establecido para el tratamiento de acciones correctivas.

EJEMPLO

| PLAN DE ACCIÓN FO-SGC-25 | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---|-------------------------|--------------------------------|---|----------------------|-----------------|---|
| 1. Datos Generales | No. de Identificación: | No conformidad 1 AI-I-2019 | 1.1 Fuente de la Acción | Auditoría | X | 1.4 Acción | Proceso (SGC) | X |
| | Cláusula, Punto, Apartado, Contrato, Documento y/o Norma involucrada: | 8.1 Planificación y control operacional. | | Análisis de Indicador | | | Servicio | |
| | Responsable de Acción: | Antonio Luna | | Queja o Sugerencia | | 1.3 Clasificación | No conformidad | X |
| | | | | Servicio No Conforme | | | Requiere Mejora | |
| | Responsable de la Verificación: | Linda Somillada de Acción: | | Evaluación de Clima Laboral | | 1.2 Afecta al | Inmediata | |
| | Fecha de Cierre: | Septiembre 2019 | | Otro/Especifique | | | Correctiva | X |

2. DESCRIPCIÓN

Revisar y homologar las actividades que se declaran en los “Mapas de procesos” para atención vía telefónica (Anexo 1.3) y atención vía chat (Anexo 1.4) del Manual de Calidad, plasmadas en los “Planes de calidad” para atención vía telefónica (Anexo 1.1) y atención vía chat (Anexo 1.2) del Manual de Calidad.

3. CAUSA RAÍZ IDENTIFICADA

- No se realiza análisis toda vez que las causas son evidentes y se enuncian a continuación:
- No son claras las actividades referidas en los mapas.
 - Se cuenta con dos mapas de proceso, uno para proporcionar información por vía chat y otro por vía telefónica, en ambos todas las etapas se encuentran incluidas en una sola página y la cantidad de información lo torna confuso.
 - Con anterioridad se habían modificado los mapas y no se consideró separarlos, falta claridad en la metodología para elaborar los mapas.
 - En el CATGEM no se cuenta con una persona que tenga los conocimientos especializados en la elaboración de mapas de procesos.

4. PLAN DE ACCIÓN

- Con la finalidad de clarificar los mapas se determinó conveniente solicitar asesoría a personal de la Dirección de Organización y Desarrollo Institucional de la Dirección General de Innovación, para revisar y mejorar el mapeo de procesos.
- La integridad del Sistema de Gestión de Calidad durante el cambio no se verá afectada, toda vez que la modificación a la documentación está controlada con el PG-SG-01 Control de la información Documentada.

5. EVIDENCIA DE LAS ACCIONES REALIZADAS

...

- Lista de asistencia de personal que asistió a la asesoría sobre mapeo de procesos.
- Propuesta de adecuación de los mapas (Antonio Luna).
- Propuesta de homologación de mapas y planes de calidad (Antonio Luna).
- Autorización de cambios en el SGC del CATGEM.

| | |
|---|---|
| Realizó la acción correctiva/mejora | Autoriza la acción correctiva/mejora |
| | |
| Nombre y Firma Coordinación del Sistema | Nombre y Firma Alta Dirección |

El equipo de auditores internos deberá verificar que el **plan para eliminar las no-conformidades** determinadas en la auditoría interna se haya cumplido, es decir, que se hayan atendido las no-conformidades y, en su caso, eliminado las

The background of the slide features a close-up, slightly angled view of a white document. On the document, there is a checklist with several black-outlined square boxes. The third box from the top is marked with a thick, hand-drawn pink checkmark. To the right of this box, a pink highlighter pen lies horizontally. The entire scene is partially obscured by a large, dark gray diagonal shape that cuts across the bottom-left corner of the slide.

IX. CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

IX. CERTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

9.1 AUDITORÍA EXTERNA DE CERTIFICACIÓN

Es el momento de proceder a la contratación de un organismo certificador externo registrado ante la Entidad Mexicana de Acreditación, EMA A.C., a fin de que realice la auditoría externa para la evaluación de la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad con los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, y obtener, en su caso, la certificación correspondiente.

A close-up photograph of a hand holding a light blue, textured book. The background is a blurred library with bookshelves. A large, dark gray diagonal shape covers the bottom-left portion of the image, serving as a background for the text.

X. BIBLIOGRAFÍA

X. BIBLIOGRAFÍA

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN A.C., (2018). NXM-CC-19011-IMNC-2018, Directrices para la auditoría de Sistemas de Gestión. México.

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN A.C., (2012). NMX-CC-10013-IMNC-2012, Directrices para la documentación de Sistemas de Gestión de la Calidad. México.

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN A.C., (2015). NMX-CC-9001-IMNC-2015, Sistema de Gestión de la Calidad-Requisitos. México.

INSTITUTO MEXICANO DE NORMALIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN A.C., (2015). NMX-CC-9000-IMNC-2015 Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y Vocabulario.

GUÍA TÉCNICA PARA LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE PROCEDIMIENTOS (2018). Gobierno del Estado de México, Dirección General de Innovación.



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO