



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

ESCUELA DE CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

CARRERA: INGENIERÍA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA

C.P.A.

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

INGENIERA EN CONTABILIDAD Y AUDITORÍA C. P. A.

TEMA:

“AUDITORÍA DE CALIDAD A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN, DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PROVINCIA DE CHIMBORAZO, AÑO 2014.”

AUTORA:

DIANA MARCELA TENESACA BERRONES

RIOMBAMBA- ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que el presente trabajo de investigación se realizó previo a la obtención del título de Ingeniera en Contabilidad y Auditoría C.P.A., ha sido desarrollado por la Sra. DIANA M. TENESACA BERRONES, ha cumplido con las normas de investigación científica y una vez analizado su contenido, se autoriza su presentación.

Lic. Fermín Andrés. Haro Velasteguí.

DIRECTOR DE TRIBUNAL

Ing. María Belén Bravo Ávalos

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Diana Marcela Tenesaca Berrones declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y que los resultados del mismo son auténticos y originales. Los textos constantes en el documento que provienen de otra fuente, están debidamente citados y referenciados.

Como autor, asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.

Riobamba, 16 de Diciembre del 2015

Diana Marcela Tenesaca Berrones

060391513-3

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis de grado está dedicado a DIOS, quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

A mi esposo Horlando, quien me supo brindar su amor, su cariño y su apoyo constante son evidencia de su gran amor. ¡Gracias!

A mi adorado hijo Mathías quien me prestó el tiempo que le pertenecía y me motivó siempre con sus sonrisas. ¡Gracias mi príncipe hermoso!

A mis padres, Luis y Gloria quienes me enseñaron desde pequeña a luchar para alcanzar mis metas. Mi triunfo es el de ustedes, ¡Los amo!

A todos quienes no dudaron que lograría alcanzar este triunfo: mis hermanos Daniela y Miguel, mis sobrinos Joel y Camila.

DIANA MARCELA TENESACA BERRONES

AGRADECIMIENTO

Agradecer a DIOS, por cuidar de nuestras vidas y darnos la fortaleza para enfrentar los retos que se presentaron y culminar este trabajo con satisfacción.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Administración de Empresas, Escuela de Contabilidad y Auditoría, quien se convirtió en nuestro segundo hogar y quién nos preparó académicamente para el futuro profesional.

Agradezco al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, a la directora de esta noble institución Econ. Mary Pesántez León, a su personal por facilitarme la información necesario para realizar el trabajo investigativo.

Agradezco profundamente a mis tutores: Lcdo. Fermín Haro e Ing. María Belén Bravo quienes mediante sus conocimientos y sus experiencias han respaldado la realización del siguiente trabajo.

DIANA MARCELA TENESACA BERRONES

RESUMEN

Este trabajo de titulación propone una Auditoría de Calidad: este tipo de auditoría evalúa el cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 dirigida a los servicios hospitalarios del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez.

Se efectuó un peritaje a los servicios hospitalarios, mediante la aplicación de encuestas, entrevistas y técnicas de observación, iniciando con un diagnóstico situacional del hospital.

Aplicamos programas de auditoría, cédulas narrativas, cuestionarios de control interno bajo COSO II con un riesgo del 14%, evaluación de la gestión mediante una entrevista a la administración que refleja un riesgo del 12% calificado como Bajo, la gestión de la directora un 88% de confianza; se realizó una evaluación al Sistema de Gestión de la calidad, la cual arrojó un cumplimiento Medio del 67% y un incumplimiento del 33%.

Al finalizar el trabajo se emitió un informe para dejar constancia de lo detectado en la auditoría de calidad, existe falencias: en el Sistema de Gestión de Calidad, el mejoramiento de la infraestructura física, la gestión de la dirección para obtener los recursos necesarios para el abastecimiento de insumos y equipos médicos según las necesidades.

A la dirección se comunicó las recomendaciones respectivas según los hallazgos, estos son: definir y estructurar el Sistema de Gestión de Calidad; socializar los procedimientos de las diferentes actividades del hospital; y la mejora en la atención al usuario.

ABSTRACT

This present degree work proposes a Quality Audit: this type of audit assesses compliance with the requirements of ISO 9001:2008 addressed to hospital services at Alfonso Villagómez Children`s Hospital.

We also carried out an assessment on hospital services was made through the use of surveys, interviews and observation techniques, starting with a situational diagnostic of the hospital.

We apply audit programs, narrative ballots, internal control questionnaires under COSO II with a risk of 14%, management evaluation by interviewing management reflecting a risk of 12% rated as low, director`s management 88% of confidence; we performed an evaluation to the quality management system, which showed a mean compliance of 67% and a breach of 33%

At the end of the job it emitted a report in order to record all aspect detected in the quality audit, shortcomings exist: in the Quality Management System, improvement of physical infrastructure, direction management to obtain the necessary resources for providing supplies and medical equipment according to the needs.

The direction was informed the respective recommendations based on finding, these are: to define and structure the Quality Management System; socialize the procedures of the different activities of the hospital; and the improvement in the customer service.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Certificación del tribunal	ii
Declaración de autenticidad.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Índice de contenido	viii
Índice de gráficos.....	xi
Índice de tablas	xii
Índice de anexos.....	xiv
Introducción	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1 Formulación del problema de investigación.....	4
1.1.2 Delimitación del Problema	4
1.2 JUSTIFICACIÓN	4
1.2.1 Aporte Teórico.....	5
1.2.2 Aporte Metodológico.....	5
1.2.3 Aporte Práctico.....	6
1.2.4 Aporte Académico.....	6
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivos Específicos.....	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.2 AUDITORÍA	8

2.2.1	Definiciones	9
2.2.2	Importancia de la auditoría.....	10
2.2.3	El auditor.....	10
2.2.4	Técnicas Generalmente Aplicadas en Auditoría	11
2.2.5	Participantes de una auditoría	13
2.3	LA CALIDAD	13
2.3.1	Historia de la calidad.....	13
2.3.2	Conceptos de calidad.....	14
2.3.3	Servicio de calidad	15
2.4	AUDITORÍA DE CALIDAD	16
2.4.1	Historia de la Auditoría de Calidad.....	16
2.4.2	Definiciones de auditoría de calidad	17
2.4.3	Importancia de realizar una auditoría de calidad	17
2.4.4	Alcance de una auditoría de calidad.....	18
2.4.5	Objetivos de la auditoría de calidad	18
2.4.6	Clasificación de la auditoría de calidad.....	19
2.4.7	Beneficios de una Auditoría de Calidad.....	20
2.4.8	Planificación de una auditoría de calidad.....	21
2.4.9	Etapas de una auditoría de calidad	21
2.4.10	Riesgos de auditoría	22
2.4.11	Papeles de Trabajo	22
2.4.12	Hallazgos.....	24
2.4.13	Marcas, índice y referencias.....	25
2.4.14	Check list.....	26
2.5	NORMAS ISO	27
2.5.1	Norma ISO 9001 - 2008: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.....	28
2.5.2	Norma ISO 19011. Directrices para la auditoría en los sistemas de gestión.....	49
	CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	52
3.1	HIPÓTESIS	52
3.1.1	Hipótesis General.....	52
3.1.2	Hipótesis Específicas	52
3.2	VARIABLES	52

3.2.1	Variable Independiente	52
3.2.2	Variable Dependiente.....	53
3.3	TIPOS DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.3.1	Tipos de estudio de investigación	53
3.3.2	Diseño de la investigación	54
3.4	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	54
3.5	MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	57
3.5.1	Métodos de investigación.....	57
3.5.2	Técnicas de investigación	58
3.5.3	Instrumentos de Investigación.....	58
3.5.4	Resultados	59
3.6	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	68
CAPITULO IV: MARCO PROPOSITIVO.....		71
4.1	DESARROLLO DEL EXAMEN	72
4.1.1	FASE I CONOCIMIENTO PRELIMINAR	98
4.1.2	FASE II PLANIFICACIÓN.....	130
4.1.3	FASE III EJECUCIÓN	137
4.1.4	FASE IV COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	166
CAPÍTULO V.....		172
5.1	CONCLUSIONES	172
5.2	RECOMENDACIONES.....	173
BIBLIOGRAFÍA Y WEBLIOGRAFÍA		174
ANEXOS		176

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Modelo de proceso ISO 9000.....	29
Gráfico N°2: Principios de Auditoría.....	49
Gráfico N°3: Actividades de Auditoría según ISO19011.....	51
Gráfico N°4: Estructura orgánica del hospital.....	60
Gráfico N°5: Existencia del Manual de Funciones.....	61
Gráfico N°6: Aplicación de Análisis FODA.....	62
Gráfico N°7: Capacitación del personal.....	63
Gráfico N°8: Accionar máxima autoridad en solución de conflictos.....	64
Gráfico N°9: Aplicación de indicadores para evaluación de objetivos.....	65
Gráfico N°10: Aplicación de Auditoría de Calidad.....	66
Gráfico N°11: Servicios ofertados por el hospital.....	68
Gráfico N°12: Informe de Auditoría.....	69
Gráfico N°13: Estructura Orgánica por procesos de los hospitales del MSP.....	76
Gráfico N°14: Situación Geográfica del Hospital Alfonso Villagómez.....	78
Gráfico N°15: Mapa de la zona y provincial de influencia.....	79
Gráfico N°16: Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad.....	135
Gráfico N°17: Gestión del HPAVR.....	140
Gráfico N°18: Atención recibida por el personal.....	141
Gráfico N°19: Servicios que brinda el hospital.....	142
Gráfico N°20: Cartera de servicios.....	143
Gráfico N°21: Infraestructura del HPAVR.....	144
Gráfico N°22: Equipamiento del HPAVR.....	145

Gráfico N°23: Medicamentos suficientes.....	146
Gráfico N°24: Atención medica.....	147
Gráfico N°25: Recomendaría el hospital.....	148

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Nivel de Riesgo.....	22
Tabla N°2: Total de empleados del HPAVR	55
Tabla N°:3 Estructura Orgánica.....	59
Tabla N°4: Existencia de un manual de funciones.....	60
Tabla N 5: Aplicación de un análisis FODA.....	61
Tabla N°6: Capacitación del personal.....	62
Tabla N°7: Accionar de la máxima autoridad en solución de conflictos.....	63
Tabla N°8: Aplicación de indicadores para evaluación de objetivos.....	64
Tabla N°9: Aplicación de la auditoría de la calidad.....	65
Tabla N°10: Servicios ofertados en el hospital.....	66
Tabla N°11: Informe de Auditoría.....	67
Tabla N°12: Matriz de Tabulación de resultados.....	69
Tabla N°13: Matriz de Contingencia.....	69
Tabla N°14: Matriz Chi cuadrado	70
Tabla N°15: Recursos Humanos del “HPAVR” año 2014.....	77
Tabla N°16: Ubicación del “HPAVR”.....	78
Tabla N°17: Marcas de auditoría.....	96
Tabla N°18: Matriz de Evaluación de Riesgo y confianza del hospital.....	116

Tabla N°19: Evaluación del riesgo.....	117
Tabla N°20: Matriz de riesgo.....	117
Tabla N°21: Análisis Interno FODA.....	119
Tabla N°22: Análisis Externo FODA.....	119
Tabla N°23: Ponderación.....	120
Tabla N°24: Matriz de Ponderación de medios internos.....	121
Tabla N°25: Ponderación de medios externos.....	122
Tabla N°26: Matriz de ponderación de medios externos.....	123
Tabla N°27: Evaluación del S.G.C.....	135
Tabla N°28: Encuesta Gestión del HPAVR.....	140
Tabla N°29: Atención recibida por el personal.....	141
Tabla N°30: Servicios que brinda el HPAVR.....	142
Tabla N°31: Cartera de servicios.....	143
Tabla N°32: Infraestructura del HPAVR.....	144
Tabla N°33: Equipamiento del HPAVR.....	145
Tabla N°34: Medicamentos suficientes.....	146
Tabla N°35: Atención médica.....	147
Tabla N°36: Recomendaría el servicio.....	148

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1: Encuesta dirigida a empleados y personal administrativo.....	176
Anexo N° 2: Cuestionario de Evaluación Preliminar.....	178
Anexo N° 3: Cuestionario realizado a usuarios del HPAVR.....	180
Anexo N° 4: Sistema de Gestión de la Calidad del HPAV.....	182
Anexo N° 5: Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).....	195

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo, se ha realizado considerando los diversos cambios que se presentan actualmente a nivel mundial, Regional y local; donde los servicios de salud requieren mejor atención, en beneficio de los usuarios que acuden a los distintos centros asistenciales de la red hospitalaria en nuestro país.

Hoy en día, la auditoría de calidad es necesaria para identificar con exactitud la situación que guarda la gestión de la calidad en una organización, puesto que representa el mecanismo de control idóneo para apoyar a la alta gerencia con un enfoque constructivo en su responsabilidad de guiar el destino de las organizaciones y su compromiso con su entorno.

El presente trabajo se encuentra estructurado por cinco capítulos:

Capítulo I.- Se refiere al establecimiento de la problemática del tema investigativo y la realización de una descripción de los hechos y situaciones que serán objeto de verificación o comprobación.

Capítulo II.- Contiene el marco teórico y conceptual necesario el cual nos sirve de apoyo para el desarrollo del trabajo de auditoría de calidad.

Capítulo III.- Identifica la metodología, el tipo de investigación y las técnicas que se utilizaran en la ejecución de la investigación, también se detalla la población de estudio el análisis del mismo.

Capítulo IX.- Se dará la ejecución de la auditoría de calidad a los servicios prestados por el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, mediante técnicas y procedimientos de auditoría que permitan evaluar las actividades relacionadas a la gestión de calidad enmarcadas en normas ISO 9001:2008 y 19011:2002 y otras herramientas de calidad. Con la cual se obtenga una base razonable para emitir nuestras conclusiones y recomendaciones en beneficio y mejora de la organización a auditarse.

Capítulo X.- Hace referencia a las conclusiones y recomendaciones, de la labor investigativa realizada.

El presente trabajo investigativo abarca los conocimientos adquiridos en la carrera de Ingeniería en Contabilidad y Auditoría, Facultad de Administración de Empresas de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

La temática desarrollada correspondiente a la auditoría de calidad se trató de cumplir con cada una de las expectativas expuestas, nuestros agradecimientos para quienes lo aprecien.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sistematizando información sobre la situación problemática de los servicios de salud pública en el país, está ha sido criticada y juzgada por los usuarios por la mala calidad en los servicios de salud, la falta de compromiso, la poca inversión en infraestructura y equipos y por ende la calidad de los profesionales.

La salud del Ecuador en la actualidad es un eje fundamental para el desarrollo y bienestar social, está basada en el plan de desarrollo y del buen vivir, la misma que ha generado, un impacto importante en todos los estratos sociales gracias a políticas referentes a esta área y del gobierno. Sin embargo aún se generan dudas sobre los resultados de la fuerte inversión en materia de Salud.

Es preciso destacar que para esto se ha estructurado al Ministerio de Salud Pública (MSP) y se ha diseñado e implementado el programa de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) que garantiza el derecho a la salud para toda la población.

La salud como principio y la salud como derecho ha sido la visión que ha permitido recuperar la confianza de la ciudadanía, la definición de buena calidad en servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos, discusiones y polémicas acerca del tema, la calidad aplicada a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años, en el 2011 de 16mil a 35mil atenciones y 38mil atenciones en 2012 ha sido el significativo avance del MSP.

La salud debe ser accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, centros de atención dotados de equipos nuevos con tecnología, es lo que se visualiza hoy en día no cabe duda que el gobierno ha hecho una fuerte inversión en el sector de la salud, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. No se trata exclusivamente de poseer calidad, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

Con la aplicación de la Auditoría de Calidad se conocerá los métodos de gestión de calidad existentes en el “HPAV” que nos permitirá valorar, dar seguimiento y mejorar los servicios para protegerlos en forma oportuna.

1.1.1 Formulación del problema de investigación

¿La Auditoría de Calidad a los servicios hospitalarios, nos permitirá conocer la eficacia del sistema de gestión de calidad de la organización?

1.1.2 Delimitación del Problema

El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román es una institución de salud pública que brinda sus servicios a usuarios de 0 a 19 años se encuentra ubicada en la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo.

Investigación: De campo

Área: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez

Aspecto: Norma ISO 9011:2008

Objeto de investigación: Auditoría de Calidad de los servicios hospitalarios

Campo de investigación: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las organizaciones que atienden la salud, deben asumir nuevos cambios y paradigmas que le permitan brindar servicios de calidad, la justificación de la investigación, da a conocer la importancia que tiene la misma para crear un precedente y así poder mejorar las investigaciones existentes, y fortalecer las futuras

investigaciones. Ya que en la actualidad es importante que las organizaciones que prestan servicios de la salud lo hagan con la debida calidad y eficiencia requerida en beneficio de los usuarios.

Como consecuencia de nuestra necesidad de acudir a centros de salud pública, decidimos realizar nuestra investigación en esta línea presentando este tema de tesis para evaluar los distintos servicios hospitalarios que ofrece el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez a través de la aplicación de una Auditoría de calidad, este trabajo ayudará a la institución de salud a proteger oportunamente sus procesos en cada uno de los servicios que esta posee, de manera que se pueda contribuir con la mejora continua de la calidad en los servicios y el desempeño de la institución.

Finalmente este trabajo de investigación servirá como un antepuesto y material de apoyo para estudiantes de la ESPOCH y demás interesados. También servirá como un pre requisito para efectos de incorporación como Ingeniera en el área de Contabilidad y Auditoría.

1.2.1 Aporte Teórico

La perspectiva teórica de la investigación se basa en la revisión de literatura sobre la temática abordada, lo cual permite el análisis e interpretación y consideraciones de las diversas posturas que asumen los autores bibliográficos consultados.

1.2.2 Aporte Metodológico

La investigación es de tipo descriptivo-cuantitativo lo cual permite realizar un análisis de las variables planteadas, se utilizaran métodos como las entrevistas, encuestas y técnicas para recolectar información útil para esta investigación, esto servirá como un aporte para temas relacionados a este.

1.2.3 Aporte Práctico

Desde la perspectiva práctica con la investigación obtendremos información, conocimientos, métodos, técnicas y herramientas necesarias para que las organizaciones tengan una referencia de cómo responder un nivel de excelencia y calidad en el servicio. En virtud de ello esperamos que el tema expuesto sirva a otras investigaciones que presenten situaciones similares o parecidas a este estudio.

1.2.4 Aporte Académico

El presente trabajo de investigación servirá como guía, herramienta y material de consulta para estudiantes y docentes de la Facultad de Administración de Empresas, estudiantes de la ESPOCH y público en general.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Desarrollar una Auditoría de Calidad para evaluar la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de calidad a los servicios hospitalarios del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, año 2014.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Desarrollar un marco teórico que sea útil, adecuado a nuestra necesidad que permitirá conocer todo lo que se relacione con el tema de estudio y este sea un apoyo para la investigación.
- Realizar un diagnóstico situacional que permita establecer la línea base filosófica y el direccionamiento estratégico del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, Año 2014.

- Diseñar un plan de auditoría de calidad para evaluar la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de la calidad que mantiene el hospital.
- Presentar un informe final de la auditoría de calidad para ayudar a la dirección de la institución de salud a tomar decisiones para la mejora continua.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Hasta la fecha no existen trabajos documentados sobre la ejecución de una auditoría de calidad realizada al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba, por lo que tomare como antecedente, pero destaco que tengo de referencia los siguientes trabajos realizados como es:

- Auditoría de Calidad a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Minga Ltda., de la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, período 2013
- Auditoría de Calidad a los servicios que presta la Cooperativa de Ahorro y Crédito “Pacífico”, matriz Riobamba, provincia de Chimborazo, periodo 2012.

Y se tiene como referencia a las instituciones que han implementado un sistema de calidad, como lo es:

El Hospital General Docente de Riobamba, que mantiene su sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001-2008, cuya aplicación a favorecido en el aprovechamiento de recursos humanos, la reducción de costos el compromiso de trabajo orientado a la calidad y principalmente la satisfacción del usuario con el compromiso de hacerlo con calidad, y la mejora continua, que a través de un proceso de ejecución de auditoría le ha permitido seguir mejorando la estructura del sistema, consiguiendo de esta manera ser la primera institución de salud pública de la provincia de Chimborazo en lograr una certificación internacional. Ministerio de Salud Publica (Salud, 2015)

2.2 AUDITORÍA

La palabra Auditoria tiene origen del verbo latino “**Audire**”, que significa “**Oír**”, y de esta proviene auditor, que etimológicamente podría ser “oidor “, o “alguien que escucha”, el diccionario lo considera revisor de cuentas colegiado pero se asume que

esa virtud de oír y revisar cuentas está encaminada a la evaluación de la economía, la eficiencia y la eficacia en el uso de los recursos, así como al control de los mismos. (Amado Suárez, 2008)

A la Auditoría se la constituye como una herramienta de control y supervisión que contribuye a la creación de una cultura de disciplina en la organización que permite descubrir fallas en las estructuras o vulnerabilidades existentes en la organización.

2.2.1 Definiciones

A continuación se exponen algunas definiciones sobre Auditoría:

GRECO, O. (2000).Diccionario Contable: Dice que es un proceso sistemático de control, verificación y evaluación de los libros contables, registros, documentos y procedimientos operativos con el fin de comprobar la corrección de los registros y las operaciones pertinentes, verificar la documentación su correspondencia con las operaciones y registros, y evaluar el cumplimiento de los distintos procedimientos del ente, haciendo conocer finalmente un informe del citado proceso.

“Es verificar la información financiera, operacional y administrativa que se presenta es confiable, veraz y oportuna. Es revisar que los hechos fenómenos y operaciones se den en la forma como fueron planeados; que las políticas y lineamientos establecidos han sido observados y respetados; que se cumplen con obligaciones fiscales, jurídicas y reglamentarias en general”. (COOK, 1996)

HOLMES, A. 1994, Auditoría Principios y Procedimientos, México: Señala que la auditoría es una actividad profesional. En este sentido implica, al mismo tiempo, el ejercicio de una técnica especializa y la aceptación de una responsabilidad pública, la auditoría es el examen de las demostraciones y registros administrativos. El auditor observa la exactitud, integridad y autenticidad de tales demostraciones, registros y documentos.

ILACIF, Manual Latinoamericano de auditoría profesional: Define a la auditoría como “un examen objetivo, sistémico y profesional de las operaciones financieras o administrativas efectuado con posterioridad a su ejecución con la finalidad de verificarlas, evaluarlas y elaborar un informe que contenga comentarios, conclusiones y recomendaciones, con el fin de mejorar”.

2.2.2 Importancia de la auditoría

Una auditoría evalúa el grado de eficiencia y eficacia con que se desarrollan las tareas administrativas y el grado de cumplimiento de los planes y orientaciones de la gerencia.

Las auditorías en las entidades son muy importantes, por cuanto la gerencia sin la práctica de una auditoría no tiene plena seguridad de que los datos registrados realmente son verdaderos y confiables. Es la auditoría que define con bastante razonabilidad, la situación real de la empresa. (Samuel, 2010)

2.2.3 El auditor

Se llama auditor a la persona capacitada y experimentada que se designa por una autoridad competente, para revisar, examinar y evaluar los resultados de la gestión administrativa y financiera de una dependencia o entidad con el propósito de informar o dictaminar acerca de ellas, realizando las observaciones y recomendaciones pertinentes para mejorar su eficacia y eficiencia en su desempeño.

El ser auditor requiere de una serie de habilidades y destrezas además de un gran conocimiento en diversas áreas. Debido a que usualmente los empleadores reconocen la experiencia técnica y funcional basada en los dos requerimientos mencionados anteriormente, es importante que el auditor sepa y comprenda algunas características fundamentales. Sin embargo estas son solo cualidades generales para el puesto de auditor, y no siempre son imprescindibles. (Murillo, Marzo de 2013)

2.2.4 Técnicas Generalmente Aplicadas en Auditoría

En la auditoría de gestión es fundamental el criterio profesional del auditor para la determinación de la utilización y combinación de las técnicas y prácticas más adecuadas, que le permitan la obtención de la evidencia suficiente y competente, que le den una base objetiva y profesional, que fundamenten y sustenten sus comentarios, conclusiones y recomendaciones. Algunas de las técnicas y otras prácticas para la aplicación de las pruebas en la auditoría profesional del sector público son expuestas a continuación (Manual General de Auditoría Gubernamental, 2003, págs. 169-170):

- **Verbales**

Indagación.- Averiguación mediante entrevistas directas al personal de la entidad auditada o a terceros cuyas actividades guarden relación con las operaciones de aquella.

Encuestas y Entrevista.- Aplicación de preguntas relacionadas con las operaciones realizadas por el ente auditado, para averiguar la verdad de los hechos, situaciones u operaciones.

- **Oculares**

Observación.- Verificación visual que realiza el auditor durante la ejecución de una actividad o proceso para examinar aspectos físicos, incluyendo desde la observación del flujo de trabajo, documentos, materiales, etc.

Comparación o Confrontación.- Fijación de la atención en las operaciones realizadas por la organización auditada y los lineamientos normativos, técnicos y prácticos establecidos, para descubrir sus relaciones e identificar sus diferencias y semejanzas.

Rastreo.- Seguimiento que se hace al proceso de una operación, a fin de conocer y evaluar su ejecución.

- **Escritas**

Análisis.- Separación de los elementos o partes que conforman una operación, actividad, transacción o proceso, con el propósito de establecer sus propiedades y conformidad con los criterios de orden normativo y técnico.

Confirmación.- Corroboración de la verdad, certeza o probabilidad de los hechos, situaciones, sucesos u operaciones, mediante datos o información obtenidos de manera directa y por escrito, de los funcionarios que participan o ejecutan las tareas sujetas a verificación.

Conciliación.-Análisis de la información producida por diferentes unidades administrativas o instituciones con respecto a una misma operación o actividad, a efectos de hacerla concordante, lo cual prueba la validez veracidad e idoneidad de los registros, informes y resultados, objeto de examen.

Tabulación.- Agrupación de resultados importantes obtenidos en áreas, segmentos o elementos analizados para arribar o sustentar conclusiones.

- **Documentales**

Cálculo.-Verificación de la exactitud aritmética de las operaciones contenidas en documentos tales como informes, contratos, comprobantes, etc.

Comprobación.- Confirmación de la veracidad, exactitud, existencia, legalidad y legitimidad de las operaciones realizadas por la organización auditada, mediante el examen de los documentos que las justifican.

Revisión Selectiva.- Examen de ciertas características importantes que debe cumplir una actividad, informes o documentos, seleccionándose así parte de las operaciones que serán evaluadas o verificadas en la ejecución de la auditoría.

- **Físicas**

Inspección.- Reconocimiento mediante el examen físico y ocular de hechos, situaciones, operaciones, transacciones y actividades, aplicando la indagación, observación, comparación, rastreo, análisis, tabulación y comprobación. (Gestiopolis, 2000)

2.2.5 Participantes de una auditoría

Tres son los participantes en una auditoría de calidad: cliente, auditor y auditado.

Cliente: Es la persona u organización que solicita una auditoría.

Auditor: Es la persona cualificada para realizar auditorías, para cada auditoría el auditor debe estar autorizado para esa auditoría en particular.

Auditado: Es la organización o entidad sobre la cual se realiza la auditoría. (COOK, 1996)

2.3 LA CALIDAD

El concepto de calidad se ha tratado desde que el primer hombre comienza a vivir, ya que este buscaba la calidad en cada actividad que realizaba. (Ecoglobal, 2006)

2.3.1 Historia de la calidad

La historia de la calidad está directamente ligada con la aparición de la humanidad desde los tiempos más antiguos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

En los vestigios de las culturas antiguas también se hace presente la calidad, ejemplo de ello son: las pirámides en Egipto, los frisos en los templos griegos, y muchos más por mencionar pero la calidad total surge en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

En la edad media surge los mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizo la costumbre de ponerles marca y con esto de desarrollo el interés de mantener una buena reputación en lo que se hacía (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

Con la venida de la era industrial los talleres se transformaron en fábricas de producción masiva, bien fuera de productos terminados o de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior.

Con la consecuencia de la alta demanda iba de la mano el espíritu de mejorar la calidad en los proceso, la función de inspección llega a ser muy vital en el proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección solo señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados) (Ecoglobal, 2006)

2.3.2 Conceptos de calidad

La definición de la calidad es compleja, ya que su significado es muy general, pero la podemos definir como las características de un producto las cuales satisfacen y responden las necesidades de los clientes, es decir; la satisfacción del consumidor.

De acuerdo a varios autores, que desarrollaron conceptos de calidad podemos citar algunos:

- Deming, Edwards: la calidad no implica lograr la perfección, implica que los productos y servicios cuenten con las características que el usuario ha definido como útiles.
- Juran, Joseph: todas las características del producto que el cliente puede conocer como beneficios para él. La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente.

- Ishikawa, Kaoru: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor.

De acuerdo a lo expresado hasta este momento, vemos que el concepto de calidad ha ido evolucionando pasando desde una metodología pura de técnica de inspección, muestreo y control estrictamente a un compromiso de carácter gerencial afectando a toda la organización y sus integrantes por igual. Es por ello que damos a conocer conceptos más modernos que expresan sobre lo que las empresas en la actualidad quieren lograr bajo la concepción de la calidad. (Ecoglobal, 2006)

“La calidad de un producto o servicio es la percepción que le cliente tiene del mismo, es un fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades”.

Según la Sociedad Americana de Calidad (ASQ). “La calidad es la totalidad de las particularidades y características de un producto y/o servicio que influye sobre su capacidad de satisfacción de determinadas necesidades”, esto significa la necesidad de identificar esas particularidades y características de nuestros productos/servicios que se relacionan con la calidad. La capacidad de satisfacer las necesidades refleja el valor que tiene tal producto/servicio para el cliente, incluyendo aspectos económicos de seguridad y confiabilidad.

2.3.3 Servicio de calidad

La calidad está implícita al realizar un servicio, al brindarlo, se puede decir que es una interacción entre el usuario/cliente y el personal que da el servicio. Esta acción es algo intangible y no puede ser controlada por las vías tradicionales, por este motivo, la calidad del servicio depende en mucho de cómo actúen los empleados.

Se puede, afirmar sin duda, que un servicio de gran calidad es aquel donde hay una equivalencia entre las expectativas del usuario/cliente y lo que este recibe, donde se recibe más delo que se esperaba.

Algunas de las cuestiones que puede influir en la baja calidad que se brinde al usuario/cliente, puede ser:

- Que el servicio se quede por debajo de las expectativas del usuario/cliente.
- Insuficiente preparación del trabajador de la información que está en contacto directo con el usuario /cliente, lo cual incluye, entre otros factores, el poco conocimiento de las fuentes que dispone para realizar un servicio de calidad.

La correcta aplicación de un sistema para la gerencia de calidad en una organización de servicios deberá contribuir, entre otras cosas a:

- Mejorar la actividad de servicios y lograr una mayor satisfacción del usuario/cliente.
- Mejorar la productividad, eficiencia, reducción de los costos.

Un aspecto muy importante y que ocupa un lugar especial dentro de cualquier sistema de calidad, es el referido a los recursos humanos. Sobre este punto, hay aspectos que deben cumplirse para lograr los objetivos deseados, entre ellos están:

- La interacción entre las personas es una parte fundamental del servicio.
- Desarrollar las habilidades y capacidades del personal dedicado a los servicios.
- Reconocer la importancia de que el usuario/cliente tenga una buena impresión sobre la imagen, cultura y funcionamiento de la organización en cuestión.
(Keith Denton, 1989)

2.4 AUDITORÍA DE CALIDAD

2.4.1 Historia de la Auditoría de Calidad

En los años 80 como respuesta a la nueva competencia mundial los fabricantes necesitaban cambiar la forma en la que manejaban los negocios. Estas necesidades

abarcaran realizar un mejor control de los procesos de manufacturación, documentación de datos y tomar decisiones basadas en un mejoramiento continuo, todo esto conlleva la necesidad de dar inicio a la Auditoría de Calidad. (Puga-Bianca)

2.4.2 Definiciones de auditoría de calidad

Según ISO 10011-1, UNE-EN 30011-1.- Es un examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Según ISO 9000:2008.- Define como un “proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría (registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información) y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría (conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia)”.

Según (www.wiki-ti.blogspot.com).- Define a la auditoría de calidad como una revisión estructurada e independiente para determinar si las actividades del proyecto cumplen con las políticas, los procesos y los procedimientos del proyecto y de la organización, mediante pruebas y análisis.

Según Fundación Eca Global, España, 2006 “El auditor de calidad”.- Define como el proceso que se utiliza para demostrar la conformidad de los productos y servicios y para medir la eficacia del sistema de gestión de calidad en la mejora de la satisfacción del cliente.

2.4.3 Importancia de realizar una auditoría de calidad

Proporciona a la organización un marco sólido para el mejoramiento de productos, procesos y sistemas para alcanzar la satisfacción y valor de todos los participantes,

además de reducir los costos de funcionamiento, mientras que agrega valor para los clientes, empleados y a la sociedad en su conjunto. Un buen sistema de gestión de la calidad asegurará la consistencia del desempeño y la previsibilidad de los resultados.

Se trata de un examen metódico que se realiza para determinar si las actividades y resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y que realmente se llevan a cabo, además de comprobar que son adecuadas para alcanzar los objetivos propuestos.

En una auditoría de calidad se detectan “no conformidades”, es decir discrepancias entre lo que exige la Norma de referencia y se define en el manual de Calidad y documentos anexos, o entre éstos y la forma de operar en la realidad. Como toda herramienta, tenemos que hacer un buen uso de la auditoría. No la debemos utilizar para encontrar errores, culpabilizar a las personas, los departamentos, es para investigar problemas y dar soluciones o mejorarlo según corresponda. (Ecoglobal, 2006)

2.4.4 Alcance de una auditoría de calidad

El alcance hace referencia al cubrimiento de la auditoría y puede ser:

- Un proceso
- Una unidad completa
- Un requisito en toda o parte de la organización.

2.4.5 Objetivos de la auditoría de calidad

Estudiar los documentos del sistema para determinar si se ajustan a las normas de referencia correspondientes.

Evaluar la capacidad del sistema de gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y contractuales.

Establecer el nivel de cumplimiento de los procedimientos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad.

Verificar que todos los departamentos y niveles de la organización sigan los procedimientos y procesos establecidos.

Comprobar que el cumplimiento de dichos procedimientos **permite** alcanzar los **objetivos** de calidad de la empresa.

Proponer las acciones correctivas y de mejora necesarias para alcanzar el cumplimiento de los procedimientos y de los objetivos.

Proponer la modificación de los procedimientos cuando se demuestre que no son los adecuados para el desarrollo de la empresa.

Prevenir la repetición de los problemas.

Identificar las áreas de mejora potencial del Sistema de Gestión de la Calidad. (Ecoglobal, 2006)

2.4.6 Clasificación de la auditoría de calidad

Existen dos clasificaciones de la auditoría de calidad:

- En base al origen: Auditorías internas y externas

Las auditorías internas son realizadas con fines internos por la organización o en su nombre. Las auditorías externas, en cambio, son realizadas por auditores que no pertenecen a la organización auditada. A las auditorías internas también se las conoce como de primera parte y a las auditorías externas como de segunda o tercera parte.

- a) **Primera parte.-** Por una organización en sí misma, para sus propios propósitos. (En una auditoría interna)

- b) **Segunda parte.-** Por una organización interesada en otra organización. (El cliente a un proveedor)
- c) **Tercera parte.-** Por una organización independiente, típicamente para la certificación. (Obtener una certificación)
- En base al alcance: de producto, de proceso o de proveedores, auditoría del sistema.
- a) **Auditoría de calidad al producto.-** Es un examen detallado de algunos productos terminados antes de su aceptación por parte del cliente, su objetivo es comprobar el resultado de un trabajo, servicio, material o producto.
- b) **Auditorías de calidad del proceso.-** Consiste en el examen sistemático e independiente de los elementos de un proceso para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen a las disposiciones previamente establecidas y si estas disposiciones se llevan a cabo efectivamente y son aptas para alcanzar los objetivos.
- c) **Auditoría del sistema de calidad.-** Es una actividad que se realiza para comprobar, mediante el examen y la evaluación de evidencias objetivas, que el sistema de calidad es adecuada y han sido desarrollada, documentada y efectivamente implantada de acuerdo con los requisitos especificados. Conocida también como una auditoría de gestión, es el examen y evaluación que se realiza a una entidad para establecer el grado de economía, eficiencia y eficacia en la planificación, control, uso de los recursos, disposiciones y reglas de la organización a las que está sometido todo o parte del personal. (Ecoglobal, 2006)

2.4.7 Beneficios de una Auditoría de Calidad

- Las auditorías son instrumentos fundamentales para que las empresas afronten con competitividad su gestión.

- Da transparencia a la gestión de la empresa.
- Ayudan a implementar, mantener y mejorar un sistema de gestión.
- Facilita la comunicación externa e interna a todos los niveles y se obtiene el autoconfianza del personal.
- Proporciona ventajas frente a la competencia, tales como el prestigio y una buena imagen.
- Incentiva la innovación tecnológica.
- Mejora el rendimiento y la utilización de los recursos mediante su optimización.
- Se puede conocer y mejorar la productividad en la organización. (Ecoglobal, 2006)

2.4.8 Planificación de una auditoría de calidad

La planificación de contemplar cómo se va a desarrollar cada una de las etapas y dentro de estas como se van a desarrollar las actividades como son:

Preparación: Objetivo, alcance, especialistas, documentos, listas de verificación, formatos para informes, métodos, etc.

Ejecución: Procedimientos, reunión de apertura, revisión de escritorio, revisión de campo, entrevistas, observaciones en los puestos, reuniones, etc.

Informes: Resumen general, no conformidades, oportunidades de mejoras, distribución, etc.

Seguimiento a los compromisos. (Ecoglobal, 2006)

2.4.9 Etapas de una auditoría de calidad

- Planificación General
- Planificación Específica
- Ejecución del Trabajo de Campo
- Comunicación de Resultados
- Seguimiento o Implantación (Ecoglobal, 2006)

2.4.10 Riesgos de auditoría

Al realizar una auditoría, no estará exenta de errores u omisiones importantes que afecten los resultados del auditor en su informe, es por eso que debe existir una planificación de la auditoría de modo que se presenten expectativas razonables de detectar aquellos que tenga relevancia. El riesgo en la Auditoría tiene tres componentes (BLANCO, 2012, pág. 34):

- ✚ **Riesgo Inherente:** De que ocurran errores importantes generados por las mismas características de la entidad u organismo.

- ✚ **Riesgo de Control:** De que el Sistema de Control Interno prevenga o corrija tales errores.

- ✚ **Riesgo de Detección:** De que los errores no identificados por los errores de control Interno tampoco sean percibidos por el auditor. (Ecoglobal, 2006)

NIVEL DE CONFIANZA		NIVEL DE RIESGO	
ALTO	76 AL 95%	BAJO	5 AL 50%
MODERADO	51 AL 75%	MODERADO	51 AL 75 %
BAJO	5 AL 50%	ALTO	76 AL 95%

Tabla N°1. Nivel de Riesgo y Confianza

FUENTE: Yanel Blanco. Normas y Procedimientos de la Auditoría Integral. pág. 73.

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

2.4.11 Papeles de Trabajo

Los papeles de trabajo se definen como el conjunto de cédulas y documentos elaborados u obtenidos por el auditor, producto de la aplicación de las técnicas, procedimientos y más prácticas de auditoría, que sirven de evidencia del trabajo realizado y de los resultados de auditoría revelados en el informe.

Los propósitos principales de los papeles de trabajo son:

- Constituir el fundamento que dispone el auditor para preparar el informe de auditoría.
- Servir de fuente para comprobar y explicar en detalle los comentarios, conclusiones y recomendaciones que se exponen en el mismo informe de auditoría.
- Constituir la evidencia documental del trabajo realizado y de las decisiones tomadas, todo esto de conformidad con las NAGAS.

Todo papel de trabajo debe reunir ciertas características como las siguientes:

- Deben prepararse en forma clara y precisa, utilizando referencias lógicas y un mínimo número de marcas.
- Su contenido incluirá tan solo los datos exigidos a juicio profesional del auditor.
- Deben elaborarse sin enmendaduras, asegurando la permanencia de la información.

Los objetivos principales de los papeles de trabajo son los siguientes:

- Respalda el contenido del informe preparado por el auditor.
- Cumplir con las normas de auditoría emitidas por la Contraloría General.

Los papeles de trabajo constituyen una compilación de toda evidencia obtenida por el auditor y cumplen varias finalidades fundamentales:

- Facilitar la preparación del informe de auditoría.
- Comprobar y explicar en detalle las opiniones y conclusiones resumidas en el informe.
- Proporcionar información para la preparación y obtención de la evidencia necesaria.
- Coordinar y organizar todas las fases del trabajo de auditoría.

Estos papeles de trabajo deben ser organizados y archivados de forma sistematizada, sea preparando legajos, carpetas o archivos que son de dos clases:

- a) **Archivo permanente o continuo:** Este archivo permanente contiene información de interés o útil para más de una auditoría o necesarios para auditorías subsiguientes.

La primera hoja de este archivo necesariamente debe ser el índice, el mismo que indica el contenido del legajo.

- b) **Archivo corriente:** En estos archivos corrientes se guardan los papeles de trabajo relacionados con la auditoría específica de un período.

La cantidad de legajos o carpetas que forman parte de este archivo de un período dado varía de una auditoría a otra, aun tratándose de la misma entidad auditada. (Maldonado E. , 2001)

2.4.12 Hallazgos

“El desarrollo de los hallazgos constituyen una labor valiosa en el proceso de obtención de evidencias para respaldar el informe de auditoría”. (Maldonado E. , 2001, págs. 69-75)

Para que los hallazgos sean relevantes y útiles deben reunir ciertos requisitos:

- Ser objetivos, que no obedezcan presiones de ninguna naturaleza que puedan cambiar su real importancia para efectos de auditoría.
- Que estén basados en hechos o evidencias concretas y estén registradas en los papeles de trabajo.
- Su importancia relativa debe merecer la comunicación correspondiente a la dirección de la organización.
- Que sean convincentes para asegurar la debida receptividad de la gerencia.

Los atributos “componentes básicos” de un hallazgo son:

Condición: Se presenta a través de la situación encontrada en el momento de ejecutar el proceso de auditoría. La condición refleja el grado en que se están logrando o no los criterios. En la condición no se identifica el hallazgo, solamente se describe la forma como se están haciendo realmente las cosas o si se están haciendo bien, regular o mal.

Criterio: Está dado por las normas o instrumentos con que el auditor mide o evalúa la condición hallada. Entre los criterios más usados están las leyes, los reglamentos, los objetivos, las políticas, el sentido común, la experiencia del auditor y las opiniones independientes de los expertos. El criterio indica cómo se deben hacer las cosas.

Causa: Es el origen de las condiciones halladas durante el desarrollo de la auditoría, o los motivos por los cuales no se han cumplido los objetivos establecidos por la administración. Este atributo tiene una especial importancia porque el auditor operacional trabaja fundamentalmente sobre las causas de los problemas para diagnosticarlos y proponer el debido tratamiento para eliminarlos.

Efecto: Es esencialmente la diferencia entre la condición y el criterio. Se cuantifica en dinero o en otra unidad de medida para persuadir a la gerencia de la necesidad de tomar correctivos inmediatos o a corto plazo dirigidos a disminuir los desfases entre la condición y criterio o por los menos el impacto de los mismos

2.4.13 Marcas, índice y referencias

Marcas

Es todo hecho, técnica o procedimiento que el auditor efectúe en la realización del examen debe quedar consignado en la perspectiva cédula (analítica o sub-analítica generalmente), pero esto llenaría demasiado espacio de la misma haciéndola prácticamente ilegible no solo para los terceros, sino aun para el mismo auditor. (Curiel, 2006, págs. 2-4)

Para las marcas de auditoría se debe utilizar un color diferente al del color del texto que se utiliza en la planilla para hacer los índices, claras y fáciles de distinguir una de otra. El primer papel de trabajo del archivo debe ser la cédula de las marcas de auditoría.

Índices y referencias

Para facilitar su localización, los papeles de trabajo se marcan con índices que indiquen claramente la sección del expediente donde podrán localizarse cuando se le necesiten. (Maldonado E. , 2001, pág. 77)

En términos generales el orden que se les da en el expediente es el mismo que presentan las cuentas en el estado financiero. Así los relativos a caja estarán primero, los relativos a cuentas por cobrar después, hasta concluir con los que se refieren a las cuentas de gastos y cuentas de orden.

Es importante también que todos los papeles de trabajo contengan referencias cruzadas cuando están relacionadas entre sí, esto se realiza con el propósito de mostrar en forma objetiva como se encuentran ligados o relacionados entre los diferentes papeles de trabajo.

La codificación de índices y referencias, en los papeles de trabajo pueden ser de tres tipos: alfabética, numérica y alfanumérica. Un criterio adecuado consiste en aplicar para el archivo permanente índices numéricos y para los corrientes alfabéticos y alfanuméricos.

2.4.14 Check list

Los check list o también llamado listas de chequeo buscan facilitar a los auditores la identificación y detección de anomalías en los procesos y productos auditados.

El check list debe ser distribuido a los auditores con anterioridad a la etapa de evaluación, ya que esto les servirá de guía para obtener información sobre los productos o procesos auditados.

Una vez que haya concluido esta actividad, el auditor responderá el check list con las posibles respuestas que son:

- Si ➡ Cumplimiento adecuado
- No ➡ Incumplimiento o cumplimiento parcial

El check-list debe referirse básicamente a cuatro aspectos distintos de la prevención de riesgos laborales:

- **Al agente material:** Instalaciones, máquinas, herramientas, sustancias peligrosas, suelos, paredes, objetos.
- **Al entorno ambiental:** Orden y limpieza, ruido, iluminación, temperatura, condiciones higrométricas, corrientes de aire.
- **A las características personales de los trabajadores:** Conocimientos, aptitudes, actitudes, grado de adiestramiento, comportamiento.
- **A la empresa u organización:** Gestión de la prevención, formación, métodos y procedimientos, sistema de comunicaciones. (Ecoglobal, 2006)

2.5 NORMAS ISO

La ISO (International Standardization Organization) es la entidad internacional encargada de favorecer normas de fabricación, comercio y comunicación en todo el mundo. Con sede en Ginebra, es una federación de organismos nacionales entre ellos se incluyen AENOR en España, DIN en Alemania, AFNOR en Francia, INEN en Ecuador...

Las ISO nos ayudan a aplicar las nuevas tecnologías a la vida diaria de la empresa y a gestionar adecuadamente los recursos de esta. Es por esta razón que a las empresas les resulta de especial utilidad la implantación de las normas ISO que mejor se adapten a su caso. (ISO, International Organization for Standardization, 2008 Londres, Reino Unido)

Entre las normas ISO más utilizadas se encuentran las referentes a las medidas de papel (ISO 216, que contempla los tamaños DIN-A4, DIN-A3, etc.), los nombres de lenguas (ISO 639), los sistemas de calidad (ISO 9000, 9001 y 9004), de gestión medioambiental

(ISO 14000), ISO/IEC 80000 para signos y símbolos matemáticos y magnitudes del sistema internacional de unidades, etcétera. (Sáenz, Elena. ¿Que son las normas ISO? Muy historia. Preguntas y respuestas Recuperado de <http://www.muyhistoria.es/curiosidades/preguntas-respuestas/que-son-las-normas-iso-641381741552>) (Saenz-Elena)

2.5.1 Norma ISO 9001 - 2008: Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos

1. Generalidades

Para las empresas hoy en día es muy importante que adopten un Sistema de Gestión de Calidad, el diseño y la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad están influenciado por: (ISO, International Organization for Standardization, 2008 Londres, Reino Unido)

- El entorno de la entidad, sus cambios y los riesgos de ese entorno.
- Sus necesidades cambiantes.
- Sus objetivos particulares.
- Los productos que proporcionan.
- Los procesos que se emplea.
- Su tamaño y estructura de la organización.

No es objetivo de la norma proponer una uniformidad en la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad o en la documentación.

Esta norma puede ser utilizada por partes internas y externas, incluyendo organismos de certificación para evaluar la capacidad de la organización, para cumplir los requisitos del cliente, del producto y los propios de la organización.

2. Enfoque basado en procesos

El objetivo de la norma es promover la utilización de un enfoque basado en procesos ya sea cuando se desarrolla, implementa y mejora el sistema de gestión de calidad, para que mediante la utilización de esta herramienta aumente la satisfacción del cliente.

Para el buen funcionamiento de una organización se debe gestionar y determinar numerosas actividades relacionadas entre sí, es decir el resultado de un proceso se convierte en elemento de entrada del siguiente proceso. La ventaja de esta herramienta es el control continuo de los procesos individuales dentro del sistema de procesos y los relacionados entre sí.

Un enfoque de este tipo utilizado dentro de un sistema de gestión de calidad enfatiza la importancia de:

- a) La comprensión y cumplimiento de los requisitos.
- b) La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c) La obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso, y
- d) La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

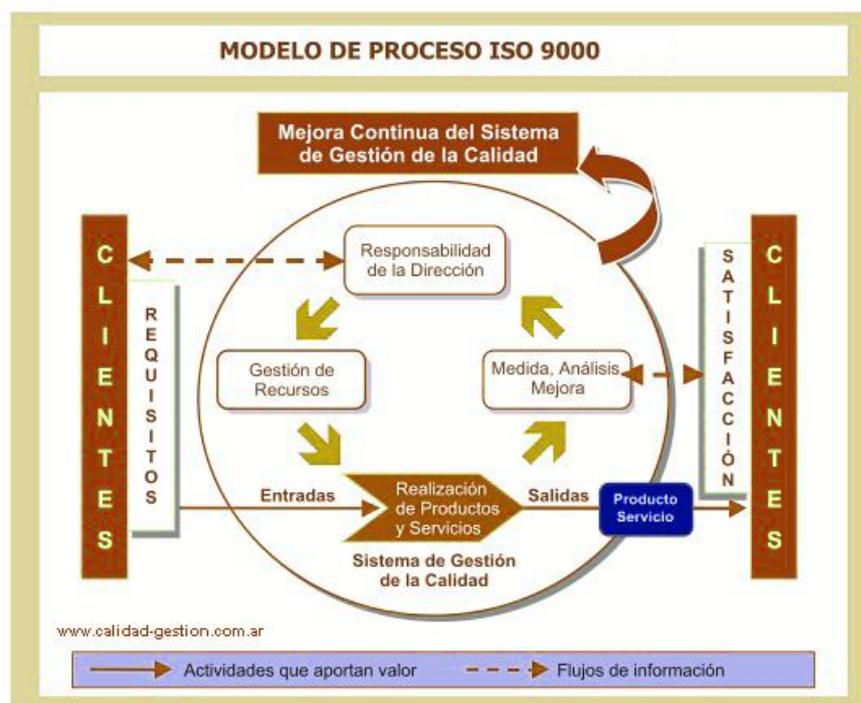


Gráfico N°1. Modelo de proceso ISO 9000

Fuente: Norma ISO 9001 - 2008: Sistemas de Gestión de la Calidad

En la figura muestra que el cliente es importante para definir los requisitos como elemento de entrada para medir la satisfacción del cliente se debe evaluar información relativa a la percepción que tiene el cliente acerca de la organización y si se ha cumplido sus requisitos.

También se puede aplicar a todos los procesos la metodología “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA):

Planificar: Establecer objetivos y procesos necesarios para alcanzar los resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.

Hacer: Implementar los procesos.

Verificar: Hacer un seguimiento y medir los procesos y productos respecto a las políticas, objetivos y requisitos del producto, e informar sobre el resultado.

Actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

3. Relación con la norma ISO 9004

Las normas ISO 9004 y 9001 pueden ser utilizadas de forma independiente o relacionadas entre sí, fueron creadas para complementarse, la ISO 9001 proporciona requisitos de sistema de gestión de calidad y la ISO 9004 proporciona un enfoque más amplio sobre la gestión de la calidad.

4. Compatibilidad con otros sistemas de gestión

En beneficio de los usuarios y se ha desarrollado una compatibilidad entre las normas ISO 9001:2008 y la 14001:2004.

5. Sistemas de Gestión de Calidad-Requisitos

1. Objeto y campo de aplicación

1.1 Generalidades

Esta norma internacional enumera los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando:

- a) La organización necesita demostrar la capacidad de proveer productos que sean conformes con los requisitos del cliente, legales y reglamentarios aplicables.

- b) Aspira a mejorar la satisfacción del cliente a través de la aplicación de un sistema de calidad eficaz.

NOTA: El término “producto” es aplicable a:

- Un producto solicitado por el cliente o destinado al cliente.
- Cualquier resultado predicho de los procesos de realización del producto.

1.2 Aplicación

Los requisitos de esta norma son genéricos y procuran ser adaptables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta norma no puedan ser aplicados debido a la naturaleza de la organización y de su producto, puede considerarse para su exención.

Cuando se realice exenciones no tendrá conformidad con la Norma, las exenciones del capítulo 7 quedan restringidas y las exenciones que se realicen no deben afectar a la capacidad o responsabilidad de la organización para proporcionar productos que cumplan con todos los requisitos.

2. Referencias normativas

Para la aplicación de esta norma es vital contar con información acerca de la ISO 9000:2005, Sistemas de gestión de la calidad-Fundamentos y vocabulario.

3. Términos y definiciones

Para el desarrollo de esta norma se debe tomar en cuenta los términos y definiciones expresados en la Norma ISO 9000. Al desarrollo de esta norma, cuando se utilice el término “producto” también puede significar “servicio”.

4. Sistema de gestión de la calidad

4.1 Requisitos generales

La organización tiene que implementar, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y corregir consecutivamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma.

La organización debe:

- a) Establecer los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- b) Fijar la secuencia e interacción de estos procesos.
- c) Determinar los métodos y criterios para asegurar que la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- d) Asegurar la disposición de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- e) Ejecutar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos.
- f) Efectuar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

La organización tiene que gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de la norma. En casos que la empresa opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte a la conformidad del producto, este debe ser controlado, el tipo y el grado de control debe estar definido dentro del sistema de gestión de calidad.

Nota 1: “Los procesos necesarios” mencionados anteriormente hace referencia a los procesos para las actividades de la dirección, la provisión de recursos, la realización del producto, la medición, el análisis y la mejora.

Nota 2: Un “proceso contratado externamente” es un proceso que decide la organización hacerla externamente.

Nota 3: Certificar los controles realizados externamente no exime la responsabilidad de cumplir con los requisitos del producto, los legales y reglamentarios. El tipo y el grado de control a un proceso realizado externamente está dado por:

- a) El impacto del proceso contratado sobre la capacidad de entregar productos conformes a los requisitos.
- b) El grado en que se comparte el control del proceso.
- c) La capacidad para conseguir el control necesario a través del apartado 7.4.

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

La documentación del sistema de gestión de calidad debe contener:

- a) Las políticas y de objetivos de calidad deben estar documentadas
- b) un manual de la calidad.
- c) Los procedimientos documentados y los requisitos requeridos por esta Norma.
- d) Los documentos incluidos.

Nota 1: El término “procedimiento documentado” es un procedimiento establecido, documentado, implementado y mantenido. Un solo documento puede contener requisitos para uno o más procedimientos.

Nota 2: La extensión de la documentación del sistema de gestión de calidad puede cambiar de una organización a otra debido a:

- a) El tamaño de la organización y el tipo de actividades.
- b) La complejidad de los procesos y sus interacciones.
- c) La competencia del personal.

Nota 3: La documentación puede estar en cualquier formato o tipo de medio.

4.2.2 Manual de Calidad

La organización debe incluir en su manual lo siguiente:

- a) El alcance del sistema de gestión de calidad, los detalles y justificación de alguna exclusión.
- b) Los procedimientos o referencias de los mismos.
- c) La interacción de los procesos del S.G.C.

4.2.3 Control de los documentos

Se debe controlar los documentos requeridos por el SGC, los registros son un tipo de documento especial que también debe ser controlado de acuerdo con el apartado 4.2.4

Hay que establecer mecanismos de control estos deben estar documentados y bien definido para:

- a) Aprobar los documentos antes de su emisión.
- b) Revisar y actualizar los documentos y aprobarlos nuevamente.
- c) Cerciorar que se identifiquen los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.
- d) Cerciorar que las versiones pertinentes de los documentos estén disponibles en los puntos de uso.
- e) Cerciorar que los documentos estén legibles e identificables.
- f) Cerciorar que documentos externos que la organización necesita para planificar y operar el SGC son identificados y controlados.
- g) Prevenir el uso de documentos obsoletos, y si tengan que ser utilizados registrar porque razón.

4.2.4 Control de los registros

Debe controlarse los registros para establecer conformidad con los requisitos y la eficacia. La organización debe documentar los procedimientos para así definir los controles necesarios para identificar, almacenar, proteger, recuperar, retener y disponer de los registros.

Los registros deben estar legibles, fácilmente identificables y recuperables.

5. Responsabilidad de la dirección

5.1 Compromiso de la dirección

La alta dirección debe dar fe de su compromiso de desarrollar e implementar el SGC, así también la mejora continua de su eficacia:

- a) Informar a la organización la importancia de satisfacer al cliente y cumplir con los requisitos legales y reglamentarios.
- b) Definiendo las políticas de calidad.
- c) Implantando los objetivos de la calidad.
- d) Efectuar revisiones por la dirección.
- e) Contar con recursos necesarios.

5.2 Enfoque al cliente

Será primordial que la alta dirección se cerciore de cumplir con los requisitos del cliente a modo de satisfacer al cliente.

5.3 Política de la calidad

La alta dirección se asegurara que la política de la calidad:

- a) Sea adecuada acorde con el propósito de la organización.
- b) Cumplir con los requisitos y mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- c) Brindar un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad.
- d) Sea comunicada y entendida en la organización.
- e) Sea revisada para su continua adecuación.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la calidad

La alta dirección debe cerciorarse que los objetivos de la calidad incluyendo también los necesarios para cumplir con los requisitos para el producto se determinaran en las funciones y niveles que correspondan dentro de la organización. Los objetivos deben ser medibles y coherentes con la política de calidad.

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad

La alta dirección debe certificar que:

- a) La planificación del SGC se efectuara con el propósito de cumplir los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad.
- b) Mantener la integridad del SGC cuando se planifica o implementa cambios.

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La alta dirección debe cerciorarse de que las responsabilidades y autoridades estén bien definidas y comunicadas.

5.5.2 Representante de la organización

Se deberá elegir a un miembro de la dirección, sin dejar a un lado sus funciones será responsable y tendrá autoridad de:

- a) Verificar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el SGC.
- b) Comunicar a la alta dirección la actuación del SGC y de cualquier posible mejora.
- c) Cerciorarse que se consideren los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

Nota: la responsabilidad del miembro elegido puede incluir partes externas sobre temas relacionados con el SGC.

5.5.3 Comunicación interna

La alta dirección debe ejecutar procesos de comunicación adecuado dentro de la organización y que la comunicación se realice considerando la eficacia del SGC.

5.6 Revisión por la dirección

5.6.1 Generalidades

La alta dirección debe explorar el SGC a intervalos planificados para asegurarse de su utilidad, ajuste y eficacia continua. La revisión debe incluir las oportunidades de mejora y la necesidad de generar cambios en el SGC, incluyendo la política y los objetivos de la calidad.

5.6.2 Información de entrada para la revisión

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) Los resultados de auditorías.
- b) La retroalimentación del cliente.
- c) El desempeño de los procesos y la conformidad del producto.
- d) El estado de las acciones correctivas y preventivas.
- e) Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- f) Los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- g) Las recomendaciones para la mejora.

5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.
- b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.
- c) Las necesidades de recursos.

6. Gestión de los Recursos

6.1 Provisión de Recursos

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:

- a) Implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia.
- b) Aumentar la satisfacción del cliente el cumplimiento de sus recursos.

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Generalidades

El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto, debe ser con base en la educación, la formación, habilidades y experiencias apropiadas.

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

La organización debe:

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto.
- b) Cuando sea aplicable proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.
- d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia.

6.3 Infraestructura

La organización debe determinar proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye cuando sea aplicable:

- a) Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados.
- b) Equipo para los procesos.
- c) Servicios de apoyo.

6.4 Ambiente de Trabajo

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

7. Realización del Producto

7.1 Planificación de la realización del Producto

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de calidad.

Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado lo siguiente:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.
- b) La necesidad de establecer procesos y documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto.
- c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, modificación, inspección, y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.
- d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos.

El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto

La organización debe determinar:

- a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.
- b) Los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarias para el uso especificado, o para el uso previsto cuando sea conocido.

- c) Lo requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto.
- d) Cualquier requisito adicional que la organización considere necesario.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Ésta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente y debe asegurarse de que:

- a) Están definidos los requisitos del producto.
- b) Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.
- c) La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

7.2.3 Comunicación con el Cliente

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

- a) La información sobre el producto.
- b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones.
- c) La retroalimentación del cliente incluyendo sus quejas.

7.3 Diseño y Desarrollo

7.3.1 Planificación del Diseño y Desarrollo

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto. Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización debe determinar:

- a) Las etapas del diseño y desarrollo.
- b) La revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.
- c) Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.

7.3.2 Elementos de entrada para el Diseño y Desarrollo

Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y mantenerse registros, estos elementos de entrada deben incluir:

- a) Los requisitos funcionales y de desempeño.
- b) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables.
- c) La información proveniente de diseños previos similares cuando sea aplicables.
- d) Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.

Los elementos de entrada deben revisarse para comprobar que sean adecuados, los requisitos deben estar completos, sin ambigüedades y no deben ser contradictorios.

7.3.3 Resultados del Diseño y Desarrollo

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo y deben aprobarse antes de su liberación.

Los resultados del diseño y desarrollo deben:

- a) Cumplir con los requisitos de elementos de entrada para el diseño y desarrollo.
- b) Proporcionar información apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio.
- c) Contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto.
- d) Especificar las características del producto que son esenciales para el uso correcto y seguro.

7.3.4 Revisión del Diseño y Desarrollo

En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado para:

- a) Evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.

- b) Identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias.

Los participantes en dichas revisiones deben incluir representantes de las funciones relacionadas con las etapas de diseño y desarrollo que se están revisando. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.

7.3.5 Verificación del Diseño y Desarrollo

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado, para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.

7.3.6 Validación del Diseño y Desarrollo

Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado para asegurarse de que el producto resultante es capaz de satisfacer los requisitos para su aplicación específica o uso previsto, cuando sea conocido. Siempre que sea factible, la validación debe completarse antes de la entrega o implementación del producto. Deben mantenerse registros de los resultados de la validación y de cualquier acción que sea necesaria.

7.3.7 Control de los cambios del Diseño y Desarrollo

Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros. Los cambios deben revisarse, verificarse y validarse, según sea apropiado, y aprobarse antes de su implementación. La revisión de los cambios del diseño y desarrollo deben incluir la evaluación del efecto de los cambios en las partes constitutivas y en el producto ya entregado. Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión de los cambios y de cualquier acción que sea necesaria.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de Compras

La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos especificados. El tipo y el grado del control aplicado al proveedor y al producto adquirido deben depender del impacto del producto adquirido en la posterior realización del producto o sobre el producto final.

La organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización. Deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación. Deben mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de las mismas.

7.4.2 Información de las Compras

La información de las compras debe describir el producto a comprar, incluyendo, cuando sea apropiado:

- a) Los requisitos para la aprobación del producto, procedimientos, procesos y equipos.
- b) Los requisitos para la calificación del personal.
- c) Los requisitos del sistema de gestión de calidad.

La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.

7.4.3 Verificación de los Productos Comprados

La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados. Cuando la organización o su cliente quieran llevar a cabo la verificación en las instalaciones del proveedor, la organización debe establecer en la información de compra las disposiciones para la verificación pretendida y el método para la liberación del producto.

7.5 Producción y Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la Producción y de la prestación del Servicio

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- a) La disponibilidad de información que describa las características del producto.
- b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- c) El uso del equipo apropiado.
- d) La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.
- e) La implementación del seguimiento y la medición.
- f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto.

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

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no puedan verificarse mediante seguimiento o mediciones posteriores y, como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

7.5.3 Identificación y Trazabilidad

Cuando sea apropiada la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto. La organización debe identificar el estado del producto respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto. Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros.

7.5.4 Propiedad del cliente

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del

cliente suministrados para su utilización o incorporación dentro del producto. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriora o de algún otro modo se considera inadecuado para su uso, la organización debe informar de ello al cliente y mantener registros.

7.5.5 Preservación del producto

La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también a las partes constitutivas de un producto.

7.6 Control de los Equipos de Seguimiento y Medición

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realiza de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.

8. Medición, análisis y mejora

8.1 Generalidades

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, necesarios para:

- a) Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.
- b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de calidad.
- c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.

8.2 Seguimiento y medición

8.2.1 Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del sistema de gestión de calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de los requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

8.2.2 Auditoría Interna

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar el sistema de gestión de calidad:

- a) Es conforme con las disposiciones planificadas con los requisitos de esta norma internacional y con los requisitos del sistema de gestión de calidad establecidos por la organización.
- b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

Se debe planificar un programa de auditoría tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a estudiar, así como los resultados de auditorías previas.

Deben mantenerse registro de las auditorías y de sus resultados.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas según sea conveniente.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto

La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en las etapas

apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas. Se debe mantener evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar las personas que autorizan la liberación del producto al cliente.

8.3 Control del producto no conforme

La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme. Cuando sea aplicable la organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:

- a) Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada.
- b) Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y cuando sea aplicable por el cliente.
- c) Tomando acciones para impedir sus uso o aplicación prevista originalmente.
- d) Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.

8.4 Análisis de datos

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de calidad. Esto debe incluir los datos generales del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes. El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- a) La satisfacción del cliente.
- b) La conformidad con los requisitos del producto.

- c) Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas.
- d) Los proveedores.

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

8.5.2 Acción Correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de prevenir que no vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Revisar las no conformidades incluyendo las quejas de los clientes.
- b) Determinar las causas de las no conformidades.
- c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.
- d) Determinar e implementar las acciones necesarias.
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- f) Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción Preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales y se debe establecer un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.
- b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.
- c) Determinar e implementar las acciones necesarias.
- d) Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- e) Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

2.5.2 Norma ISO 19011. Directrices para la auditoría en los sistemas de gestión.

Esta Norma Internacional proporciona orientación sobre los principios de auditoría, la gestión de programas de auditoría, la realización de auditorías de sistemas de gestión de calidad, la competencia de los auditores de sistemas de gestión de la calidad. Esta norma es aplicable a todas las organizaciones que tienen que realizar auditorías internas o externas de sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental o que gestionan un programa de auditoría. (ISO-19011, 2011)

El **capítulo 4** describe los principios de la auditoría, estos principios ayudan al usuario a apreciar la naturaleza esencial de la auditoría, la hace una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. (ISO-19011, 2011)

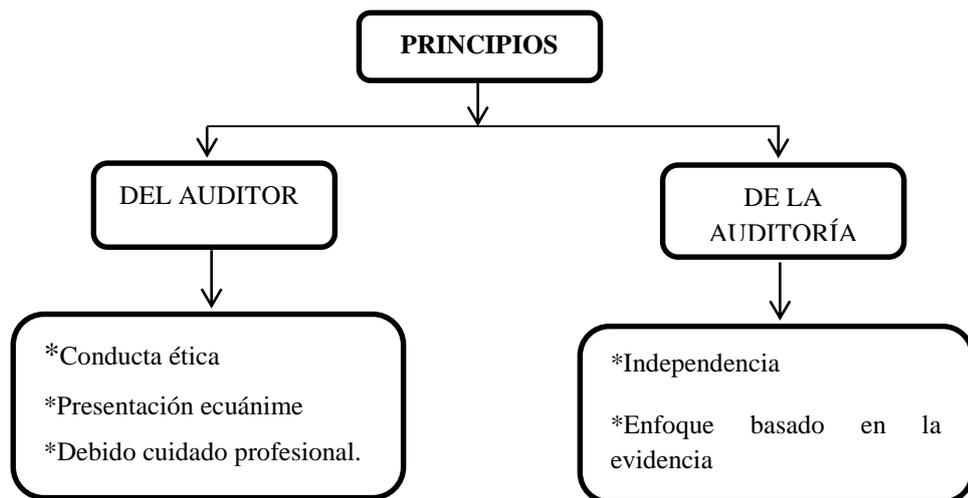


Gráfico N°2. Principios de la Auditoría

FUENTE: Normas ISO 19011-2011

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

El **capítulo 5** trata sobre la gestión de un programa de auditoría, el mismo que señala que un programa de auditoría también incluye todas las actividades necesarias para planificar y organizar el tipo y número de auditorías, y los recursos para llevarlas a cabo de forma eficaz y eficiente dentro de los plazos establecidos.

Una organización puede establecer más de un programa de auditoría, siendo la alta dirección de la organización quien debería otorgar la autoridad para la gestión del programa de auditoría.

El programa de auditoría debería incluir la información y los recursos necesarios para organizar y realizar sus auditorías de forma eficaz y eficiente dentro de los periodos de tiempo establecidos y puede incluir lo siguiente:

- Objetivos para el programa de auditoría y para las auditorías individuales.
- Alcance / número / tipos / duración / ubicación / calendario de las auditorías.
- Procedimientos del programa de auditoría.
- Criterios y métodos de auditoría.
- Selección de equipos de auditores.
- Recursos necesarios, incluyendo viajes y alojamiento.
- Procesos para tratar la confidencialidad, la seguridad de la información, la salud y la seguridad y otros asuntos similares.

El **capítulo 6** recomienda las actividades para la preparación y realización de la auditoría, este capítulo proporciona orientación sobre la planificación y forma de llevar a cabo actividades de auditoría como parte de un programa de auditoría.

El grado de aplicación de las disposiciones de este capítulo depende del alcance y complejidad de cada auditoría específica y del uso previsto de las conclusiones de la auditoría.

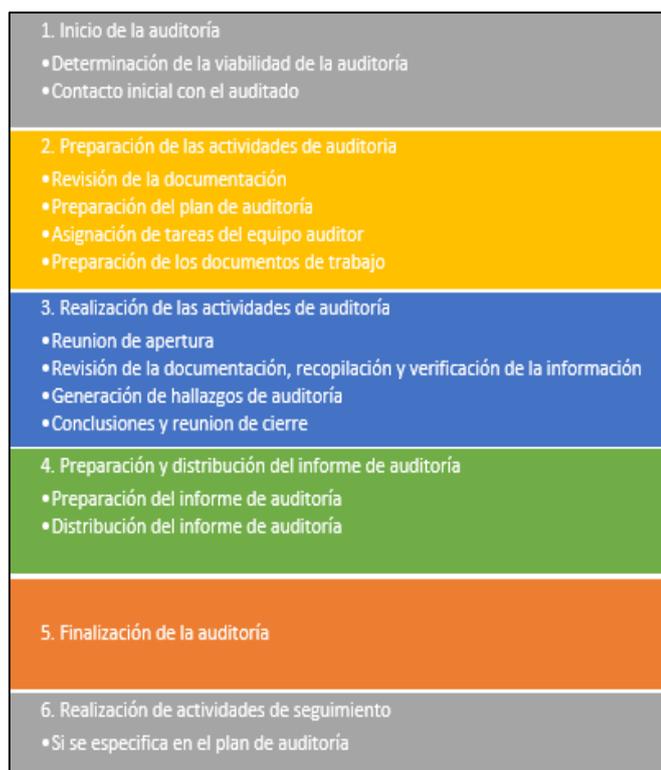


Gráfico N° 3. Actividades de Auditoría según ISO 19011

FUENTE: Normas ISO 1901-2011

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

El **capítulo 7** está dedicado a la competencia y evaluación de los auditores, donde se señala que la evaluación de la competencia del auditor debería planificarse, implementarse y documentarse de acuerdo con el programa de auditoría, incluyendo los procedimientos para proporcionar un resultado que es objetivo, coherente, imparcial y fiable.

La fiabilidad en el proceso de auditoría y la confianza en el mismo dependen de la competencia de aquéllos que llevan a cabo la auditoría, ésta competencia se basa en la demostración de:

- Cualidades personales: Ético, diplomático, observador, perceptivo, versátil, seguro de sí mismo, tenaz, decidido, imparcial, sincero, honesto y discreto.
- Aptitud para aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos mediante la educación, la experiencia laboral, la formación como auditor y la experiencia en auditorías.

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 Hipótesis General

La aplicación de una Auditoría de Calidad a los servicios hospitalarios, permitirá a la dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, enfrentar con éxito los problemas existentes y dar mayor satisfacción de las necesidades y deseos de los clientes, así como mejorar e innovar los servicios de la institución oportunamente.

3.1.2 Hipótesis Específicas

- Un marco teórico práctico y adecuado será una buena herramienta para conocer todo lo que se relacione con auditoría de calidad.
- Conforme se desarrolla el diagnóstico situacional para conocer la línea base filosófica y el direccionamiento estratégico del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez, permitirá a los directivos de la institución, reducir la incertidumbre y dar un sentido de dirección más claro que el que se tiene actualmente.
- Con la aplicación de auditoría de calidad a los servicios hospitalarios se podrá conocer la situación actual del sistema de gestión de calidad de los servicios que brinda la casa de salud y obtener una mejor perspectiva acerca de los servicios de salud pública que se están brindando.
- El informe final de la auditoría de calidad, dará a conocer todas las recomendaciones a la dirección de la institución de salud, y ayudará para mejorar las decisiones.

3.2 VARIABLES

3.2.1 Variable Independiente

La Auditoría de Calidad

3.2.2 Variable Dependiente

La calidad de los servicios hospitalarios

3.3 TIPOS DE INVESTIGACIÓN

La investigación es mixta porque se utilizan indicadores cualitativos y cuantitativos. Cualitativos, porque se investigará sin mediciones numéricas, tomando encuestas, entrevistas, descripciones, puntos de vista de los investigadores, reconstrucciones de los hechos, no tomando en general la prueba de hipótesis como algo necesario.

Cuantitativos, porque el proceso de investigación también se enfocará en las mediciones numéricas, utilizando la observación del proceso en forma de recolección de datos y analizándolos para llegar a responder las preguntas de investigación.

3.3.1 Tipos de estudio de investigación

Los tipos de investigación a aplicar en el desarrollo de la Auditoría de Calidad son:

- **De campo:** Constituye un proceso sistemático, riguroso y racional de recolección, tratamiento, análisis y presentación de datos, basado en una estrategia de recolección directa de la realidad de las informaciones necesarias para la investigación.
- **Histórica:** Este tipo de investigación busca reconstruir el pasado de la manera más objetiva y exacta posible, para lo cual de manera sistemática recolecta, evalúa, verifica y sintetiza evidencias que permitan obtener conclusiones válidas, a menudo derivadas de hipótesis.
- **Bibliográfica-Documental:** Como un proceso sistemático y secuencial de recolección, selección, clasificación, evaluación y análisis de contenido del material empírico impreso y gráfico, físico y/o virtual que servirá de fuente teórica, conceptual y/o metodológica para una investigación científica determinada.

- **Descriptiva:** Se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad.
- **Explicativa:** Es aquella que tiene relación causal; no sólo persigue describir o acercarse a un problema, sino que intenta encontrar las causas del mismo.

3.3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación se enmarca en una metodología no experimental, porque no se manipularán las variables a estudiar y las mismas serán medidas una sola vez. En ese sentido, Hernández, Fernández y Batista (2003), afirman que los estudios no experimentales, son aquellos que se realizan sin manipular deliberadamente la(s) variable(s) de análisis y los fenómenos son observados tal y como aparecen en el contexto natural del cual se tomarán, analizarán y estudiarán a efectos de poder obtener una visión clara de su comportamiento.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población o universo es el conjunto de los elementos que van a ser observados en la realización de un experimento. (Vargas Sabadías, 1996, págs. 33-34)

- **Población de estudio**

Para nuestro estudio se considera como población de estudio a los empleados y a los usuarios del “Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez” de la ciudad de Riobamba.

La población que se tomará para el desarrollo de la auditoria será la siguiente:

CARGO	CANTIDAD
DIRECTORA	1
MÉDICO GENERAL 8H	11
MÉDICO ESPECIALISTA 8H	5
ODONTÓLOGO Y ASISTENTE DE ODONTOLOGÍA	2
TRABAJADORA SOCIAL	1
NUTRICIONISTA	1
TECNÓLOGO MÉDICO	1
ENFERMERAS	19
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	22
ADMINISTRATIVOS	25
LABORATORISTA CLÍNICO	1
AUXILIAR Y ASISTENTE DE LABORATORIO	3
AUXILIAR DE FARMACIA	1
AUXILIAR DE ALIMENTACION	6
TERAPISTA RESPIRATORIO	1
TECNICO EN MANTENIMIENTO	1
CHOFER Y MENSAJERO	2
PSICOREHABILITADOR	1
FISIOTERAPISTA	2
TOTAL	106

Tabla N°2. Total de Empleados de Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

FUENTE: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

- **Muestra de estudio**

La muestra de estudio corresponde a las denominadas muestras probabilísticas estratificadas proporcionalmente, para cada una de las áreas de la casa de salud objeto de estudio.

a) Tamaño de la muestra- Empleados del “HPAV”

Se determinó el tamaño de la muestra utilizando la siguiente fórmula que tiene en cuenta el tamaño de la población, el nivel de confianza expresado en un coeficiente de confianza redondeado y el margen de error.

Datos:

- Población (N_1) : 106
- El número 4 : Coeficiente de confiabilidad para el 94% de nivel de confianza
- p y q : Son las probabilidades de éxito y fracaso
- E : Es el error seleccionado de 5

Fórmula:

$$n = \frac{4Np.q}{E^2(N-1)+4 p.q}$$

$$n = \frac{4(106) (50) (50)}{5^2 \times (106-1) + 4 (50) (50)}$$

$$n = 53 \quad (\text{valor redondeado})$$

El tamaño de la muestra es de 53 empleados

b) Tamaño de la muestra - Usuarios del “HPAV”

Para la realización de la encuesta se ha tomado en cuenta como universo 3000 usuarios atendidos por mes.

Datos:

- Población (N_1) : 3000
- El número 4 : Coeficiente de confiabilidad para el 94% de nivel de confianza
- p y q : Son las probabilidades de éxito y fracaso
- E : Es el error seleccionado de 5

Fórmula:

$$n = \frac{4Np.q}{E^2(N-1)+4 p.q}$$

$$n = \frac{4(3000) (50) (50)}{5^2 \times (3000-1) + 4 (50) (50)}$$

$$n = 353 \quad (\text{valor redondeado})$$

El tamaño de la muestra es de 353 usuarios.

3.5 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.5.1 Métodos de investigación

En la presente investigación se utilizará los siguientes métodos:

- **Método Deductivo:** Viabiliza el surgimiento de nuevos conocimientos a partir de los datos generales verídicos, para deducir por medio del razonamiento lógico y comprobar así su validez, en este caso los conocimientos sobre la Auditoría de Calidad al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, en la ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, año 2014.
- **Método Inductivo:** Se utiliza este método porque nos permite entrelazar las actividades, determinar una secuencia lógica que debe seguir el desarrollo de las operaciones, lo cual nos permita demostrar las concepciones generales adoptadas por la máxima autoridad, o contrastar con las proposiciones generales concebidas a partir del estudio y análisis efectuado.
- **Método Analítico:** Es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos de esta investigación.

3.5.2 Técnicas de investigación

La recolección de los datos depende en gran parte del tipo de investigación y del problema planteado para la misma, y puede efectuarse desde la simple ficha bibliográfica, observación, entrevista, cuestionarios o encuestas y aun mediante ejecución de investigaciones para este fin.

Las técnicas que se utilizarán en la presente investigación son las siguientes:

- **Entrevista.-** Esta técnica se aplicará a la gerencia y a los diferentes líderes de cada departamento del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román a fin de obtener información que nos ayude con la presente investigación.
- **Encuestas.-** Se aplicará en general, a todo el personal del “HPAVR” con el fin de obtener información que sea útil para el desarrollo de presente investigación.
- **Análisis.-** Esta técnica se aplicará para analizar las normas, principios, información bibliográfica y otros aspectos relacionados con la investigación.
- **Observación.-**Técnica a aplicar durante la visita preliminar, haciendo énfasis en la forma como se ejecutan las operaciones, es de gran utilidad en casi todas las fases de un examen, con la cual el auditor verifica ciertos hechos y circunstancias relacionados con la forma de ejecución de las actividades.
- **Confirmaciones.-** Obtención de una comunicación escrita de una persona independiente de la empresa examinada y que se encuentre en posibilidad de conocer la naturaleza y condiciones de la operación.

3.5.3 Instrumentos de Investigación

- **Cuestionario:** Es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas y otras indicaciones con el propósito de obtener información de los consultados.

- **Guía de Entrevista:** Facilita la práctica de entrevistas, que generalmente se realizan para evaluar a los miembros del ente auditado.
- **Documentos Electrónicos:** Es un documento cuyo soporte material es algún tipo de dispositivo electrónico o magnético, y que el contenido está codificado mediante algún tipo de código digital, información proporcionada por el hospital sujeto a la presente auditoría.

3.5.4 Resultados

La presente encuesta fue aplicada a los 53 empleados que laboran en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, en la ciudad de Riobamba.

A continuación se presentan los resultados de la encuesta aplicada.

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN ENCUESTA APLICADA A EMPLEADOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

1. **¿El hospital cuenta con una estructura orgánica definida que permita establecer una adecuada comunicación?**

ESTRUCTURA ORGÁNICA		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	50	94,34
NO	3	5,66
TOTAL	53	100,00

Tabla N°3 Conocimiento estructura orgánica del Hospital



Gráfico N°4 Conocimiento estructura orgánica del Hospital

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el hospital, con respecto a la existencia de una estructura orgánica definida, se obtuvo como resultado que un 94% del personal que labora ahí conoce de dicha estructura orgánica, mientras que un 6% respondieron que desconocen.

2 ¿Las funciones que ejecutan los empleados se encuentran establecidos dentro de un manual de funciones?

MANUAL DE FUNCIONES		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	51	96,23
NO	2	3,77
TOTAL	53	100,00

Tabla N°4 Existencia de un manual de funciones

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N°5 Existencia de un manual de funciones

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta efectuada al personal del hospital, con respecto al desarrollo de las actividades y funciones que desempeñan, se obtuvo como resultado que el 96% del personal afirma ejecutar sus actividades conforme a lo descrito en un manual de funciones, y el 4% de los consultados responde no.

3 ¿Cree usted que el desarrollo de un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas puede contribuir a mejorar la gestión interna del hospital?

ANÁLISIS FODA		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	49	92,45
NO	4	7,55
TOTAL	53	100,00

Tabla N°5 Aplicación de un análisis FODA

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N°6 Aplicación de un análisis FODA

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

Con respecto al desarrollo de un análisis FODA para mejorar la gestión interna del hospital, el 92% de los encuestados afirma que un análisis de esta naturaleza permitiría conocer los factores internos y externos que contribuyen o afectan el desenvolvimiento del hospital y las medidas necesarias a tomar para contrarrestarlos, mientras que un 8% de los consultados considera que no es necesario.

4 ¿Recibe capacitación especializada acorde a un Plan de Capacitación establecido por el Hospital?

CAPACITACIÓN PERSONAL		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	47	88,68
NO	6	11,32
TOTAL	53	100,00

Tabla N°6 Capacitación del personal

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

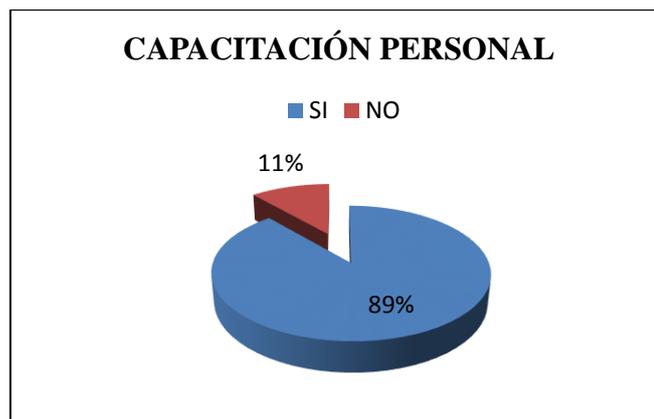


Gráfico N° 7 Capacitación del Personal

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta aplicada, con respecto a si el personal recibe capacitación acorde a un Plan de Capacitación definido, el 89% responde que SI, mientras que el 11% de los encuestados responden que NO. Mediante conversaciones mantenidas con los empleados se conoció que reciben capacitaciones dos veces por año, pero que no tienen definido ningún Plan de Capacitación en el hospital.

5 ¿Cree usted oportuno el accionar de la máxima autoridad en la solución de conflictos internos?

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	52	98,11
NO	1	1,89
TOTAL	53	100,00

Tabla N°7 Accionar máxima autoridad en solución de conflictos

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N° 8 Accionar máxima autoridad en solución de conflictos

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

Con respecto al cuestionamiento del accionar de la máxima autoridad del Hospital en la solución de conflictos internos, el 98% de los encuestados responden que su accionar ante los conflictos internos es oportuno y el 2% responden que NO.

6 ¿Cree usted que la aplicación de indicadores permitirá evaluar el cumplimiento de los objetivos?

APLICACIÓN DE INDICADORES		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	40	75,47
NO	13	24,53
TOTAL	53	100,00

Tabla N°8 Aplicación de Indicadores para evaluación de Objetivos

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N°9 Aplicación de Indicadores para evaluación de Objetivos

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

El 75% del personal encuestado afirma que sería adecuado evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos mediante la aplicación de indicadores, mientras que un 25% considera que no es necesario.

7 ¿Considera usted que con la realización de una Auditoría de calidad a los servicios hospitalarios, el hospital mejoraría su sistema de gestión de calidad y se aportaría información para su mejora continua?

AUDITORÍA DE CALIDAD		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	49	92,45
NO	4	7,55
TOTAL	53	100,00

Tabla N° 9 Aplicación auditoría de calidad

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N° 10 Aplicación auditoría de calidad

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el hospital, respondiendo a la pregunta que si se considera que con la realización de una Auditoría de Calidad el hospital mejoraría su sistema de gestión de calidad y se aportaría información para su mejora continua, el 92% del personal encuestado piensa que es positivo, ya que permitirá detectar errores y falencias que impiden el óptimo crecimiento y desarrollo, y en una minoría correspondiente al 8% consideran que no es necesario.

8 ¿Cree usted que los diferentes servicios que ofrece el Hospital constituyen una fortaleza para la misma?

SERVICIOS OFERTADOS		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	38	71,70
NO	15	28,30
TOTAL	53	100,00

Tabla N°10 Servicios ofertados por el hospital

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora



Gráfico N°11 Servicios ofertados por el hospital

Interpretación

De la encuesta aplicada al personal que labora en el hospital, con respecto a la pregunta de que si los diferentes servicios que ofrece constituyen una fortaleza para la misma; el 72% tuvo una opinión positiva pues consideran que son competitivos y el 28% piensa que no, que falta ampliar y mejorar sus servicios para alcanzar el óptimo crecimiento y posicionamiento en el mercado.

9 ¿Cree usted que el informe de Auditoría de Calidad permitirá a la máxima autoridad tomar acciones de mejora para el desarrollo continuo del Hospital?

INFORME DE AUDITORÍA		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	50	94,34
NO	3	5,66
TOTAL	53	100,00

Tabla N°11 Informe de Auditoría



Gráfico N°12 Informe de Auditoría

Interpretación

Con respecto a la pregunta que si el informe de Auditoría de Auditoría de Calidad permitirá a la máxima autoridad tomar acciones de mejora para el desarrollo continuo del hospital, el 94% de los encuestados opinaron que sí, pues consideran que mediante las recomendaciones se podrá tomar medidas correctivas y mejorar, mientras que el 6% piensa que no es necesario.

3.6 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Mediante la aplicación de la encuesta al personal que labora en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, se puede concluir que el desarrollo de la presente investigación, amparado en la hipótesis planteada, presenta el siguiente resultado:

Del total de los encuestados, el 92% considera que la realización de una Auditoría de Calidad, permitirá detectar errores y falencias que impiden cumplir de manera satisfactoria y eficiente con las actividades diarias. La propuesta se justifica necesaria puesto que nos permite proponer alternativas de solución en base a los problemas detectados y así mejorar su sistema de gestión de calidad con el que ha venido operando optimizando el desarrollo y crecimiento del hospital, teniendo como sustento el informe de Auditoría de Calidad que mediante sus recomendaciones, se procura mejorar su

sistema de calidad y satisfacer las necesidades de los usuarios que acceden diariamente al servicio.

La aplicación de una Auditoría de Calidad permitirá a la dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, enfrentar con éxito los problemas existentes y dar mayor satisfacción de las necesidades y deseos de los clientes, así como mejorar e innovar los servicios de la institución, por consiguiente se afirma que la hipótesis planteada es positiva.

PREGUNTAS	RESPUESTA		TOTAL
	SI	NO	
Pregunta 1	50	3	53
Pregunta 2	51	2	53
Pregunta 3	49	4	53
Pregunta 4	47	6	53
Pregunta 5	52	1	53
Pregunta 6	40	13	53
Pregunta 7	49	4	53
Pregunta 8	38	15	53
Pregunta 9	50	3	53
TOTAL	426	51	477

Tabla N°12 Matriz de tabulación de resultados

Fuente: Encuestas realizadas en el HPAVR

Elaborado: Autora

VARIABLES	SI	NO	TOTAL
Variable dependiente	168	30	198
Variable independiente	258	21	279
Σ	426	51	477

Tabla N°13 Matriz de Contingencia

Elaborado por: Diana Tenesaca

Fuente: Matriz de tabulación de resultados

FRECUENCIA ESPERADA (E)

$$E = \frac{TF \cdot TC}{TG}$$

$$E = \frac{(198)(426)}{477}$$

$$E = \frac{(198)(51)}{477}$$

$$E = 176.83$$

$$E = 21.17$$

$$E = \frac{(279)(426)}{477}$$

$$E = \frac{(279)(51)}{477}$$

$$E = 249.16$$

$$E = 29.83$$

Fe	Fo	Fo-Fe	(Fo-Fe) ²	(Fo-Fe) ² /Fe
176.83	168	8.83	17.66	0.09
21.17	258	-236.83	473.66	22.37
249.16	30	219.16	438.32	1.75
29.83	21	8.83	17.66	0.59
			TOTAL	24.80

Tabla N° 14 Matriz Chi cuadrado

Elaborado por: Diana Tenesaca

Fuente: Matriz de tabulación de resultados

Chi-Cuadrado

$$X_c^2 = 24.80$$

$$\text{Nivel de confianza} = 0.05$$

$$\text{Chi cuadrado tabla} = 3.84$$

$$X_t^2 = 3.84$$

$$X_c^2 = 24.80 > X_t^2 = 3.84$$

Con estos resultados se comprobó que el chi-cuadrado calculado es mayor que el chi-cuadrado tabla, por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula, es decir “La aplicación de una Auditoría de Calidad a los servicios hospitalarios, permitirá a la dirección del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, enfrentar con éxito los problemas existentes y dar mayor satisfacción de las necesidades y deseos de los clientes, así como mejorar e innovar los servicios de la institución oportunamente.

CAPITULO IV: MARCO PROPOSITIVO

4. “AUDITORÍA DE CALIDAD A LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN, DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA, PROVINCIA DE CHIMBORAZO, AÑO 2014.”

**ARCHIVO
PERMANENTE**

4.1 DESARROLLO DEL EXAMEN

AP

**HOSPITAL PEDIÁTRICO “ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN”
AUDITORÍA DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014**

ARCHIVO PERMANENTE	AP
Información General	AP1

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Reseña Histórica

En el transcurso del año 1928 a 1929 hubo una intensa labor femenina, bajo la protección del Centro General de Cultura Social, para desarrollar su instinto materno en bien de la niñez desvalida.

Los doctores Miguel Ángel Pontón y Alfonso Villagómez Román, son los impulsores de ésta obra, apoyados por la iglesia por medio del Canónigo Carlos Salvador y la junta del Centenario de la República del Ecuador.

El ministerio de prevención social y trabajo con oficio n° 361 el 21 abril de 1929 expide el acuerdo 326 aprobando los estatutos del Centro General de Cultura Social, mediante los cuales fundaron “Gota de Leche”, un dispensario médico, Casa Cuna.

El acto solemne de inauguración debió realizarse el 11 de noviembre de 1929, pero aquel día el país se viste de luto por el incendio de la Universidad Central, siendo este realizado el día 17 con la presencia de los personajes más connotados de la Sultana de los Andes.

En 1932 nace como hospital, con recursos humanos, económicos, administrativos y edificio propio con lo cual disminuye la morbilidad y mortalidad en la ciudad y provincia siendo su primera presidenta la Sra. Manuela Gallegos de León y convirtiéndose así en el primer **Hospital de niños del Ecuador**.

En 1938 se verifica la bendición e inauguración solemne del hospital con su primer director el Dr. Alfonso Villagómez Román que fallece el 14 de febrero de 1939 a consecuencia de una peste bubónica, en honor a su memoria recibe el nombre de Hospital de niños Alfonso Villagómez Román.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Misión.- Brindar a los niños y adolescentes de la zona centro del país, atención especializada, oportuna de calidad, con calidez, eficiencia, eficacia, con tecnología apropiada con un equipo técnico calificado en un ambiente laboral adecuado.

Visión.- Somos un hospital con rostro humano, referente de la atención especializada a niños y adolescentes en la zona centro del país, que brinda atención humanizada de calidad que recupera la salud de los niños, garantizando su calidad de vida.

Principios y valores institucionales

Principios

Efectivo: Con enfoque bio-psico-social promoviendo la salud y el bienestar mediante intervenciones de promoción y prevención, tanto apropiadas como costo-efectivas y basadas en la evidencia.

Atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente cuyo énfasis estará puesto en las acciones de promoción y prevención.

Centrado en el usuario, su familia y su comunidad: Estableciendo una relación acorde a cada contexto (acorde a perfil epidemiológico enfermedades agudas y crónicas, situación socio-económica).El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente, a la familia, la comunidad y el ambiente.

Incluyentes (respetando diversidad, interculturalidad y con enfoque de género).

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Aceptables para garantizar satisfacción del usuario, confianza en el servicio y con mecanismos de garantía de la participación ciudadana (urbana y rural) y de la calidad.

Integrado y en red: Con los prestadores internos y externos, públicos y privados. Asegura que los usuarios sean atendidos por los profesionales de la salud más apropiados para su problema particular.

Valores

Equidad: Constituye uno de los postulados básicos de tales principios generales del derecho su íntima relación con la justicia, no pudiendo entenderse sin ella. Tanto es así que Aristóteles consideraba lo equitativo y lo justo como una misma cosa; pero para él, aun siendo ambos buenos, la diferencia existente entre ellos es que lo equitativo es mejor aún.

Calidad: Es entregar al cliente no lo que quiere, sino lo que nunca se había imaginado que quería y que una vez que lo obtenga, se dé cuenta que era lo que siempre había querido.

Eficiencia: Es consecución de un objetivo sanitario a un mínimo costo.

Participación: Es la acción y efecto de participar (tomar o recibir parte de algo, compartir, noticiar). El término puede utilizarse para nombrar a la capacidad de la ciudadanía de involucrarse en las decisiones políticas de un país o región.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Pluralidad: Será entendida como el hecho que puedan existir y coexistir en ella minorías y mayorías de grupos étnicos culturales que se diferencian entre sí, pero que en cierto punto se unen en el hecho de vivir en el mismo lugar.

Honestidad: Todos los servidores institucionales, laborarán con mística, y apego a la normativa vigente, códigos de ética, moral y en defensa de los intereses institucionales, prevaleciendo estos a los intereses personales.

Organización Administrativa

La reestructuración del Ministerio de Salud Pública, se enmarca en la reforma democrática del estado, proceso que tiene por objeto mejorar la eficiencia, transparencia y calidad de los servicios a la ciudadanía. La estructura orgánica planteada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador se refiere a la descripción por procesos la cual presentamos a continuación:

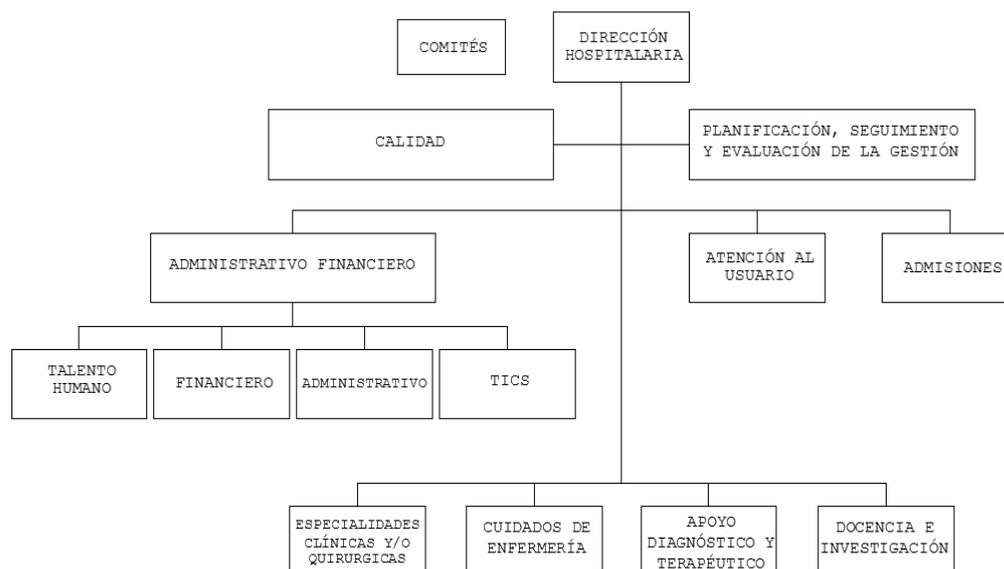


Gráfico N°13. Estructura orgánica por procesos de los hospitales del Ministerio de Salud Pública del Ecuador

FUENTE: Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por procesos de los hospitales del MSP (31/07/2012)

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

CARGO	CANTIDAD
DIRECTORA	1
MÉDICO GENERAL 8H	11
MÉDICO ESPECIALISTA 8H	5
ODONTÓLOGO	1
ASISTENTE DE ODONTOLOGÍA	1
TRABAJADORA SOCIAL	1
NUTRICIONISTA	1
TECNÓLOGO MÉDICO	1
ENFERMERAS	19
AUXILIARES DE ENFERMERÍA	22
ADMINISTRATIVOS	25
LABORATORISTA CLÍNICO	1
AUXILIAR Y ASISTENTE DE LABORATORIO	3
AUXILIAR DE FARMACIA	1
AUXILIAR DE ALIMENTACION	6
TERAPISTA RESPIRATORIO	1
TECNICO EN MANTENIMIENTO	1
CHOFER Y MENSAJERO	2
PSICOREHABILITADOR	1
FISIOTERAPISTA	2
TOTAL	106

Tabla N°15. Recurso humano con del Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román” año 2014

FUENTE: Gestión de Recursos Humanos “HPAVR”

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

Ubicación geográfica y características del lugar

La tabla siguiente nos da un conocimiento de la ubicación y características de donde se encuentra el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez:

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

PAÍS	ECUADOR
PROVINCIA	CHIMBORAZO
CANTÓN	RIOBAMBA
REGIÓN	SIERRA
ZONA	URBANA
PARROQUIA	VELASCO
LATITUD	1° 39' 58'' S
LONGITUD	78° 39' 33'' O
CLIMA	14° C A 23° C
POBLACIÓN	225.741 HABITANTES. (PROYECCIÓN DEL CENSO 2010)
CÓDIGO POSTAL	EC060150
IDIOMA PREDOMINANTE	ESPAÑOL
DISTANCIA A QUITO	183 KM. APROX.
DISTANCIA A GUAYAQUIL	232 . APROX.

Tabla N°16. Ubicación Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

FUENTE: Plano de Riobamba/ www.ecostravel.com › Ciudades & Destinos

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

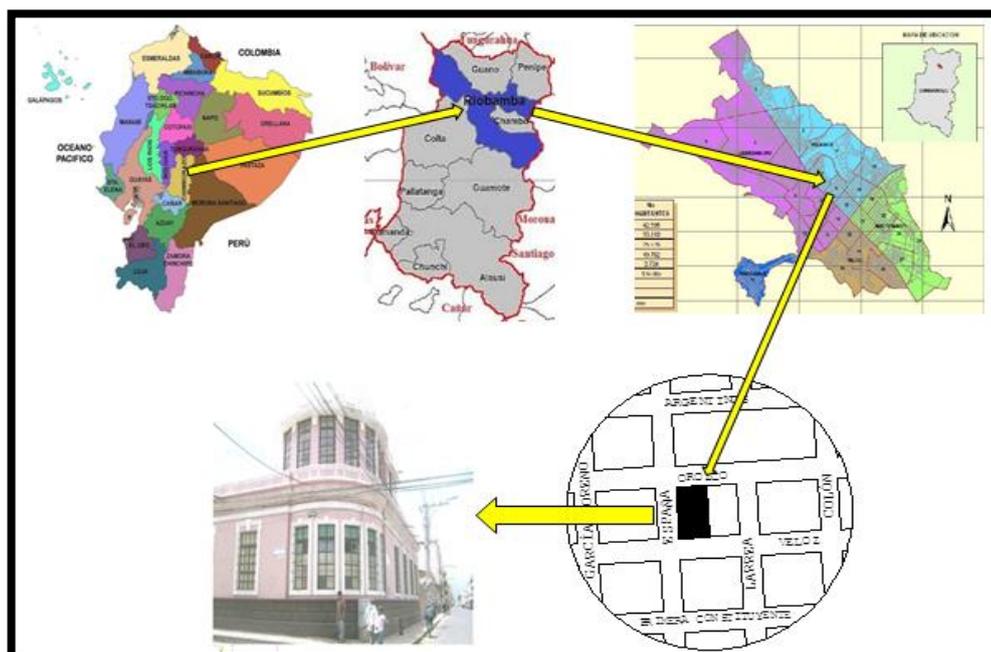


Gráfico N°14. Situación Geográfica del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

FUENTE: Mapas GIR y plano de Riobamba

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Art. 35. Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Art. 280. El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución el presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

Art. 341. El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieren consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria de salud o de discapacidad.

Art. 358 indica “El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional”.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Así también entre otras bases legales en la que se enmarca el hospital tenemos:

- Plan Nacional del Buen Vivir
- MAIS
- Ley Orgánica de la Salud
- Objetivos de desarrollo del Milenio
- Visión y Misión del Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- Constitución de la república del Ecuador
- Ley de servicio civil carrera administrativa y de unificación homologación de remuneraciones del sector público,
- Código de trabajo,
- Reglamento interno
- Manual de funciones M.S.P. Reglamento interno y otras normativas legales vigentes.
- SENRES
- SENPLADES

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H	02/08/2015

Principales Servicios

El Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román es una unidad médica especializada del Ministerio de Salud Pública dirige su atención a personas de 0 a 19 años, de referencia para la zona central del país, que comprende las provincias de Chimborazo, Tungurahua, Cotopaxi, Pastaza, que presta atención médica especializada en:

- Consulta externa (Pediatría, traumatología, odontología)
- Hospitalización
- Emergencia
- Cirugía Pediátrica
- Emergencias
- Neonatología
- Unidad de cuidados intensivos pediátricos

Cuenta con los siguientes servicios de Apoyo:

- Laboratorio
- Imagen
- Farmacia
- Terapia Respiratoria

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/08/2015

ARCHIVO CORRIENTE

Propuesta de Servicio	AC1
Contrato de Prestación de Servicio	AC2
Orden de Trabajo	AC3
Notificación de Inicio del Examen	AC4
Planificación Preliminar	AC5

PROPUESTA DE AUDITORÍA DE CALIDAD

Riobamba, 26 de Abril del 2015

Economista

Mary Pesántez León

GERENTE DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

Riobamba

De nuestra consideración:

De acuerdo a la petición verbal, nos es grato presentarles esta propuesta de auditoría de calidad, para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, año 2014, la cual hemos preparado teniendo en cuenta el alcance de la Auditoría de calidad, las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, normas ISO 9001:2008 y demás disposiciones legales que regulan al hospital.

La naturaleza de nuestro trabajo es la ejecución de una auditoría de calidad con los siguientes objetivos:

- Realizar un plan de auditoría con el fin de dar a conocer todas las actividades que se llevarán a cabo en la ejecución de la auditoría.
- En el caso de existir no conformidades proponer conjuntamente con el equipo auditado las acciones correctivas y preventivas.
- Establecer un plan de acción según los tiempos que los directivos de la Institución consideren conveniente.

Anticipamos nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente;

Lic. Fermín Haro
SUPERVISOR DE DMT AUDITORS

Diana Marcela Tenesaca
AUDITORA DE DMT AUDITORS

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	01/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/08/2015

Contrato de Prestación de Servicios de Auditoría de Calidad

Comparecen a la celebración del presente contrato por una parte el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, Domiciliada en la ciudad de Riobamba, con RUC 0660800990001 representada por la Econ. Mary Pesántez a quien en adelante y para efectos del presente contrato se le denominara CONTRATANTE; y por parte DMT AUDITORS, la Auditora Tenesaca Berrones Diana Marcela con C.I.: 060391513-3, con domicilio principal en la ciudad de Riobamba debidamente autorizada de su propio derecho, quien en adelante se le denominará CONTRATISTA; hemos celebrado el contrato de prestación de servicios profesionales de Auditoría de Calidad que se registrá por las siguientes cláusulas:

Primera – Objeto: La contratista de DMT AUDITORS se obliga a cumplir la labor de la auditoría de calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, período 2014, de acuerdo con lo establecido por la Ley y en un todo de conformidad con la propuesta que presento el Contratante en el mes de Abril del presente de año, que para el efecto de descripción de funciones se considera incorporada al presente contrato.

Segunda – Duración: El presente contrato tendrá vigencia de seis (6) meses, comprendido desde el mes de mayo del 2015 y el mes de Noviembre del 2015, entendiéndose el período sobre el cual se ejecutará el trabajo es el año calendario comprendido entre el 1 de Enero del 2014 y el 21 de diciembre del mismo año. No obstante lo anterior, la contratista de DMT AUDITORS continuó ejerciendo con las labores contratadas sin solución de continuidad hasta tanto no se ha notificado de la intención del CONTRATANTE de dar por terminado el contrato y en todo caso de conformidad con lo estipulado en la cláusula novena de este contrato.

Tercera – Valor y Forma de Pago: El contratante reconocerá a las contratistas independientes, como precio de este contrato y por la sola prestación de servicios descritos en la propuesta de que trata la Cláusula Primera de este documento, honorarios por la suma \$3019,30, los que se pagaran en dólares Americanos.

Cuarto – Designaciones: Para el correcto cumplimiento de sus funciones, la contratista de DMT AUDITORS designaran a las personas que habrán de cumplir de cumplir con

las obligaciones que por este contrato asume, las cuales deben llenar los requisitos que para este tipo de funcionarios exige la ley, entre estas personas y el contratante no existirá ninguna relación de carácter laboral, y por ende, el pago de sus salarios y demás prestaciones sociales es responsabilidad exclusiva de las contratistas independientes.

Parágrafo: Además del citado personal, el contratante designará su nómina los funcionarios que se requieran para que presten su colaboración a la auditoría de calidad.

Quinta – Obligaciones del Contratante: Además de las obligaciones generales derivadas del presente contrato, el Contratante se compromete a a) Prestarle toda colaboración que solicite la contratista independiente facilitándoles todos los documentos o informes para que se requieran para el correcto cumplimiento de sus funciones; b) En caso de documentos que deban ser revisados y/o certificados por la contratista independiente para su posterior presentación a entidades oficiales o particulares, El Contratante se obliga a entregar dichos documentos a la Contratista independiente con no menos de cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de vencimiento de su presentación.

Parágrafo: En caso de incumplimiento de cualesquiera de estas de estas obligaciones por parte del Contratante, en especial la contenida en el literal b) de ésta cláusula, la Contratista de DMT AUDITORS no será responsable por la demora en la presentación de los documentos a las autoridades que lo requieran, pudiendo, además dejar constancia de las salvedades que consideren oportunas y quedando absolutamente libre de responsabilidad por errores u omisiones en que hayan incurrido el Contratante al diligenciar los documentos respectivos.

Sexta – Obligaciones de las Contratistas Independientes: La Contratista de DMT AUDITORS se obliga únicamente y exclusivamente a la realización de las labores descritas en la propuesta presentada al Contratante y son las que corresponden a la auditoría de calidad.

Séptima – Lugar de Presentación del Servicio: El servicio contratado por el Contratante se prestará en la ciudad de Riobamba y se extenderá a otros lugares cuando por razón del servicio contratado se presenten circunstancias que lo requieran.

Octava – Domicilio Contractual: Para todos los efectos las partes acuerdan que sea en el domicilio contractual la ciudad de Riobamba.

Novena – Terminación del Contrato: Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula segunda de este documento, el Contratante podrá dar por terminado este contrato en forma unilateral sujetándose a las siguientes previsiones: a) Antes del cumplimiento del plazo inicial de seis (6) meses pactado, en cualquier momento, pagando a la Contratista de DMT AUDITORS el precio total acordado en la cláusula segunda, el aviso de determinación del contrato debe ser dado a la Contratista independiente con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha efectiva de dicha terminación.

Décima – Dotaciones y Recursos: El Contratante facilitará a su coste a la Contratista de DMT AUDITORS el espacio físico, así como los elementos necesarios requeridos para el desempeño de su labor, tales como equipo de cálculo, mesas, sillas, etc.

Décima Primera – Autonomía de las Contratistas Independientes: En el desarrollo del presente contrato de prestación de servicios profesionales de auditoría de calidad, la Contratista de DMT AUDITORS actúa como tal, realizando la labor encomendada con libertad y autonomía técnica y directiva.

Décima Segunda – Gastos: Los gastos en que se incurra como consecuencia de la celebración del presente contrato, como el pago del impuesto, publicaciones, etc., sea sufragados por partes iguales entre los contratantes.

Otros: Las partes dejan constancia de que por razón de definición de los esquemas operativos, este contrato se firma a la fecha.

Para constancia se firma en la ciudad de Riobamba, a los 25 días del mes de Mayo del 2015.

El Contratante

Contratista DMT AUDITORS

C.I. 010122762-7

C.I. 060391513-3

OFICIO No. 023-CGT-001

Sección: Auditoría Externa

Asunto: **ORDEN DE TRABAJO**

Riobamba, 15 de Junio del 2015

Señorita
Diana Tenesaca
AUDITORA DE DMT AUDITORS

Presente.

En cumplimiento de lo dispuesto en la cláusula II celebrado para la ejecución de la auditoría, autorizo a usted para que realice una Auditoría de Calidad al Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014.

La ejecución de la auditoría deberá cumplir los siguientes objetivos:

- Realizar un diagnóstico situacional que permita establecer la línea base filosófica y el direccionamiento estratégico del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, Año 2014.
- Evaluar la eficacia del sistema de gestión de la calidad con el que cuenta la institución.
- Presentar un informe final de la auditoría de calidad para ayudar a la dirección de la institución de salud a tomar decisiones para la mejora continua.

El equipo de auditoría lo integra la Sra. Diana Tenesaca, Auditora de DMT AUDITORS; el Lic. Fermín Haro, Supervisor de DMT AUDITORS, quienes para la ejecución del examen poseen de 30 días laborables contados a partir del 10 de Agosto del 2015.

Atentamente;

Econ. Mary Pesántez

DIRECTORA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

NOTIFICACIÓN DE INICIO DEL EXAMEN
HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
AUDITORÍA DE CALIDAD

Riobamba, 10 de Agosto del 2015

Economista

Mary Pesántez

DIRECTORA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

Presente.

De nuestra consideración:

De conformidad con lo dispuesto en la cláusula II del contrato celebrado para la ejecución de la auditoría, notifico a usted, que la firma auditora DMT AUDITORS, se encuentra realizando la Auditoría de calidad a las operaciones efectuadas, por el período comprendido entre el 01 de enero al 31 de diciembre de 2014.

Los objetivos del examen son:

- Realizar un diagnóstico situacional que permita establecer la línea base filosófica y el direccionamiento estratégico del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez de la ciudad de Riobamba provincia de Chimborazo, Año 2014.
- Evaluar la eficacia del sistema de gestión de la calidad de la institución.
- Presentar un informe final de la auditoría de calidad para ayudar a la dirección de la institución de salud a tomar decisiones para la mejora continua.

Sírvase proporcionar toda la información a ser requerida por los auditores, a fin obtener elementos de juicio válidos y suficientes que permitan al auditor formar una opinión acerca de la información presentada y dar cumplimiento a los objetivos presentados.

Atentamente,

**DIANA TENESACA
AUDITORA DE DMT AUDITORS**

MEMORANDO DE PLANIFICACIÓN PRELIMINAR
HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
AUDITORÍA DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

1. Antecedentes

La contratación se efectuó el 25 de Mayo del 2015, por el cual la firma de auditoría se compromete a efectuar una Auditoría de Calidad para evaluar el sistema de gestión de calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

2. Alcance

El período a examinar comprende del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014, período dentro del cual se revisará los lineamientos establecidos en la norma con respecto a lo que acontece en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román evaluando su sistema de gestión de calidad.

3. Requerimientos de Auditoría

- Informe de Auditoría de Calidad

4. Personal Encargado

CARGO	NOMBRE
Supervisor	Lic. Fermín Haro
Encargada	Diana Marcela Tenesaca Berrones

5. Días Proyectados

AC5 2/5

En 120 días.

6. Recursos Necesarios para la Auditoría

RECURSOS MATERIALES			
CANTIDAD	MATERIALES	V.U.	V.T.
1	Resma de Hojas	4,80	4,80
2	Portaminas	2,50	5,00
12	Minas	0,30	3,60
4	Lápices Bicolor	0,30	1,20
2	Resaltador	1,00	2,00
1	Caja de Clips	1,00	1,00
2	Borrador	0,30	0,60
2	Regla	1,00	2,00
6	Carpetas	0,30	1,80
4	Anillados	2,00	8,00
2	Empastados	14,00	28,00
350	Copias	0,03	10,50
SUBTOTAL			68,50
RECURSOS TÉCNICOS			
55	Internet (Horas)	0,60	33,00
6	Cd	0,30	1,80
2	Flash Memory 4GB	8,00	16,00
SUBTOTAL			50,80
RECURSOS HUMANOS			
1	Supervisor	1700	1.700,00
1	Encargada	1200	1.200,00
SUBTOTAL			2.900,00
TOTAL			3.019,30

7. Enfoque de la Auditoría

7.1. Objetivos de la Auditoría

- a. Evaluar el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

- b. Comprobar mediante el examen y la evaluación de evidencias objetivas, que el sistema de gestión de calidad es adecuado, y ha sido desarrollado, documentado e implantado en la Institución de acuerdo con los requisitos especificados.

7.2 Alcance de la Auditoría

El período a examinar comprende del 1 de enero al 31 de diciembre del 2014, período dentro del cual se evaluará la naturaleza, extensión y legalidad de los registros, mediante aplicación de las pruebas de auditoría que están previstas en los programas de trabajo para el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

8. Métodos a Utilizarse

Para el desarrollo de la presente Auditoría de Calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román se utilizarán el siguiente método:

- Entrevistas, encuestas.

9. Fechas de Intervención

Inicio Trabajo de Campo	2015-08-10
Finalización de Trabajo de Campo	2015-11-10
Comunicación de Resultados	2015-11-13

10. Referenciación

ARCHIVO PERMANENTE

AP

Información General

AP1

ARCHIVO CORRIENTE

AC

Propuesta de Servicio

AC1

Contrato de Prestación de Servicio	AC2
Orden de Trabajo	AC3
Notificación Inicio del Examen	AC4
Memorando de Planificación Preliminar	AC5
FASE I Conocimiento Preliminar	CP
FASE II Planificación	PA2
FASE III Ejecución	PA3
FASE IV Comunicación de Resultados	CR

11. Marcas de Auditoría

SÍMBOLO	SIGNIFICADO
F	Fuente
✓	Verificado correcto
@	Hallazgo
®	Razonable
★	Cumplimiento

Tabla N°17 Marcas de Auditoria

Elaborado: Autora

12. Abreviaturas

D.M.T.B.	Diana Marcela Tenesaca Berrones
F.H.	Fermín Haro
CP	Conocimiento Preliminar
AP	Archivo Permanente
AC	Archivo Corriente
ESG	Evaluación de Sistema de Gestión de Calidad
HPAVR	Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

13. Técnicas a Aplicarse

AC5 5/5

Las técnicas de auditoría a aplicarse durante el examen de la Auditoría de Calidad Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román son: técnicas de verificación ocular, verbal, analítica, encuestas, entrevistas, observación de actuaciones, muestreo de actividades y revisión de documentos y registro.

14. Colaboración del Personal

La colaboración del personal involucrado en los procesos del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, con la Firma Auditora responsable del informe, será coordinada a través de la Economista Mary Pesántez.

15. Otros Aspectos

El archivo permanente fue creado sobre la base de las visitas preliminares, el mismo que contiene toda la información necesaria y útil para llevar a cabo la Auditoría de Calidad, así como para futuras auditorías. Los Informes de Auditoría y la Carta a la Gerencia se dirigirán a la Economista Mary Pesántez Directora del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

Atentamente,

DIANA TENESACA
AUDITORA DE DMT AUDITORS

4.1.1 FASE I CONOCIMIENTO PRELIMINAR

**HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
PROGRAMA DE AUDITORÍA DE CALIDAD-FASE I
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014**

OBJETIVO GENERAL

Obtener un conocimiento integral del funcionamiento del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adquirir una visión general de la institución.
- Establecer un ambiente de confianza con los miembros de la institución.

N°	PROCEDIMIENTOS	REF P/T	ELABORADO POR	FECHA
1	Evalué el control interno del “HPAVR”	CI	D.M.T.B.	10/08/2015
1	Elabore una cédula narrativa de visita preliminar a la Institución.	CVP	D.M.T.B.	12/08/2015
2	Elabore cuestionario de evaluación Preliminar a Funcionarios y Personal de la Institución.	EPI	D.M.T.B.	15/08/2015
3	Realice el análisis FODA	AF	D.M.T.B.	20/08/2015
4	Elabore el informe correspondiente a la primera fase	IP	D.M.T.B.	23/08/2015

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	08/08/2015
Revisado por:	F.H	09/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 1/10

Componente: Ambiente de Control

Alcance: Integridad y Valores Éticos

Objetivo: Determinar si el “HPAVR” establece valores éticos basados en estándares de conducta.

1. INTEGRIDAD Y VALORES ÉTICOS											
N	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿El hospital cuenta con un código de conducta?	1			1			1			★
2	¿Se cuida la comunicación y fortalecimiento sobre valores?	1			1			1			★
3	¿Sus directivos reflejan una persona digna de imitar?	1			1			1			★
4	¿Existen sanciones para quienes irrespeten los valores y principios éticos?		1			1			1		No existen sanciones @HTH1/2
TOTAL		3	1		3	1		3	1		NO 3 SI 9

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{3}{12} = 25\%$$

Riesgo = 25% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 2/10

Componente: Ambiente de Control

Alcance: Compromiso por la competencia profesional del personal

Objetivo: Evaluar si la dirección se interesa por el grado de competencia profesional y el conocimiento que se requiere en cada área del hospital

2. COMPROMISO DE COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Existen descripciones formales o informales sobre las funciones que comprenden trabajos específicos?	1			1			1			★
2	¿Se analizan los conocimientos y habilidades requeridos para realizar los trabajos adecuadamente?	1			1			1			★
3	¿La casa de salud se preocupa por su superación profesional?		1			1			1		Los empleados lo hacen por sus propios intereses @HTH1/2
4	¿Tiene deseos de superarse para contribuir con el hospital?	1			1			1			★
	TOTAL	3	1		3	1		3	1		NO 3 SI 9

CP = $\frac{CT}{12} * 100 = \frac{3}{12} = 25\%$

CP 12

Riesgo = 25 % Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.E	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 3/10

Componente: Ambiente de Control

Alcance: Estructura Organizativa

Objetivo: Verificar si la estructura organizativa puede controlar eficazmente las actividades que realiza el hospital

3. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿La estructura organizativa del hospital es adecuada?	1			1			1			★
2	¿Las responsabilidades de los directivos son apropiadas?	1			1			1			★
3	¿Los principales directivos poseen los conocimientos necesarios para cumplir con sus responsabilidades?	1			1			1			★
4	¿El organigrama estructural define claramente las líneas de autoridad, responsabilidad y dependencia?	1			1					1	El personal de servicio es indiferente @HTH1/2
5	¿La administración define la estructura organizativa en base a procedimientos de control?	1			1			1			★
6	¿Hay empleados suficientes con capacidad de dirección y supervisión?	1			1				1		El personal indica que existen ocasiones en que no se cumple esta condición. @HTM1/2
	TOTAL	6			6			4	1	1	NO 1 SI 16

$$CP = \frac{CT}{18} * 100 = \frac{1}{18} = 6\%$$

CP 18

Riesgo = 6% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	12/08/2015
Revisado por:	F.E	09/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 4/10

Componente: Ambiente de Control

Alcance: Políticas y prácticas en materia de recursos humanos

Objetivo: Poner en marcha políticas para un mejor reclutamiento del personal.

4. POLITICAS Y PRACTICAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERAC.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Para la selección de personal se convoca a concurso?	1			1			1			★
2	¿Tienen políticas y procedimientos para contratar?	1			1			1			★
3	¿Se procede con la entrevista previa, pruebas de conocimiento y técnicas?	1			1			1			★
4	¿Se averigua sobre las referencias personales y profesionales en el reclutamiento del personal?	1			1			1			★
5	¿Se les incentiva a los empleados a la constante preparación y actualización?	1			1			1			No es constante la preparación y actualización y otro no contestaron. @HTH1/2
TOTAL		5			5			4	1		NO 1 SI 14

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{1}{15} = 7\%$$

Riesgo = 7% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 5/10

Componente: Evaluación del riesgo

Alcance: Objetivos

Objetivo: Acordar si los objetivos están definidos ya que es un punto clave para la valoración de riesgos

5. OBJETIVOS											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Los objetivos del HPAV son claros y conducen a cumplir con las metas?	1			1			1			⊗
2	¿La administración evalúa el desempeño de cada área con relación a la meta institucional?	1			1			1			⊗
3	¿El HPAV tiene establecidos objetivos de beneficio social y de cumplimiento?	1			1			1			⊗
4	¿Es confiable la preparación de los estados financieros?	1			1					1	Lo omiten @HTH1/2
5	¿La entidad cumple con leyes y regulaciones establecidas en el país?	1			1			1			
6	¿Cuándo los objetivos no están siendo cumplidos la administración toma las debidas precauciones?		1			1			1		No se toma las debidas cautelas @HTM1/2
	TOTAL	5	1		5	1		4	1	1	NO 3 SI 14

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{3}{18} = 17\%$$

Riesgo = 17% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 6/10

Componente: Evaluación del riesgo

Alcance: Riesgos

Objetivo: Acordar si los objetivos están definidos ya que es un punto clave para la valoración de riesgos

6. RIESGOS											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Se identifican los riesgos y se discuten abiertamente con la dirección?	1			1			1			★
2	¿Se clasifican los riesgos según el nivel de importancia?	1			1			1			★
3	¿En el proceso de identificación de riesgos se determinan si son internos y externos?	1			1			1			★
4	¿Se recopila y comunica oportunamente la información interna y externa importante a aquellos que deben tomar acción?	1			1			1			No existen actores de apoyo @HTH1/2
5	¿Identificando un riesgo en el área de servicios se involucra a toda la institución para que sea tomado en cuenta?	1			1			1			No lo identifican ★
	TOTAL	5			5			3	2		NO 2 SI 13

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{2}{15} = 13\%$$

Riesgo = 13% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

Componente: Evaluación del riesgo

Alcance: Análisis de riesgos y su proceso

Objetivo: Medir los posibles impactos y consecuencias de los riesgos identificados

7. ANALISIS DE RIESGOS Y SU PROCESO												
N°	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES	
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A		
1	¿Se analizan los riesgos y se toman acciones para mitigarlos?	1				1			1			Lo cumple ☺
2	¿Se valora la probabilidad de ocurrencia del riesgo?	1			1					1		Lo desconocen @HTH2/2
3	¿Para la interpretación del efecto de un riesgo existe un proceso de valoración?	1			1				1			No tiene un proceso de valoración. @HTH2/2
4	¿En caso de cumplirse un determinado riesgo existen medidas de precaución para actuar?	1				1				1		Muy poco en el área de servicio @HTH2/2
TOTAL		4			2	2			1	1	2	NO 3 SI 7

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{3}{12} = 25\%$$

Riesgo =25% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 8/10

Componente: Actividades de control

Alcance: Tipos de actividades de control

Objetivo: Interpretar a los controles preventivos, controles para detectar, controles computarizados y controles administrativos

8. TIPOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL											
N°	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Cada área opera coordinada e interrelacionadamente con las otras áreas del HPAVR?	1			1			1			★
2	¿Para los diversos actos y transacciones en el hospital se tiene primero la autorización de la dirección?	1			1			1			★
3	¿Las transacciones o hechos se registran en el momento de su ocurrencia y se procesan de manera inmediata?	1			1				1		Los de servicio no conocen del tema @HTH2/2
4	¿El acceso a los recursos, activos, registros y comprobantes, está protegido por mecanismos de seguridad y limitado a las personas autorizadas?	1			1			1			★
5	¿Cuenta con indicadores de desempeño para supervisar y evaluar la gestión administrativa y financiera?	1			1			1			★
TOTAL		5			5			4	1		NO 1 SI 14

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{1}{15} = 7\%$$

CP 15

Riesgo = 7% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 9/10

Componente: Información y control

Alcance: Comunicación

Objetivo: Capturar información pertinente, financiera y no financiera, relacionada con actividades internas y externas

9. COMUNICACIÓN											
Nº	PREGUNTAS	DIREC.			OPERAC.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Los datos reciben todo el personal son comunicados con claridad y efectividad?	1			1			1			★
2	¿Existen canales abiertos de comunicación de abajo hacia arriba en la entidad?	1			1			1			★
3	¿La administración mantiene actualizado al directorio del desempeño u ocurrencias del hospital?	1			1			1			★
4	¿Se comunican los aspectos relevantes del control interno de la entidad, y sus responsabilidades?	1			1					1	Se abstienen @HTH2/2
5	¿Los comprobantes de egreso son revisados inmediatamente por contabilidad?	1			1				1		Lo desconocen @HTH2/2
	TOTAL	5			5			3	1	1	NO 1 SI 13

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{1}{15} = 67\%$$

Riesgo =7% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

CUESTIONARIO DE CONTROL INTERNO

CI 10/10

Componente: Supervisión

Alcance: Actividades de monitoreo

Objetivo: Capturar información pertinente, financiera y no financiera, relacionada con actividades internas y externas

10. ACTIVIDADES DE MONITOREO											
N°	PREGUNTAS	DIREC.			OPERA.			SERV.			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	SI	NO	N/A	
1	¿Se supervisa al personal en las actividades regulares que desempeña?	1			1			1			★
2	¿Se realiza verificaciones de registro con la existencia fiscal de recursos?	1			1			1			★
3	¿Se analizan los informes de auditoría?	1			1			1			★
4	¿La dirección analiza una evaluación por sus medios para verificar la situación del hospital?	1			1			1			Se abstienen@ HTH2/2
5	¿Se compara información generada internamente con otra preparada por entidades externas?	1			1			1			★
	TOTAL	5			5			4	1		NO 1 SI 14

$$CP = \frac{CT}{CP} * 100 = \frac{1}{15} = 7\%$$

Riesgo = 7% Es un riesgo bajo

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

Hoja de trabajo conclusiones y recomendaciones para cada componente

AMBIENTE DE CONTROL		
	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
INTEGRIDAD Y VALORES ETICOS	CI1/10@ El hospital cuenta con un reglamento interno, con principios y valores éticos sin embargo no se ha tomado en cuenta como sancionar a quienes incumplen.	Se debe establecer un código interno formal para sancionar el incumplimiento de los valore y principios éticos.
COMPROMISO POR LA COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL	CI2/10@ El hospital no se preocupa por la superación profesional de sus colaboradores	Se debe incentivar al personal para que se supere profesionalmente
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	CI3/10@ La estructura organizativa en el hospital no es adecuada porque en el área de servicio desconocen y las líneas de autoridad responsabilidad y dependencia. Y señalan que hay situaciones en que los encargados de la dirección y conducción no cumplen su condición	Establecer formas para socializar la estructura organizativa y las líneas de autoridad, responsabilidad y dependencia en el área de servicio
POLITICAS Y PRACTICAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS	CI4/10@ No se incentiva a los empleados a sus contante preparación y actualización en el área de servicio	Se recomienda realizar capacitaciones a los empleados de servicio.
EVALUACION DE RIESGOS		
OBJETIVOS	CI5/10@ Los objetivos están actualizados y claramente definidos pero no hay precauciones para los objetivos que no se están cumpliendo y los empleados de servicio se abstienen en emitir un comentario sobre la preparación de estados financieros porque lo desconocen.	La administración deberá tomar acciones para mitigar algún objetivo que no se cumple.
RIESGOS	CI6/10@ En el HPAV no se identifican ni se discuten los riesgos en base a factores internos y externos, al igual que no son comunicados oportunamente. Y cuando hay riesgos en el área de servicio no se involucra a toda la organización	Se debe realizar evaluaciones de control interno periódicas que permitan valorar los riesgos y realizar un análisis de gestión oportuno para la consecución de objetivos

ANÁLISIS DE RIESGOS Y SU PROCESO	CI7/10@ Se analizan los riesgos y se toman acciones correctivas pero en cuenta a la ocurrencia, al proceso de análisis de valoración y a las medida de precaución solo en ciertas áreas no en toda la institución	Para que resulte efectivo el proceso de evaluación de riesgos se debe efectuar un proceso como: identificación de áreas clave, modos de control y establecimiento de responsabilidades
ACTIVIDADES DE CONTROL		
TIPOS DE ACTIVIDADES DE CONTROL	CI8/10@ Las transacciones no se registran de manera inmediata con las relacionadas en el área de servicio	Capacitar al personal del área de servicio sobre la importancia de registrar las transacciones cuando esta ocurre y no después.
INFORMACION Y COMUNICACIÓN		
COMUNICACIÓN	CI9/10@ Entre el departamento de contabilidad y el de administración existe una comunicación adecuada, pero con el área de servicio no es idóneos en lo referente a información financiera. Porque desconocen del tema.	En la institución debe existir una comunicación fluida entre todas las áreas, con el objetivo de identificar cualquier inconveniente a tiempo, permitiendo así tomar las medidas correctivas oportunamente.
SUPERVISION		
ACTIVIDADES DE MONITOREO	CI10/10@ Cadajefe departamental se encarga de supervisar a sus subordinados. En el área de servicio desconocen del tema y se abstienen en hacer comentarios	Se debe realizar reuniones periódicas con el fin de poner en consideración el trabajo de cada departamento y así analizar deficiencias y riesgos encontrados que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

HOJA DE RESULTADOS DE CONTROL INTERNO

Numero de control interno	Porcentaje %
1. Integridad y valores éticos	25
2. Compromiso de competencia profesional del personal	25
3. Estructura organizativa	5
4. Políticas y prácticas en materia de RRHH	11
5. Objetivos	17
6. Riesgos	13
7. Análisis de Riesgos y su proceso	25
8. Tipos de actividades de control	7
9. Comunicación	7
10. Actividades de monitoreo	7
TOTAL	142

$$RT = \frac{\sum \text{Resultados}}{NP} = \frac{142}{10} = 14\%$$

NIVEL DE RIESGO



95%	75%	50%	5%
76%	51%	50%	5%
ALTO	MEDIO	BAJO	

El resultado obtenido según la fórmula a criterio planteada al CONTROL INTERNO DEL HPAV muestra un riesgo BAJO y un nivel de confianza alto con un 86%.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H	12/08/2015

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN**CÉDULA NARRATIVA DE VISITA PRELIMINAR
PERÍODO 2014 NJ**

Se procedió a realizar la visita preliminar el día 10 de Agosto del 2015, atendiendo a la Auditoría de Calidad que se desarrolla en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, en la ciudad de Riobamba, de la cual se pudo observar que existe tres horarios rotativos que son rotados por el personal médico que labora, ahí mientras que el administrativo laboran de 7:30am a 4:00pm con media hora de receso, y las visitas son de lunes a domingo de 2:00pm a 4:00pm.

Se efectuó el recorrido por todas las instalaciones conociendo la forma de operar en cada área, en la que se pudo evidenciar que el personal que labora en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román asiste correctamente uniformado, registran su asistencia, permisos y almuerzo mediante el registro de la huella digital, el hospital ha realizado el respectivo mantenimiento de sus instalaciones y baterías sanitarias.

La Directora de la Institución ingresa a las 8:00 horas y nos manifestó que el personal con el que cuenta es colaborador, activo, creativo, lo que ayuda a que se cumplan con los objetivos y metas que se ha propuesto en la Institución, en lo que respecta a la capacitación del personal manifestó que se lo realiza una vez al año acorde a un plan anual de capacitación y que se mantienen constantes evaluaciones del personal para evaluar su rendimiento y conocimientos.

En lo que respecta a las baterías sanitarias y su limpieza se brinda el mantenimiento correspondiente y oportuno. El hospital cuenta con diferentes áreas de servicio: terapia física, laboratorio, estimulación temprana, farmacia y consulta externa, neonatología, pediatría el segmento al que va dirigido el servicio es para usuarios de 0-19 años.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/08/2015
Revisado por:	F.H.	12/08/2015

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PRELIMINAR

Nombre del Entrevistado: Econ. Mary Pesántez **Día:** 15/08/2015
Cargo: Directora **Hora:** 10:30
Entrevistador: Diana Tenesaca

Objetivo: Obtener información general sobre el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román y el contexto en el que se desenvuelve, para determinar las áreas de mayor énfasis en el examen.

N°	Preguntas	Si	No	N/A	Observaciones
1	¿El enunciado de misión y visión se encuentran claramente definidas?	X			★
2	¿En la institución se encuentra detectadas las fortalezas y debilidades; así como las oportunidades y amenazas en el ambiente de la institución?	X			★
3	¿Existe un buen ambiente de trabajo?	X			★
4	¿Cada departamento cuenta con funciones claramente definidas?	X			★
5	¿Para la contratación del personal, se lo realiza de acuerdo a la creación de nuevos puestos o según las necesidades del hospital?	X			★
6	¿Existe suficiente personal que cubra las necesidades de la Institución?	X			★
7	¿Se realizan reuniones entre los niveles de la Institución para establecer metas, políticas y objetivos?	X			★

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	15/08/2015
Revisado por:	F.H.	17/08/2015

8	¿Existen capacitaciones al personal, en todos los niveles?	X			⊛
9	¿Existen un buen trato por el personal hacia los usuarios de los distintos servicios?	X			⊛
10	¿Se mide la calidad de los servicios prestados, para satisfacer la necesidad del usuario?	X			⊛
11	¿Los diferentes servicios que se prestan, se los realiza bajo un sistema de gestión de la calidad que permitan garantizar la calidad en los mismos?	X			⊛
12	¿Existe una adecuada documentación de los procesos realizados?	X			⊛
13	¿La institución cuenta con un manual de calidad?		X		No existe un manual@
14	¿Se cumple con el debido mantenimiento, planificación, ejecución y mejoras de los servicios ofertados?	X			⊛
15	¿La infraestructura del hospital satisface la demanda de los usuarios?		X		Infraestructura no adecuada@
16	¿Existe seguridad tanto interna como externa en el hospital?	X			⊛
17	¿Se cuenta con sistemas automatizados para el control de ingreso de pacientes al hospital?	X			⊛
TOTAL		15	2		

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	15/08/2015
Revisado por:	F.H.	17/08/2015

NIVEL DE CONFIANZA		NIVEL DE RIESGO	
ALTO	76 AL 95%	BAJO	5 AL 50%
MODERADO	51 AL 75%	MODERADO	51 AL 75 %
BAJO	5 AL 50%	ALTO	76 AL 95%

Tabla N°18 Matriz de Evaluación de Riesgo y Confianza del Hospital

Confianza Total= $\frac{\text{Calificación Total}}{\text{Calificación de Ponderación}}$

Confianza Total= $\frac{15}{17} = 0,8824 = 88,24\%$

Gráfico N°15 Matriz de Evaluación de Riesgo y Confianza del Hospital

RESULTADO

Confianza 88%

Riesgo 12%

Interpretación

De la evaluación preliminar realizada a la gestión administrativa y operativa del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román se determinó que existe un riesgo bajo en la ejecución de la presente auditoría equivalente al 12%, y un nivel de confianza alto correspondiente al 88%.

RESULTADO

Nivel de Confianza - Aceptable

Nivel de Riesgo - Aceptable

Nivel de Impacto - Moderado

Nivel de Probabilidad - Moderado

EVALUACION DEL RIESGO		Impacto			Probabilidad			Nivel de riesgo
		L	M	G	F	M	PF	
N°	Riesgo							
1	No cuenta con un manual de calidad			x	x			Inaceptable
2	La infraestructura no es adecuada para satisfacer las necesidades del usuario		x			x		Aceptable con medidas de control

Tabla N° 19 Evaluación del Nivel de Riesgo

Elaboración: Autora

		F	Inaceptable	Inaceptable	Inaceptable
PROBABILIDAD		M	Moderado	Moderado	Inaceptable
		PF	Aceptable	Moderado	Inaceptable
			L	M	G
		IMPACTO			

Tabla N° 20 Matriz del Nivel de Riesgo

Elaboración: Autora

Nivel de Confianza – Aceptable:

Nivel de Riesgo – Aceptable: Se puede seguir con los procedimientos de rutina y hacer los controles necesarios y oportunos.

Nivel de Impacto – Moderado: requiere de un tratamiento diferenciado

Nivel de Probabilidad – Moderado: puede ocurrir en cualquier momento

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	15/08/2015
Revisado por:	F.H.	17/08/2015

ANÁLISIS FODA

AF 1/7

El objetivo principal del análisis FODA consiste en obtener conclusiones sobre la forma en que el objeto estudiado será capaz de afrontar los cambios y las turbulencias en el contexto, (oportunidades y amenazas) a partir de sus fortalezas y debilidades internas. Ese constituye el primer paso esencial para realizar un correcto análisis FODA.

Tanto las fortalezas como las debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, y solo se puede tener injerencia sobre ellas modificando los aspectos internos.

ANÁLISIS INTERNO

Fortalezas: Son las capacidades especiales con que cuenta el hospital, y que le permite tener una posición privilegiada frente a la competencia.

Debilidades: Son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente.

ANÁLISIS EXTERNO

Oportunidades: Son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la Institución, y que permiten obtener ventajas competitivas.

Amenazas: Son aquellas situaciones desfavorables que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia del Hospital.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Posibilidad de conseguir recursos para propuestas de mejoramiento.	Insatisfacción del usuario por desabastecimiento de fármacos, insumos y materiales.
Satisfacción de los usuarios por atención recibida.	Limitada Cartera de servicios.
Ser categorizado como hospital especializado.	Infraestructura física deficiente.
Presencia de especialistas en neonatología, cirugía y traumatología.	Tecnología poco desarrollada.

Tabla N°21 Análisis Interno

Elaboración: Autora

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Apoyo económico preferencial del gobierno al sector salud.	Limitada información de los usuarios.
Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de la salud para garantizar el acceso a servicios de la salud.	Competencia desleal de otros sectores que no se integran a la red.
Impulso a la capacitación del personal.	Falta de especialistas en la provincia.
Proceso de evaluación del talento humano impulsado por el ministerio de Relaciones Laborales como estrategia de mejoramiento.	Resistencia al cambio dentro del sector.

Tabla N°22 Análisis Externos

Elaboración: Autora

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

ANÁLISIS DE LA MATRIZ FODA – EVALUACIÓN DE FACTORES

Ponderación de Medios Internos

Siguiendo la metodología de la Matriz FODA, se torna importante ponderar y calificar cada uno de los factores internos y externos, con el fin de conocer si el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román es fuerte o débil. La calificación de los medios internos se realizó en base a la siguiente escala:

1 =	Debilidad Importante
2 =	Debilidad Menor
3 =	Equilibrio
4 =	Fortaleza Menor
5 =	Fortaleza Importante

Tabla N° 23 Ponderación de medios internos

Elaboración: Autora

La ponderación se obtiene al asignar un valor (entre 1 y 5) a cada variable (fortalezas y debilidades) en función de su importancia.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

N°	FACTORES INTERNOS CLAVES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO
				PONDERADO
FORTALEZAS				
1	Posibilidad de conseguir recursos para propuestas de mejoramiento.	0,12	4	0,48
2	Satisfacción de los usuarios por atención recibida.	0,13	4	0,52
3	Ser categorizado como hospital especializado.	0,12	5	0,60
4	Presencia de especialistas en neonatología, cirugía y traumatología.	0,12	5	0,60
DEBILIDADES				
5	Insatisfacción del usuario por desabastecimiento de fármacos, insumos, materiales y equipo médico actualizado.	0,13	1	0,13
6	Limitada Cartera de servicios.	0,12	1	0,12
7	Infraestructura física deficiente.	0,13	2	0,26
8	Tecnología poco desarrollada.	0,13	2	0,26
TOTAL		1,00		2,97

Tabla N° 24 Matriz de Ponderación de Medios Internos

FUENTE: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román

ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

El resultado de la ponderación de los medios internos (fortalezas y debilidades) es de 2,97 el cual indica que el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román presenta una debilidad menor casi llegando a un equilibrio.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

Ponderación de Medios Externos

AF 5/7

De igual forma se deben ponderar y calificar los factores del entorno (oportunidades y amenazas) con el fin de que el hospital tenga la información necesaria de las fuerzas o variables externas relevantes que puedan afectar su gestión.

1 =	Amenaza Importante
2 =	Amenaza Menor
3 =	Equilibrio
4 =	Oportunidad Menor
5 =	Oportunidad Importante

Tabla N°25 Ponderación de medios externos

Elaboración: Autora

Igual que en la ponderación de los medios internos, las variables exógenas (oportunidades y amenazas) se ponderan, asignando valor (entre 1 y 5) a cada variable en función de su importancia.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

AF 6/7

N°	FACTORES EXTERNOS CLAVES	PONDERACIÓN	CALIFICACIÓN	RESULTADO
				PONDERADO
OPORTUNIDADES				
1	Apoyo económico preferencial del gobierno al sector salud.	0,13	5	0,65
2	Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de la salud para garantizar el acceso a servicios de la salud.	0,13	4	0,52
3	Impulso a la capacitación del personal.	0,12	4	0,48
4	Proceso de evaluación del talento humano impulsado por el ministerio de Relaciones Laborales como estrategia de mejoramiento.	0,12	4	0,48
AMENAZAS				
5	Limitada información de los usuarios.	0,13	1	0,13
6	Competencia desleal de otros sectores que no se integran a la red.	0,12	1	0,12
7	Falta de especialistas en la provincia.	0,13	1	0,13
8	Resistencia al cambio dentro del sector.	0,12	2	0,24
TOTAL		1,00		2,75

Tabla N°26 Matriz de ponderación de Medios Externos

FUENTE: Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román
ELABORADO POR: Diana Marcela Tenesaca Berrones

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

Del análisis de medios externos, se obtiene un resultado de 2,75 lo que permite determinar que el Hospital, posee una amenaza menor, lo que indica que tiene más oportunidades que amenazas.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

Riobamba, 20 de Agosto del 2015.

Economista

Mary Pesántez

**DIRECTORA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ
ROMÁN**

Presente.

De nuestra consideración:

Al concluir con la fase de diagnóstico preliminar nos permitimos emitir el siguiente informe, con algunas sugerencias para solucionar las falencias encontradas en la Institución que a continuación detallamos:

1.-Cartera de Servicios

El hospital no cuenta con suficiente cartera de servicios, es limitando el acceso al mismo.

Recomendación N°1

Al Departamento Administrativo

Establecer y proponer al Ministerio de Salud Pública proyectos de mejora con respecto a la ampliación de servicios de salud, de manera que se brinde una atención integral y de calidad a los niños.

2.- Tecnología

El hospital carece de un adecuado plan de equipamiento y reequipamiento médico, informático, maquinaria y equipo en general. @ HA3/4

Recomendación N°2

Al Departamento Administrativo

La gestión de equipamiento de instrumentos y maquinaria necesaria para la atención médica de los niños se enmarcada por el Ministerio de salud Pública, por tal motivo se

debe solicitar al mismo la dotación de equipamiento de maquinaria e instrumentos necesarios para una buena atención de calidad a la niñez.

3.- Estructura física

La estructura física con la que cuenta el hospital no satisface las necesidades y demanda de atención de los niños.

Recomendación N°3

Al Departamento Administrativo

La estructura física con la que cuenta el hospital carece de espacio físico adecuado, por lo que se recomienda realizar las gestiones pertinentes en el Ministerio de Salud Pública y ver si existe la posibilidad de una reubicación.

4.- Abastecimiento de Fármacos

El hospital cubre cierto porcentaje de demanda de fármacos es decir hay insumos, y medicina que necesitan los niños para su recuperación, sin embargo lo tienen que adquirir externamente ya que el hospital no cubre con la totalidad de fármacos que son demandados por el usuario del servicio. @ HA3/4

Recomendación N°4

Al Departamento Financiero

Dar a conocer al Ministerio de Salud Pública sobre el desabastecimiento de fármacos en el hospital y proponer un sistema de distribución financiera que asegure la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos.

5.- Integridad y valores éticos

El hospital cuenta con un reglamento interno, con principios y valores éticos sin embargo no se ha tomado en cuenta como sancionar a quienes incumplen.

Recomendación N°5

Al Departamento de Talento Humano

Se debe establecer un código interno formal para sancionar el incumplimiento de los valores y principios éticos.

6.- Compromiso por la competencia profesional del personal

El hospital no se preocupa por la superación profesional de sus colaboradores

Recomendación N°6

Al Departamento de Talento Humano

Se debe incentivar al personal para que se supere profesionalmente

7.- Estructura organizativa

La estructura organizativa en el hospital no es adecuada porque en el área de servicio desconocen y las líneas de autoridad responsabilidad y dependencia. Y señalan que hay situaciones en que los encargados de la dirección y conducción no cumplen su condición

Recomendación N°7

Al Departamento de Talento Humano

Establecer formas para socializar la estructura organizativa y las líneas de autoridad, responsabilidad y dependencia en el área de servicio

8.- Políticas y prácticas en materia de recursos

No se incentiva a los empleados a su constante preparación y actualización en el área de servicio

Recomendación N°8

Al Departamento de Talento Humano

Se recomienda realizar capacitaciones a los empleados de servicio.

9.- Objetivos

Los objetivos están actualizados y claramente definidos pero no hay precauciones para los objetivos que no se están cumpliendo y los empleados de servicio se abstienen en emitir un comentario sobre la preparación de estados financieros porque lo desconocen.

Recomendación N°9

A la Directora

La administración deberá tomar acciones para mitigar algún objetivo que no se cumple.

10.- Riesgos

En el HPAV no se identifican ni se discuten los riesgos en base a factores internos y externos, al igual que no son comunicados oportunamente. Y cuando hay riesgos en el área de servicio no se involucra a toda la organización

Recomendación N°10

A la Directora

Se debe realizar evaluaciones de control interno periódicas que permitan valorar los riesgos y realizar un análisis de gestión oportuno para la consecución de objetivos

11.- análisis de riesgos y su proceso

Se analizan los riesgos y se toman acciones correctivas pero en cuenta a la ocurrencia, al proceso de análisis de valoración y a las medida de precaución solo en ciertas áreas no en toda la institución

Recomendación N°11

A la Directora

Para que resulte efectivo el proceso de evaluación de riesgos se debe efectuar un proceso como: identificación de áreas clave, modos de control y establecimiento de responsabilidades

12.- Tipos de actividades de control

Las transacciones no se registran de manera inmediata con las relacionadas en el área de servicio

Recomendación N°12**Al Departamento Financiero**

Capacitar al personal del área de servicio sobre la importancia de registrar las transacciones cuando esta ocurre y no después.

13.- Comunicación

Entre el departamento de contabilidad y el de administración existe una comunicación adecuada, pero con el área de servicio no es idóneos en lo referente a información financiera. Porque desconocen del tema.

Recomendación N°13**A la Directora**

En la institución debe existir una comunicación fluida entre todas las áreas, con el objetivo de identificar cualquier inconveniente a tiempo, permitiendo así tomar las medidas correctivas oportunamente.

14.- Actividades de monitoreo

Cada jefe departamental se encarga de supervisar a sus subordinados. En el área de servicio desconocen del tema y se abstienen en hacer comentarios

Recomendación N°14**A la Directora**

Se debe realizar reuniones periódicas con el fin de poner en consideración el trabajo de cada departamento y así analizar deficiencias y riesgos encontrados que permitan cumplir con los objetivos institucionales.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	20/08/2015
Revisado por:	F.H.	22/08/2015

4.1.2 FASE II PLANIFICACIÓN

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
PROGRAMA DE AUDITORÍA DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

OBJETIVO GENERAL

Analizar la información y documentación obtenida, para tener los elementos necesarios que permitan la estructuración de la planificación de la auditoría.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el cumplimiento de las políticas y procedimientos definidos, de conformidad con los requisitos de las normas ISO 9001:2008.
- Evaluar el sistema de gestión de calidad del hospital.

N°	PROCEDIMIENTOS	REF P/T	ELABORADO POR	FECHA
1	Evalúe como se lleva a cabo el sistema de gestión de calidad en la Institución.	ESG	D.M.T.B.	28/08/2015
2	Determine criterios, herramientas y estándares para evaluar el sistema de gestión actual.	DC	D.M.T.B.	04/09/2015

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	26/08/2015
Revisado por:	F.H.	27/08/2015

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

Nº	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
1	¿La institución ha establecido, documentado e implantado un Sistema de Gestión de Calidad?	X			Se ha establecido el SGC pero no está documentado e implementado @H 1/4
2	¿Se encuentra documentado los objetivos y políticas de calidad?	X			
3	¿Existe un manual de calidad en el que se establezcan procesos y procedimientos del sistema de gestión de calidad?		X		Actualmente no se cuenta con un manual de calidad definido@
4	¿Existe un procedimiento para el control de documentos?	X			El procedimiento no está definido, pero si realizan control a los documentos que están en su base.
5	¿Se comunica a la institución la importancia de satisfacer tanto los requisitos de los usuarios como los legales y reglamentarios?	X			
6	¿La política de calidad es adecuada al propósito de la institución?	X			

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	28/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/09/2015

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

N°	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
7	¿La política de calidad es adecuada al propósito de la institución?	X			
8	¿Los objetivos de la calidad son medibles y coherentes con la política de la calidad?	X			
9	¿La institución cuenta con espacio de trabajo adecuado, servicios de apoyo y equipos necesarios para la prestación del servicio?		X		Faltan equipos nuevos y con tecnología más avanzada. @
10	¿La institución mantiene un sistema de comunicación en el que se tome en cuenta las quejas y sugerencias de los usuarios?	X			
11	¿Se presta el servicio bajo condiciones controladas mediante la Norma ISO?		X		Poco frecuente@
12	¿La institución ha implementado procesos de seguimiento, medición, análisis y mejoras para asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de calidad?		X		No se ha realizado el respectivo seguimiento@

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	28/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/09/2015

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

Nº	PREGUNTAS	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES
		SI	NO	N/A	
13	¿Se realiza el seguimiento de información relativo a la percepción del usuario con respecto al servicio recibido en la institución?	X			
14	¿Se toman acciones necesarias para controlar servicios no conformes?	X			
15	¿Se recopilan y analizan datos apropiados para demostrar eficacia en el sistema de gestión de calidad?		X		No hay un sistema de calidad debidamente implantando como señala la norma. @
TOTAL		10	5	0	

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	28/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/09/2015

Cuadro N° Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad

CUMPLE	66,67 %
NO CUMPLE	33,33 %

Tabla N°27 Evaluación del S.G.C.

Elaborado: Autora

Gráfico N° Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad



Gráfico N° 16 Evaluación del S.G.C.

Elaborado: Autora

Al aplicar el presente cuestionario para la evaluación al Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, dio como resultado; se puede evidenciar que en un 66, 67% cumple con los requisitos de la norma ISO y en un 33,33% no cumple. Por tal razón se deben tomar medidas correctivas y preventivas según sea el caso.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	28/08/2015
Revisado por:	F.H.	02/09/2015

DETERMINACIÓN DE CRITERIOS HERRAMIENTAS Y ESTÁNDARES

CRITERIOS, HERRAMIENTAS Y ESTÁNDARES PARA EVALUAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		
Criterios	Herramientas	Estándares
Aquellos aspectos no medibles del proceso que interesa evaluar.	Instrumentos empleados que nos permitirá detectar falencias en los distintos servicios y las causas por las que se están generando.	Aplicación de la normalización internacional de estandarización ISO 9001:2008
Aplicación	Aplicación	Aplicación
De acuerdo con las Normas ISO permite realizar una comparación entre la situación real del hospital versus otro similar.	Para la presente investigación se emplearán entrevistas y encuestas.	Normas ISO 9001:2008, requerimientos.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	04/09/2015
Revisado por:	F.H.	07/09/2015

4.1.3 FASE III EJECUCIÓN

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
PROGRAMA DE AUDITORÍA DE CALIDAD: ÁREA ADMINISTRATIVA
DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2014

OBJETIVO GENERAL

Determinar el cumplimiento del sistema de calidad de manera eficiente en cuanto a la prestación del servicio y evaluar su efectividad e idoneidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar si el sistema de Gestión de Calidad con que cuenta el hospital está conforme a las Normas ISO 9001:2008.
- Aportar Información para la mejora continua del sistema de gestión de calidad.

N°	PROCEDIMIENTOS	REF. P/T	REALIZA	FECHA
1	Realizar encuesta a los usuarios que reciben el servicio.	EU	D.M.T.B.	10/09/2015
2	Elaborar un análisis comparativo entre la situación actual de la institución y lo que manifiesta la normas ISO 9001:2008.	AC	D.M.T.B.	16/09/2015
3	Elaborar una hoja de no conformidades del sistema de gestión de calidad.	HNC	D.M.T.B.	21/09/2015
4	Elaborar una hoja de hallazgos.	HA	D.M.T.B.	29/09/2015

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B.	08/09/2015
Revisado por:	F.H.	09/09/2015

TABULACIÓN ENCUESTA REALIZADA A LOS USUARIOS QUE RECIBEN EL SERVICIO

Para la realización de la presente encuesta se ha tomado en cuenta como universo 3000 usuarios atendidos por mes, el número de personas como resultado de la aplicación de la fórmula muestral es 353 usuarios.

Datos:

- Población (N_1) : 3000
- El número 4 : Coeficiente de confiabilidad para el 94% de nivel de confianza
- p y q : Son las probabilidades de éxito y fracaso
- E : Es el error seleccionado de 5

Fórmula:

$$n = \frac{4Np.q}{E^2 (N-1) + 4 p.q}$$

$$n = \frac{4(3000) (50) (50)}{5^2 x (3000-1) + 4 (50) (50)}$$

$$n = 353 \quad (\text{valor redondeado})$$

El tamaño de la muestra es de 353 usuarios del servicio.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

1. ¿Está de acuerdo con la gestión que se viene desarrollando en el hospital?

GESTIÓN HOSPITAL		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	283	80,17
NO	70	19,83
TOTAL	353	100,00

Tabla N°28 Gestión Del Hospital

Elaborado: Autora

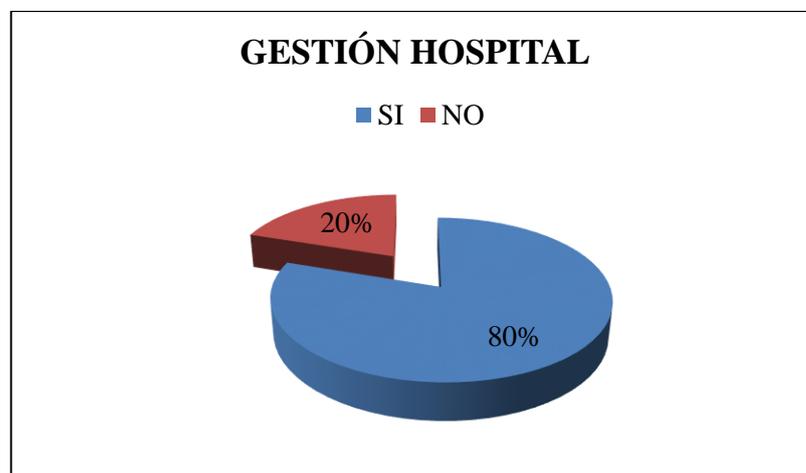


Gráfico N°17 Gestión Del Hospital

Elaborado: Autora

Interpretación

Con respecto a la pregunta sobre la gestión que se viene desarrollando en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román, el 80% está de acuerdo con ello, mientras que un 20% opina que NO, que se debe mejorar. @ HA 4/4

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

2. ¿Cómo calificaría la atención que recibe del personal que labora en el hospital?

ATENCIÓN RECIBIDA		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
EXCELENTE	70	19,83
BUENA	212	60,06
REGULAR	70	19,83
MALA	1	0,28
TOTAL	353	100,00

Tabla N°29 Atención recibida del Personal

Elaborado: Autora



Gráfico N°18 Atención recibida del Personal

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta aplicada a los usuarios del servicio, con respecto a la presente pregunta el 20% respondieron que la atención recibida en el hospital por parte del personal que labora ahí es excelente, mientras que un 60% respondió que es buena y el otro 20% afirmó que es regular.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

3. ¿A su criterio el servicio que brinda el hospital es?

SERVICIO BRINDADO		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
EXCELENTE	71	20,11
BUENA	247	69,97
REGULAR	35	9,92
MALA	0	0,00
TOTAL	353	100,00

Tabla N°30 Servicio que brinda el hospital

Elaborado: Autora

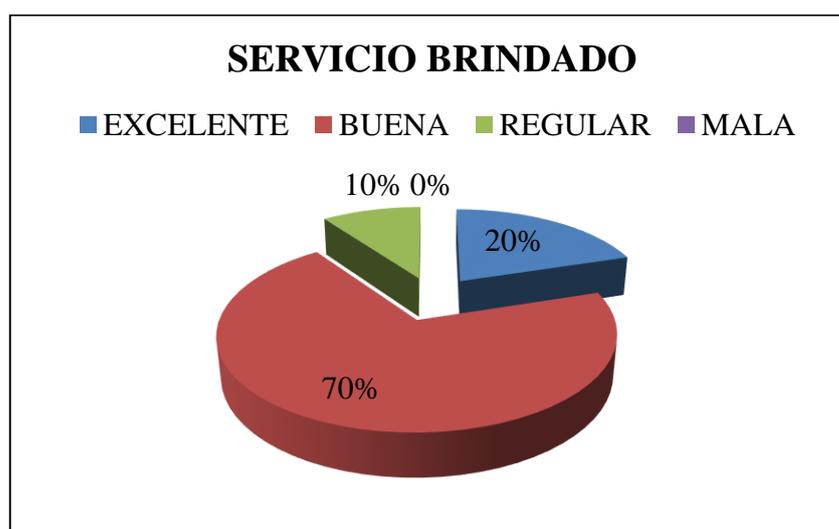


Gráfico N°19 Servicio que brinda el hospital

Elaborado: Autora

Interpretación

Del total de los encuestados, con respecto al servicio que brinda el hospital un 20% consideran que es excelente, el otro 70% recalca que es bueno, y un 10% señala que es regular, pues mencionan que debe seguir mejorando e implementando acciones necesarias para su óptimo desarrollo.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

4. ¿Conoce usted los diferentes servicios que brinda el hospital?

CARTERA DE SERVICIOS		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	212	60,06
NO	141	39,94
TOTAL	353	100,00

Tabla N°31 Cartera de Servicios

Elaborado: Autora



Gráfico N°20 Cartera de Servicios

Elaborado: Autora

Interpretación

De la encuesta aplicada a los usuarios del servicio, con respecto a la presente pregunta acerca de si es que conoce los diferentes servicios que brinda el hospital, el 60% contestó que SI mientras que el 40% de los encuestados respondió que NO, que hace falta más difusión y publicidad de los servicios.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

5. ¿A su juicio y criterio personal el hospital cuenta con infraestructura adecuada?

INFRAESTRUCTURA		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	195	55,24
NO	158	44,76
TOTAL	353	100,00

Tabla N°32 Infraestructura del Hospital

Elaborado: Autora

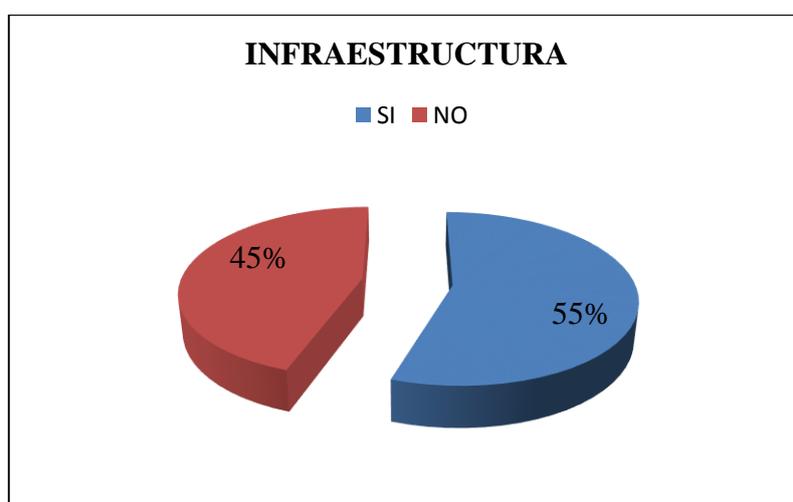


Gráfico N°21 Infraestructura del Hospital

Elaborado: Autora

Infraestructura

De la encuesta aplicada a los usuarios que acceden al servicio de salud, con respecto a la presente pregunta el 55% del total de encuestados está de acuerdo con la infraestructura del hospital, mientras que en un 45% opinan que NO, que debería ampliarse puesto que es espacio no es idóneo.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

6. ¿El hospital cuenta con equipamiento médico óptimo para satisfacer sus necesidades?

EQUIPAMIENTO		
ALTERNATIVAS	N° ENCUESTADOS	%
SI	247	69,97
NO	106	30,03
TOTAL	353	100,00

Tabla N°33 Equipamiento del Hospital

Elaborado: Autora



Gráfico N°22 Equipamiento del Hospital

Elaborado: Autora

Interpretación

Del total de las personas encuestadas con respecto a si el hospital cuenta con equipamiento óptimo para satisfacer sus necesidades, el 70% respondió que SI, mientras que el 30% contestó que NO, mencionan que existen ciertos instrumentos y equipos que ya están en deterioro y que hace falta la adquisición de nuevos equipos y sobretodo con tecnología más desarrollada.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

7. ¿El hospital le ha proporcionado insumos y medicamentos suficientes necesarios para su tratamiento?

MEDICAMENTOS		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	282	79,89
NO	71	20,11
TOTAL	353	100,00

Tabla N°34 Medicamentos suficientes

Elaborado: Autora

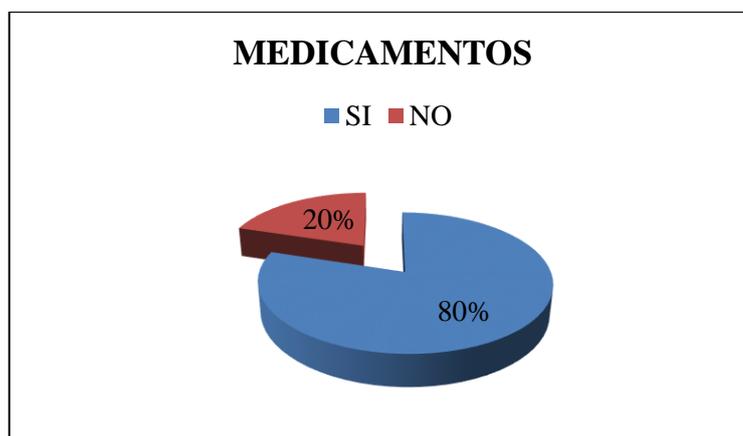


Gráfico N°23 Medicamentos suficientes

Elaborado: Autora

Interpretación

Del total de las personas encuestadas con respecto a si el hospital cuenta con insumos y medicamentos suficientes y necesario para el tratamiento de los pacientes, el 80% respondió que SI, mientras que el 20% contestaron que NO, que a veces existe desabastecimiento de medicamentos.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

8. ¿Considera usted que la atención que recibe es inmediata y oportuna?

ATENCIÓN MÉDICA		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	300	84,99
NO	53	15,01
TOTAL	353	100,00

Tabla N°35 Atención Médica

Elaborado: Autora

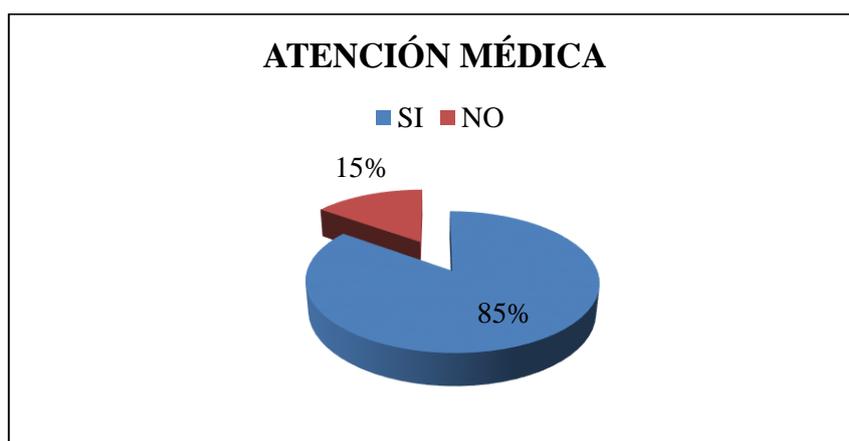


Gráfico N°24 Atención Médica

Elaborado: Autora

Interpretación

Del total de los encuestados, con respecto a la pregunta de si la atención recibida es inmediata y oportuna el 85% respondió que SI; mientras que el 15% contestó que NO, que a veces han tenido que esperar por la demanda de salud.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

9. ¿Acudiría nuevamente y recomendaría los servicios del hospital?

RECOMENDARÍA EL SERVICIO		
ALTERNATIVAS	Nº ENCUESTADOS	%
SI	325	92,07
NO	28	7,93
TOTAL	353	100,00

Tabla N°36 Recomendaría el Servicio

Elaborado: Autora



Gráfico N°25 Recomendaría el Servicio

Elaborado: Autora

Interpretación

Del total de las personas encuestadas, con respecto a si acudirían nuevamente al hospital y si recomendarían el servicio, el 92% respondió que SI, mientras que un 8% contestó que no, señalaron que hace falta mejorar y ampliar sus servicios y que no todo el personal brinda una atención adecuada.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	10/09/2015
Revisado por:	F.H.	13/09/2015

Sistema de gestión de calidad determinado por las normas ISO 9001:2008 contra la situación real del Hospital

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
4. Sistema de gestión de calidad			
4.2. Requisitos de la documentación			
El hospital tiene claro los procedimientos a desarrollar, lo han sustentado mediante flujogramas, pero no cuenta con un manual de calidad definido y documentado.	<p>4.2.1 Generalidades</p> <p>La documentación del sistema de gestión de calidad debe contener:</p> <p>e) Las política y de objetivos de calidad deben estar documentadas</p> <p>f) Un manual de la calidad.</p> <p>g) Los procedimientos documentados y los requisitos requeridos por esta Norma.</p>	Para que un SGC funcione idóneamente el hospital debe hacer énfasis en mantener un sistema de documentación adecuado y debidamente documentado en cualquier formato o tipo de medio.	Se recomienda a la administración definir y mantener un manual de calidad que incluya el alcance del SGC, los procedimientos documentados y una descripción de la interacción entre los procesos del SGC.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
5. Responsabilidad de la Dirección			
La alta dirección del hospital mantiene un compromiso con el Sistema de Gestión de calidad sin embargo deben tomarse medidas correctivas y designar a alguien que dé seguimiento al mismo.	<p>5.1 Compromiso de la Dirección</p> <p>La alta dirección debe dar fe de su compromiso de desarrollar e implementar el SGC.</p> <p>Informar a la organización la importancia de satisfacer al cliente y cumplir con los requisitos legales y reglamentarios.</p> <p>Definiendo las políticas de calidad.</p> <p>Implantando los objetivos de la calidad.</p> <p>Efectuar revisiones por la dirección.</p> <p>Contar con recursos necesarios.</p>	El hospital carece de ciertos requisitos establecidos en la norma.	Se recomienda a la máxima autoridad tomar medidas correctivas, dar el respectivo seguimiento al sistema y mantener un compromiso de mejora.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
5.2 Enfoque al cliente			
El hospital confirma que las necesidades de los usuarios se satisfacen con la prestación de los servicios que el hospital oferta.	<p>5.2 Enfoque al cliente</p> <p>La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente de acuerdo a:</p> <p>7.2.1 La organización debe determinar:</p> <p>a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.</p> <p>b) Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,</p> <p>c) Los requerimientos legales y reglamentarios aplicables al producto, y</p> <p>d) Cualquier requisito adicional que la organización considere necesario.</p> <p>8.2.1 Satisfacción del cliente</p> <p>La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización</p>	Es primordial y de mucha importancia que el hospital satisfaga las necesidades del cliente y que cumpla estrictamente con la norma.	Es fundamental que la Dirección tome en cuenta de las necesidades de los clientes, y busque la forma de satisfacerlas pensando siempre en brindar servicios de calidad y que este sea oportuna.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
5.3 Política de calidad y 5.4 Planificación			
La alta dirección tiene el compromiso de mantener y difundir la política y objetivos de calidad	<p>5.3 La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:</p> <p>a) es adecuada al propósito de la organización;</p> <p>b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del SGC;</p> <p>c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad;</p> <p>d) es comunicada y entendida dentro de la organización; y</p> <p>e) es revisada para su continua adecuación.</p> <p>5.4 Planificación</p> <p>5.4.1 Objetivos de la calidad</p> <p>La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto se establece en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de calidad.</p>	Es importante que se difunda la política y objetivos de calidad en todos los niveles.	La dirección debe designar una persona que dentro de sus funciones se encuentre vigilando el cumplimiento del SGC.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
5.6 Revisión por la dirección			
El SGC no se ha revisado ni internamente o por terceras personas	5.6.1 La alta dirección debe revisar el SGC de la organización, a intervalos planificados, para asegurar de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.	El hospital no ha efectuado revisiones como establece la norma	La dirección debe hacer revisiones planificadas del SGC para asegurarse de su conveniencia y adecuación y eficacia del sistema.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
6 Gestión de los Recursos			
El hospital maneja sus recursos en base a la disponibilidad presupuestal que manejen	<p>6.1 Provisión de recursos</p> <p>La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:</p> <p>*Implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia.</p> <p>*Aumentar la satisfacción del cliente el cumplimiento de sus recursos.</p>	Falta mejorar, pues existe desabastecimiento de fármacos, que no satisfacen a los usuarios.	Es fundamental que la Dirección se acoja a los requisitos de la norma ISO, para que el sistema de gestión de calidad actúe de manera eficaz y mejorar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de sus requisitos.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
6.3 Infraestructura			
El hospital cuenta con infraestructura deficiente, pues cuenta con equipos médicos poco desarrollados, falta equipos con tecnología más avanzada y amplitud del espacio físico.	La organización debe determinar proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye cuando sea aplicable: *Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados. *Equipo para los procesos. *Servicios de apoyo.	Falta mejorar el sistema de gestión de calidad, para lograr conformidad con los requisitos del servicio.	Se recomienda a la Dirección del hospital buscar estrategias y presentar un proyecto de mejora al Ministerio de Salud Pública para la dotación de equipos médicos modernos y así mejorar la calidad en el servicio.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
7. Realización del Producto			
El hospital manifiesta que el servicio brindado se lo realiza bajo condiciones controladas.	<p>7.5.1 Control de la prestación del servicio</p> <p>Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:</p> <p>*La disponibilidad de información que describa las características del producto.</p> <p>*La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.</p> <p>*El uso del equipo apropiado.</p> <p>*La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.</p>	Existe control de los procesos en la prestación del servicio, pero este debe ser llevado acorde a cómo lo sugieren las normas ISO.	Es necesario que se lleve un adecuado control bajo las condiciones mencionadas por las normas ISO, para asegurar la calidad del servicio brindado a los usuarios.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

Comparativo de la situación real del HPAVR versus Requisitos de la Norma ISO 9001:2008			
HPAVR	Norma ISO 9001	Conclusión	Recomendación
8. Medición, análisis y mejora			
El hospital no ha implementado procesos de seguimiento, medición, análisis y mejoras para asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de calidad.	La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora, necesarios para: *Demostrar la conformidad con los requisitos del producto. *Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de calidad. *Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de calidad.	No existe un procedimiento de mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de calidad que garantice la satisfacción de los usuarios del servicio.	Se recomienda realizar un análisis documental, estadístico y corregir falencias detectadas, y posteriormente el respectivo seguimiento a los procesos para garantizar eficacia en el sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente.

	INICIALES	FECHA
Elaborado por:	D.M.T.B	16/09/2015
Revisado por:	F.H.	19/09/2015

HNC 1/4

 Lista de Verificación Hoja de No Conformidades		Fecha 21/09/2015	
Nº	Referencia	Conformidad	Observaciones
4	Sistema de Gestión de Calidad		
4.2	Requisitos de la documentación	Parcial	El hospital mantiene reglamentos Internos que son difundidos a los empleados para que desarrollen eficientemente sus actividades y así tener control de sus procesos, pero de acuerdo a la norma ISO 90012008, el hospital debe contar con documentación definida para su sistema de gestión de calidad como lo son las políticas y manual de calidad. @ HA2/4
5	Responsabilidad de la Dirección		
5.1	Compromiso de la Dirección	Parcial	La Dirección se compromete a desarrollar íntegramente el sistema de gestión de calidad así como la mejora continua de su eficacia.

 Lista de Verificación Hoja de No Conformidades			Fecha 21/09/2015
N°	Referencia	Conformidad	Observaciones
5.2	Enfoque al cliente	Parcial	La dirección ha cumplido parcialmente tomando en cuenta las leyes y reglamentos que rigen al hospital para cumplir lo más posible los requerimientos del usuario
5.3	Política de calidad	Parcial	La dirección debe comunicar la política de calidad a todos los niveles de la organización ya que la política de calidad debe ser entendida por todos.
5.4	Planificación	No	La dirección debe planificar revisiones de los objetivos de la calidad y estos deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.
5.6	Revisión por la dirección	No	La Dirección se compromete a gestionar revisiones íntegramente del sistema de gestión de la calidad para la mejora continua.

 Lista de Verificación Hoja de No Conformidades			Fecha 21/09/2015
Nº	Referencia	Conformidad	Observaciones
6	Gestión de los recursos		
6.1	Provisión de los recursos	Parcial	La Dirección del Hospital ha realizado todas las gestiones pertinentes sin embargo el presupuesto asignado no ha cubierto todas las necesidades en cuanto a mejoramiento de equipos médicos, pero procurará aumentar la satisfacción del usuario mediante el cumplimiento de sus requisitos y así mejorar el sistema de gestión de calidad.
6.3	Infraestructura	Parcial	El hospital ha realizado el mantenimiento correspondiente, sin embargo es necesario la ampliación de su espacio físico puesto que es pequeño y no adecuado para brindar un servicio de mayor satisfacción al usuario.

HNC 4/4

 Ministerio de Salud Pública		Lista de Verificación Hoja de No Conformidades		Fecha 21/09/2015
Nº	Referencia	Conformidad	Observaciones	
7	Realización del Producto			
7.5.1	Control de la Producción y de la prestación del servicio	Parcial	La gestión que se ha venido desarrollando en el hospital en cuanto al control de los procesos, no ha sido conforme a los requisitos establecidos por las normas ISO, más se han considerado los reglamentos internos de la institución.	
8	Medición, análisis y mejora			
8.1	Generalidades	No	El hospital no ha desarrollado ni implementado procesos de seguimiento necesarios para asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de calidad y su mejora continua.	

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

HA 1/4

HOJA DE HALLAZGOS

DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2014

1. Inadecuado desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad			
CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO
<p>ESG1/4 El hospital tiene un sistema de gestión de calidad no debidamente estructura e implementado.</p>	<p>La norma ISO 9001:2008, Literal 4.1 Requisitos generales menciona que la organización tiene que implementar, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y corregir consecutivamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta norma.</p>	<p>Sistema de gestión de calidad poco eficiente.</p>	<p>El hospital cuenta con un sistema de gestión de calidad no eficiente, ocasiona que el usuario tenga una percepción negativa con respecto al servicio recibido.</p>
CONCLUSIÓN		RECOMENDACIÓN	
<p>El hospital no mantiene un sistema de gestión de calidad eficiente, no es conforme a las Normas ISO 9001:2008</p>		<p>A la Directora del hospital designar un comité de calidad encargado de la implementación, manejo y seguimiento del sistema de gestión de calidad en la institución.</p>	

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

HOJA DE HALLAZGOS

DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2014

HA 2/4

2. Inadecuado control y desarrollo de los procesos

HNC1/6

2. Inadecuado control y desarrollo de los procesos			
CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFECTO
El hospital tiene claro los procedimientos a desarrollar, pero no se los realiza acorde a como lo señala las normas ISO.	La norma ISO 9001:2008, Literal 4.2.1 Generalidades La documentación del sistema de gestión de calidad debe contener: Las política y de objetivos de calidad deben estar documentadas, un manual de la calidad y los procedimientos documentados y los requisitos requeridos por esta Norma.	Falta de un manual de calidad claramente definido para la institución.	No se puede determinar, ni llevar un adecuado control de la secuencia e interacción de los procesos que se realizan en el hospital en los diferentes servicios ofertados.
CONCLUSIÓN		RECOMENDACIÓN	
No se determina criterios necesarios que permita determinar la secuencia de los procesos desarrollados en la institución.		A la Directora del hospital determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación a través de la institución.	

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

HOJA DE HALLAZGOS

DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2014

HA 3/4

3. Desabastecimiento de recursos			
CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO
<p>IP 1-2/2</p> <p>El hospital carece de insumos suficientes para cubrir con las necesidades de los usuarios, así como de equipos e instrumentos con tecnología más desarrollada</p>	<p>La norma ISO 9001:2008, Literal 6.1 Provisión de recursos. La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para: Implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y mejorar continuamente su eficacia.</p>	<p>El presupuesto asignado por el Estado no cubre la totalidad de demanda de insumos y adquisición de equipos médicos nuevos.</p>	<p>Insatisfacción en el usuario por la carencia de insumos y servicio brindado en la institución.</p>
CONCLUSIÓN		RECOMENDACIÓN	
<p>Desabastecimiento insumos y equipo necesarios para el tratamiento de los usuarios.</p>		<p>A la Directora conjuntamente con el departamento financiero realizar gestiones correspondientes para obtener una mayor asignación presupuestaria para la institución que cubra la adquisición de insumos y equipos modernos.</p>	

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN

HOJA DE HALLAZGOS

DEL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE 2014

HA 4/4

4. Insatisfacción por parte de los usuarios			
CONDICIÓN	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO
<p>EU 2-10/10</p> <p>De acuerdo a la encuesta aplicada a los usuarios se pudo evidenciar que en cierto porcentaje no están conformes con la gestión desarrollada en la institución.</p>	<p>Las Normas ISO 9001:2008 procuran que el cliente se sienta satisfecho por el producto o servicio recibido, para lo cual debe la institución acogerse a los requisitos definidos para implantar un sistema de gestión de calidad eficaz.</p>	<p>Se manejado un sistema de gestión de calidad que no está acorde como lo señalan las normas ISO.</p>	<p>Insatisfacción en los usuarios por el servicio brindado por la institución, ocasionando una visión negativa de la misma.</p>
CONCLUSIÓN		RECOMENDACIÓN	
<p>No se maneja un sistema de gestión de calidad eficaz que genere satisfacción en el usuario por los servicios brindados.</p>		<p>A la Directora se recomienda tomar acciones correctivas y de mejora conjuntamente con el comité que se delegue para que se encargue del mejoramiento continuo y seguimiento del sistema de gestión de calidad en la institución.</p>	

4.1.4 FASE IV COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Riobamba, 06 de Octubre del 2015

Economista

Mary Pesántez

DIRECTORA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ
ROMÁN DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA

Presente.

CARTA DE PRESENTACIÓN

De nuestra consideración:

Se ha efectuado la Auditoría de calidad que comprendía el estudio y análisis, mediante la aplicación de Normas ISO 9001:2008 y de otras técnicas de auditoría por el período comprendido 2014.

En el Informe que se adjunta constan los resultados obtenidos en base al análisis efectuado, incluyendo las respectivas recomendaciones que de seguro serán para beneficio de la Institución.

Atentamente,

Diana Tenesaca

AUDITORA DE DMT AUDITORS

INFORME DE DMT AUDITORS

1. Hemos efectuado el examen de Auditoría de calidad al Hospital Pediátrico “Alfonso Villagómez Román, período 2014 mediante un estudio y evaluación de del sistema de gestión de calidad. Nuestra responsabilidad consiste en emitir una opinión sobre la seguridad razonable en cuanto al logro y cumplimiento del sistema de gestión de calidad.

2. Nuestra Auditoría fue efectuada de acuerdo a las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas en el Ecuador y la utilización de normas internacionales de estandarización ISO 9001:2008 que incluyen en el examen.

3. En nuestra opinión el sistema de gestión de calidad que posee el hospital es débil, puesto que no cumple a cabalidad con los requisitos mencionados en las Normas ISO y no ha sido implantado debidamente, lo que ocasiona insatisfacción en los usuarios que reciben el servicio.

Al desarrollar la presente Auditoría de Calidad en el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román se muestran a continuación las siguientes conclusiones y recomendaciones correspondientes:

Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad

El hospital no posee un sistema de gestión de calidad debidamente estructura e implementado.

El hospital no mantiene un sistema de gestión de calidad eficiente, no es conforme a las Normas ISO 9001:2008

A la Directora del hospital

R1: Designar un comité de calidad encargado de la implementación, manejo y seguimiento del sistema de gestión de calidad en la institución.

Control y desarrollo de los procesos

El hospital tiene claro los procedimientos a desarrollar, pero no se los realiza acorde a como lo señala las normas ISO.

No se determina criterios necesarios que permita determinar la secuencia de los procesos desarrollados en la institución.

A la Directora del hospital

R2: Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de calidad y su aplicación a través de la institución.

Abastecimiento de recursos

El hospital carece de insumos suficientes para cubrir con las necesidades de los usuarios, así como de equipos e instrumentos con tecnología más desarrollada

Desabastecimiento insumos y equipo necesarios para el tratamiento de los usuarios.

A la Directora y al Director Financiero

R3: Realizar las gestiones correspondientes para obtener una mayor asignación presupuestaria para la institución que cubra la adquisición de insumos y equipos modernos, para mayor satisfacción en la atención brindada a los usuarios.

Nivel de satisfacción por parte de los usuarios

De acuerdo a la encuesta aplicada a los usuarios se pudo evidenciar que en cierto porcentaje no están conformes con la gestión desarrollada en la institución.

No se maneja un sistema de gestión de calidad eficaz que genere satisfacción en el usuario por los servicios brindados.

A la Directora del Hospital

R4: Tomar acciones correctivas y de mejora conjuntamente con el comité que se delegue para que se encargue del mejoramiento continuo y seguimiento del sistema de gestión de calidad en la institución.

Integridad y valores éticos

El hospital cuenta con un reglamento interno, con principios y valores éticos sin embargo no se ha tomado en cuenta como sancionar a quienes incumplan los antes mencionados.

No existen sanciones a quienes incumplan los valores éticos

Al jefe de recursos humanos

R5: Establecer un código interno formal para sancionar el incumplimiento de los valores y principios éticos.

Estructura organizativa

La estructura organizativa en el hospital cumple parcialmente porque en el área de servicio desconocen la estructura organizativa y las líneas de autoridad responsabilidad y dependencia

El área de servicio desconoce la estructura organizativa y las líneas de autoridad responsabilidad y dependencia

Al jefe de recursos humanos

R6: Establecer formas para socializar la estructura organizativa y las líneas de autoridad, responsabilidad, comunicación y dependencia en el área de servicio

Evaluación de riesgos- Objetivos

Los objetivos del hospital están actualizados y claramente definidos pero no hay precauciones para los objetivos que no se están cumpliendo

No hay precauciones o métodos para detectar los objetivos que no se están cumpliendo

A la Directora del Hospital

R7: Tomar acciones para mitigar y corregir el o los objetivo/s que no está cumpliendo según lo planificado.

Evaluación de riesgos- Riesgos

En el HPAV no se identifican ni se discuten los riesgos en base a factores internos y externos, al igual que no son comunicados oportunamente.

No se identifican ni se discuten los riesgos en base a factores internos y externos, y no se comunican oportunamente

A la directora del hospital

R8: Realizar evaluaciones de control interno periódicas que permitan valorar los riesgos y realizar un análisis de gestión oportuno para el logro de objetivos

Análisis de riesgos y su proceso

La ocurrencia, al proceso de análisis de valoración y a las medidas de precaución solo se efectúa en ciertas áreas.

Efectuar un análisis de la ocurrencia, del proceso de análisis de valoración y a las medidas de precaución en todas las áreas de la organización

A la directora del hospital

R9: Para que resulte efectivo el proceso de evaluación de riesgos se debe efectuar un proceso como: identificación de áreas clave, modos de control y establecimiento de responsabilidades

Diana Tenesaca

AUDITORA DE DMT AUDITORS

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

- Mediante la realización de la Auditoría de Calidad, se efectuó un diagnóstico de la situación actual, permitiendo conocer el hospital y su funcionamiento, como instrumento directriz para el desarrollo de las actividades.
- El hospital no cuenta con un sistema de gestión de calidad idóneo, es débil puesto que no cumple con todos los requisitos mencionados en las Normas ISO, ocasionando que no se dé un adecuado control y seguimiento a las actividades desarrolladas.
- Durante la ejecución de la Auditoría de Calidad se emplearon encuestas, entrevistas, check list y demás herramientas que ayudaron a evaluar el sistema de gestión de calidad de la institución.
- El desarrollo del presente proyecto de tesis permitió demostrar las habilidades, destrezas y conocimientos adquiridos durante el período de la carrera. Enfrentar una experiencia real, prepara a los nuevos profesionales en el campo de desempeño, y enfrentar con éxito los retos que se presenten en la vida profesional.

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Delegar un comité de auditoría de calidad en el hospital, para asegurar que se cumplan los requisitos aplicables y que se logre el incremento de la satisfacción de los clientes, a través de una planificación de la calidad, el seguimiento al sistema y la asignación de recursos.
- ✓ Efectuar un control y seguimiento de la utilización de los recursos del hospital de manera periódica, esto permitirá tomar acciones de manera oportuna, incrementando el grado de satisfacción en los usuarios por el servicio recibido.
- ✓ Documentar los requisitos del usuario, los del hospital, los legales necesarios para la entrega del servicio, la realización de las actividades que aseguren la satisfacción de los requisitos del cliente, asegurando que el control de los procesos y actividades desarrolladas sean eficaces y eficientes.
- ✓ Implementar las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos y efectuar un seguimiento a la aplicación de las recomendaciones planteadas, con el fin de determinar que se estén propiciando los resultados adecuados, y se promueva la mejora continua del sistema de gestión de calidad del hospital.

BIBLIOGRAFÍA Y WEBLIOGRAFÍA

- Amado Suárez, A. (2008). Auditoría de comunicación. Buenos Aires: La Crujía.
- Blanco, Y. (2012). Auditoría Integral. 3ª ed. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- COOK, J. & Winkle, G. (1996). Auditoría (3ª ed.). México: McGrawhill
- Sanchez Curiel, G. (2006). Auditoría de Estados Financieros. 2ª ed. Mexico: Pearson
- Ecoglobal. (2006). El auditor de calidad. Madrid: Fundacion Confemetal.
- Maldonado, E. (2011). Auditoria de Gestión. 4ª ed. Quito: Abya Yala
- Contraloria General del Estado. Manual General de Auditoría Gubernamental. (2003). Quito :C.G.E.
- Keith Denton, D. (1989). Calidad en el servicio a los clientes. Madrid: Diaz de Santos S.A.
- Murillo, E. (Marzo de 2013). La Función del Auditor. AOB News.
- Vargas Sabadías, A. (1996). Estadística Descriptiva e Inferencial. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

INTERNET

- Gestiopolis. (2000). Tecnicas de Auditoría. Obtenido de <http://www.gestiopolis.com/tecnicas-de-auditoria/>
- ISO. 2008. ISO 9001 Requisitos. Obtenido de <http://www.iso.org/iso/home.html>
- ISO. 23 de febrero de 2008. ISO 19011. Londres, Reino Unido. International Organization for Standardization. Obtenido de <http://www.iso.org/iso/home.html>
- ISO. 15 de 11 de 2011. ISO19011. (International Organization for Standardization. Obtenido de www.iso.org/iso/home.html

Monografias. Puga-Bianca. 2012. Historia e importancia de la calidad.Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos75/historia-importancia-calidad/historia-importancia-calidad.shtml>

Saenz, E. 2014.Importancia de las ISO 900.Obtenido de: www.muyhistoria.es/curiosidades/preguntas-respuestas/que-son-las-normas-iso-641381741552

Ministerio de Salud, (2015). Implementacion de la calidad Hospital de Riobamba. Obtenido de <http://hospitalriobamba.gob.ec>

ANEXOS 1

HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN ENCUESTA APLICADA A EMPLEADOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO PERÍODO 2014

1. ¿El hospital cuenta con una estructura orgánica definida que permita establecer una adecuada comunicación?

SI NO

2. ¿Las funciones que ejecutan los empleados se encuentran establecidos dentro de un manual de funciones?

SI NO

3. ¿Cree usted que el desarrollo de un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas puede contribuir a mejorar la gestión interna del hospital?

SI NO

4. ¿Recibe capacitación especializada acorde a un Plan de Capacitación establecido por el Hospital?

SI NO

5. ¿Cree usted oportuno el accionar de la máxima autoridad en la solución de conflictos internos?

SI NO

6. ¿Cree usted que la aplicación de indicadores permitirá evaluar el cumplimiento de los objetivos?

SI NO

7. ¿Considera usted que con la realización de una Auditoría de calidad a los servicios hospitalarios, el hospital mejoraría su sistema de gestión de calidad y se aportaría información para su mejora continua?

SI NO

8. ¿Cree usted que los diferentes servicios que ofrece el Hospital constituyen una fortaleza para la misma?

SI NO

9. ¿Cree usted que el informe de Auditoría de Calidad permitirá a la máxima autoridad tomar acciones de mejora para el desarrollo continuo del Hospital?

SI NO

ANEXO 2
HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PRELIMINAR
PERÍODO 2014

Nombre del Entrevistado:

Día:

Cargo:

Hora:

Entrevistador:

Objetivo: Obtener información general sobre el Hospital Pediátrico Alfonso Villagómez Román y el contexto en el que se desenvuelve, para determinar las áreas de mayor énfasis en el examen.

Nº	Preguntas	Si	No	Observaciones
1	¿El enunciado de misión y visión se encuentran claramente definidas?			
2	¿En la institución se encuentra detectadas las fortalezas y debilidades; así como las oportunidades y amenazas en el ambiente de la institución?			
3	¿Existe un buen ambiente de trabajo?			
4	¿Cada departamento cuenta con funciones claramente definidas?			
5	¿Para la contratación del personal, se lo realiza de acuerdo a la creación de nuevos puestos o según las necesidades del hospital?			
6	¿Existe suficiente personal que cubra las necesidades de la Institución?			
7	¿Se realizan reuniones entre los niveles de la Institución para establecer metas, políticas y objetivos?			

8	¿Existen capacitaciones al personal, en todos los niveles?			
9	¿Existen un buen trato por el personal hacia los usuarios de los distintos servicios?			
10	¿Se mide la calidad de los servicios prestados, para satisfacer la necesidad del usuario?			
11	¿Los diferentes servicios que se prestan, se los realiza bajo un sistema de gestión de la calidad que permitan garantizar la calidad en los mismos?			
12	¿Existe una adecuada documentación de los procesos realizados?			
13	¿La institución cuenta con un manual de calidad?			
14	¿Se cumple con el debido mantenimiento, planificación, ejecución y mejoras de los servicios ofertados?			
15	¿La infraestructura del hospital satisface la demanda de los usuarios?			
16	¿Existe seguridad tanto interna como externa en el hospital?			
17	¿Se cuenta con sistemas automatizados para el control de ingreso de pacientes al hospital?			

ANEXO 3
HOSPITAL PEDIÁTRICO ALFONSO VILLAGÓMEZ ROMÁN
CUESTIONARIO REALIZADO A USUARIOS DEL SERVICIO
PERÍODO 2014

1. ¿Está de acuerdo con la gestión que se viene desarrollando en el hospital?

SI NO

2. ¿Cómo calificaría la atención que recibe del personal que labora en el hospital?

ALTERNATIVAS	RESPUESTA
EXCELENTE	
BUENA	
REGULAR	
MALA	

3. ¿A su criterio el servicio que brinda el hospital es?

ALTERNATIVAS	RESPUESTA
EXCELENTE	
BUENA	
REGULAR	
MALA	

4. Conoce usted los diferentes servicios que brinda el hospital?

SI NO

5. ¿A su juicio y criterio personal el hospital cuenta con infraestructura adecuada?

SI NO

6. ¿El hospital cuenta con equipamiento médico óptimo para satisfacer sus necesidades?

SI NO

7. ¿El hospital le ha proporcionado insumos y medicamentos suficientes necesarios para su tratamiento?

SI NO

8. ¿Considera usted que la atención que recibe es inmediata y oportuna?

SI NO

9. ¿Acudiría nuevamente y recomendaría los servicios del hospital?

ANEXO 4

Norma ISO 9001:2008	SISTEMA DE GESTION DE LA HOSPITAL PEDIATRICO ALFONSO RIOBAMBA 2014 REQUISITOS	
------------------------------------	--	---

INTRODUCCION

Esta norma establece los requisitos básicos para una adecuada gestión de calidad, ambiente, seguridad y salud ocupacional

Esta es una herramienta de gestión para optimizar el uso de recursos, asegurar los resultados planificados e iniciar el camino a la mejora continua y excelencia en los procesos de prestación de servicios hospitalarios a los usuarios.

Esta norma se estructura en base a las crecientes necesidades del sector salud para dotar servicios de calidad a un segmento cada vez más exigente.

La emisión y aplicación de esta norma es importante en cuanto motiva a la institución de salud a la mejora continua siendo una iniciativa integradora entre los aspectos de calidad, sostenibilidad de la organización, cuidado y preservación del ambiente, así como la prevención de riesgos que podrían afectar a las personas involucradas.

Al aplicar esta norma, la institución de salud conseguirá identificar las no conformidades y oportunidades de mejora en los aspectos mencionados y trabajar sobre estas desviaciones con el fin de tener una gestión efectiva y sostenible.

OBJETO

Esta norma establece los requisitos generales de un sistema de gestión para la calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo en establecimientos de la salud.

- demostrar su capacidad para proporcionar servicios médicos que satisfagan los requisitos legales aplicables y a los requisitos expresados por los usuarios,

- contar con un marco de referencia para la optimización y mejora de los servicios,
- implementar prácticas de prevención de riesgos, y
- aumentar la satisfacción de los usuarios.

CAMPO DE APLICACION

El establecimiento de salud que aplique esta norma puede mejorar su eficiencia, eficacia y calidad.

REFERENCIAS NORMATIVAS

Los siguientes documentos, en su totalidad o en parte, son referidos en este documento y son indispensables para su aplicación. Para referencias fechadas, solamente aplica la edición citada. Para referencias sin fecha, aplica la última edición del documento de referencia (incluyendo cualquier enmienda).

ISO 9000, Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario

PRINCIPIOS GENERALES

Documentación

La dirección debe establecer, documentar y mantener actualizado un sistema de gestión integrado para la calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo que describa los procesos y responsabilidades para asegurar el cumplimiento de las actividades operativas del servicio. Debe disponer de:

- normativa legal vigente que aplica a las actividades.
- los procedimientos e instrucciones de trabajo que aseguren la calidad en los servicios prestados por el establecimiento y el cumplimiento de la norma,
- los programas requeridos por la presente norma,
- los registros que evidencien la realización de las actividades controladas y requeridas en esta norma y en los procedimientos,
- el manual de gestión integrada para la calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo o un documento equivalente que describa:

- la ejecución de los elementos de esta norma,
- la política para la calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo integrada o Independiente,
- la estructura de la organización y
- referencia a los procedimientos del sistema de gestión dispuestos por la organización.

Compromisos y Responsabilidades

Compromisos y responsabilidades de la dirección

La dirección del establecimiento debe asumir la responsabilidad del servicio ofrecido y la implementación efectiva de las herramientas de gestión necesarias para asegurar que se cumplan los procesos y los objetivos de calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo.

La dirección debe comprometerse en:

- demostrar la implementación, mantenimiento y mejora del sistema de gestión integrado,
- disponer de evidencias de cumplimiento de la legislación y reglamentos pertinentes,
- informar a los integrantes de la organización sobre la importancia de satisfacer las necesidades del cliente y el cumplimiento de los requisitos legales aplicables,
- establecer, definir y comunicar políticas y objetivos en los aspectos de calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo en el marco de la sostenibilidad,
- proveer de los recursos necesarios para la implementación del sistema de gestión integrado, y
- realizar revisiones periódicas del sistema de gestión integrado.

Responsable del sistema de gestión

La dirección debe designar y documentar a una/as persona/s que asuman la responsabilidad y aseguren el cumplimiento del sistema de gestión integrado. Debe/n ser responsable/s de:

- asegurar que el sistema de gestión integrado sea implementado y mantenido efectivamente,
- comunicar a la dirección los resultados de la gestión incluyendo las no conformidades y oportunidades de mejora,
- facilitar a las partes interesadas autorizadas, el acceso a la documentación del sistema de gestión integrado,
- asegurar la capacitación y adiestramiento del personal para la gestión de los procesos, manejo de indicadores y documentación del sistema,
- establecer reuniones periódicas con el personal para resolver asuntos operativos, oportunidades de mejora en la calidad, discrepancias entre turnos y puestos, quejas y recomendaciones. Se debe registrar los resultados de estas reuniones.

NOTA. La dirección puede ejercer la función de responsable del sistema de gestión parcial o totalmente.

Control de documentos

La organización debe elaborar y mantener una lista de control de documentos para el sistema de gestión integrado y asegurar que:

- los documentos estén aprobados por quien defina la dirección antes de su puesta en práctica,
- los documentos estén disponibles y correspondan a las versiones vigentes, y
- los documentos obsoletos estén controlados para evitar su uso no intencionado.

Control de registros

La organización debe documentar y mantener una lista de control para los registros del sistema de gestión y que defina:

- la identificación,
- quien elabora,
- donde se archiva,
- que tiempo y como se conservan.

El acceso a los registros para consulta debe ser sencillo y deben mantenerse legibles.

Política del sistema de gestión

La dirección debe documentar y establecer la/las políticas de calidad, ambiente, seguridad y salud en el trabajo integradas o individuales.

Esta política debe ser:

- adecuada al propósito u objeto social de la organización,
- relacionada a los objetivos y necesidades de los usuarios,
- integrada con el compromiso del cuidado ambiental, la prevención de riesgos y la mejora continua,
- conocida por el personal de la organización y publicada para las partes interesadas.

Objetivos.

La dirección debe establecer los objetivos del sistema de gestión relacionados con las políticas. Los objetivos del sistema de gestión deben ser:

- documentados,
- medibles y
- monitoreados a través de indicadores.
- corresponder a los principales servicios prestados.

Identificación de los procesos

La organización debe identificar en un diagrama los procesos de dirección, prestación de servicios y de soporte a la gestión.

Planificación de los recursos

La dirección debe asegurar que se planifican los recursos, se documentan e implementan programas con el detalle de:

- acciones,
- responsables,
- plazos y
- recursos necesarios para alcanzar los objetivos del sistema de gestión, así como cumplir los requisitos legales aplicables.

La dirección debe desarrollar y poner en marcha un programa que de evidencia de un compromiso de participación con la comunidad local.

Revisión del sistema

El sistema de gestión de la calidad debe ser revisado por la dirección al menos una vez al año para asegurar su mejoramiento. La información a revisar comprende:

- resultados de las auditorías o verificaciones,
- resultados de la medición de la satisfacción del usuario,
- resultados del manejo de quejas y sugerencias reportadas por las partes interesadas,
- resultados de los objetivos del sistema de gestión y sus indicadores,
- cumplimiento de programas,
- estado de las acciones correctivas,
- cumplimiento del plan de capacitación y adiestramiento del personal,
- asuntos pendientes de revisiones anteriores, y
- cambios internos o externos que pudieran afectar al sistema de gestión de calidad.

El resultado de la revisión por parte de la dirección debe registrarse

RECURSOS

Recursos humanos

La organización debe:

- establecer y documentar los puestos de trabajo y sus responsabilidades en la organización,
- establecer y documentar las competencias necesarias de los puestos de trabajo considerando la educación, formación y habilidades;
- asegurar la profesionalización o la certificación de la competencia laboral del personal según los requisitos legales vigentes,
- disponer como mínimo de una persona para el contacto con los usuarios,
- establecer responsabilidades para la supervisión de calidad de servicio y la atención de quejas o sugerencias del cliente,
- definir reglas documentadas de cortesía y trato a los clientes,
- documentar el proceso de reclutamiento y selección de personal,
- realizar y documentar la inducción del personal nuevo, considerar en esta actividad al menos: política, objetivos, reglamentos internos y procesos aplicables;
- realizar y documentar la capacitación y adiestramiento en al menos: manejo de emergencias, prácticas ambientales, prevención de riesgos laborales y servicio a los usuarios;

Durante la gestión de recursos humanos considerar la igualdad de oportunidades de empleo a los residentes locales y de ascenso a todos los empleados.

Comunicación interna

La organización debe definir y establecer un sistema de comunicación interna para asegurar que el personal conozca:

- los resultados del servicio,
- la satisfacción de los usuarios,
- política y objetivos de calidad
- los comentarios y sugerencias de las partes interesadas.

Infraestructura

Generalidades

La organización debe:

- mantener en perfecto estado la infraestructura y asegurar el cumplimiento de la reglamentación correspondiente a su clase y categoría,
- cumplir las regulaciones ambientales y de seguridad exigidas por la autoridad competente,
- asegurar la armonía con el entorno,
- mantener y respetar las características de acuerdo a la temática y ambientación cuando la oferta del servicio lo especifique.

NOTA. Se recomienda poseer instalaciones adecuadas para personas con capacidades especiales.

Entrada

La organización debe asegurar que la entrada del establecimiento cuente con:

- las condiciones adecuadas para la seguridad, acceso, iluminación y señalética
- información visible sobre los servicios ofertados, nombre del establecimiento, aforo y horarios de atención;
- acceso adecuado para proveedores.

Iluminación y ventilación

La organización debe asegurar un ambiente confortable, iluminado, limpio y no contaminado de olores con la instalación, operación y mantenimiento de sistemas de iluminación, ventilación, extracción y/o acondicionamiento de aire. Los niveles de ruido deben estar dentro de los límites requeridos por la legislación ambiental.

Infraestructura para el servicio

La organización debe asegurar una infraestructura para el servicio funcional, limpia y confortable con elementos necesarios, esto incluye:

- renovar las instalaciones, equipos, mobiliario.

- contar permanentemente con suficientes fármacos, equipos y materiales médicos,
- disponer el uso en perfecto estado de las instalaciones, mobiliario y equipos médicos y tecnológicos

Servicios sanitarios

Respecto de los servicios sanitarios, la organización debe:

- contar con servicios independientes e identificados por género,
- limpiar y mantener periódicamente, asegurando su higiene y desinfección antes, durante y después de la prestación del servicio, registrar las acciones de limpieza;
- asegurar la renovación del aire con un sistema de ventilación natural o forzado acorde al tamaño y condiciones de las baterías sanitarias;
- contar con urinarios, inodoros con tapas, lavabos, espejos, iluminación, jabón líquido, basureros con tapa, rollos de papel higiénico en sus dispensadores, secador de aire caliente y/o dispensador de toallas de papel con su correspondiente basurero.

Área de almacenamiento

La organización, en relación al área de almacenamiento de víveres e insumos, debe asegurar:

- espacios diferenciados, señalizados, independientes y adecuados para el almacenamiento de víveres e insumos perecederos, no perecederos, productos e insumos médicos.

GESTION DEL SERVICIO

Prestación del servicio

Comunicación y comercialización

- En la comunicación y comercialización, la organización debe asegurar:
- aplicar reglas de cortesía y trato con el usuario;

- el fácil acceso a la información y los documentos relacionados con las condiciones del servicio ofertado,
- proveer sin ambigüedad a los clientes las condiciones de la prestación del servicio y condiciones de uso de las instalaciones en castellano y en otro idioma quichua;
- informar de prácticas de protección ambiental adoptadas por la organización;

Oferta de servicios

En cuanto a la oferta la dirección debe:

- planificar periódicamente la oferta,
- mantener registros sobre la estadística de la demanda de los servicios a fin de realizar los cambios y mejoras;

Generalidades del servicio

La organización debe asegurar que se delegue a un responsable del servicio durante el horario de la prestación y que el personal que estará en contacto con el cliente este limpio y uniformado.

Recepción

La organización debe implementar y documentar un instructivo de trabajo para la recepción de los usuarios que incluya:

- normas de cortesía en la entrada al establecimiento,
- manejo de usuarios especiales,

Proceso de soporte

Mantenimiento

La organización debe mantener las instalaciones y equipamiento del establecimiento considerando:

- la disponibilidad y correcto funcionamiento de los equipos e instalaciones con la aplicación de intervenciones correctivas o preventivas,

- la comunicación efectiva de daños y pedido de intervenciones por parte de cualquier persona empleada del establecimiento;
- un programa documentado para la inspección y mantenimiento preventivo para equipos, instalaciones, mobiliario y elementos médicos, identificando las intervenciones de mantenimiento, los responsables, cronograma y recursos;
- el registro de las intervenciones realizadas en los equipos e instalaciones críticos con la fecha, responsable, descripción y recursos utilizados en la intervención.

Limpieza y desinfección

La organización debe definir e implementar instructivos documentados de trabajo estandarizados para la limpieza y desinfección de las instalaciones y equipos del establecimiento; así como un programa de limpieza y desinfección que incluya:

- asignación de tareas,
- información de ingresos y salidas del personal;
- indicaciones sobre uso y cuidados de los productos de limpieza considerando las especificaciones de su hoja de seguridad (para las personas y el ambiente);
- el manejo integral de plagas a cargo de personal competente;
- disponer de un espacio independiente, exclusivo y señalizado para el almacenamiento de productos y equipos de limpieza y desinfección; los productos deben estar identificados,
- definir e implementar rutinas de limpieza y/o desinfección para servicios higiénicos, mobiliario e instalaciones del establecimiento.

NOTA 1. Se recomienda el uso de productos de limpieza y desinfección compatible con el ambiente. NOTA 2. Se recomienda la clasificación de los desechos de basura.

Compras

La organización debe disponer de un método para gestionar las compras de bienes y servicios para el establecimiento que asegure:

- la identificación de bienes, servicios y los proveedores críticos para la prestación;
- la selección de proveedores que posean de preferencia operaciones o productos con certificados de calidad,
- la información documentada y actualizada de proveedores,
- los registros de compra con información de los pedidos,
- métodos de abastecimiento (mínimos y máximos) para asegurar la disponibilidad,
- los registros de verificación en la recepción de los bienes, y
- la compra de bienes, insumos y servicios locales de preferencia.

REQUISITOS DE MEJORA

Medición

La dirección debe:

- definir, medir y documentar el seguimiento de los indicadores de los objetivos del sistema de gestión integrado,
- definir, implementar y documentar un sistema de medición de la satisfacción del usuario.

Registrar los resultados de estas mediciones y considerar en la revisión por la dirección.

Auditorías internas

La organización debe definir, documentar e implementar un procedimiento para realizar periódicamente auditorías internas o verificaciones para determinar si el sistema de gestión es conforme a los requisitos de la presente norma. Los informes de dichas auditorías deben ser registrados.

Quejas y sugerencias

La dirección debe definir, documentar e implementar un sistema para el tratamiento y respuesta de quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios. Registrar los resultados.

Mejora continua

La dirección debe establecer un sistema para identificar, analizar y definir acciones que aseguren la mejora continua, considerando:

- quejas, reclamos y sugerencias de los clientes, proveedores o del personal,
- solicitud de reparaciones;
- no conformidades,
- condiciones y actos inseguros;
- resultados de indicadores, y
- resultados de mediciones de la satisfacción del usuario.

Acciones correctivas

La dirección debe establecer un método para la gestión de acciones correctivas ante no conformidades y desvíos relacionados con el cumplimiento de requisitos, asegurando que incluya:

- análisis de la causa,
- responsables,
- la aplicación de acciones que eliminen las causas, y
- el registro de los resultados.

NOTA. Se recomienda establecer acciones preventivas ante no conformidades y desvíos potenciales relacionados con requisitos.

ANEXO 5

El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es un conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas enfocadas en la salud Familiar, Comunitaria e Intercultural que complementándose, organiza y descongestiona el Sistema Nacional de Salud, permitiendo la integralidad de los tres niveles de atención en la red de salud.

En resumen, sustenta e incorpora la estrategia de la APS (Atención Primaria en Salud) renovada que en la práctica, garantiza la atención para satisfacer las necesidades de salud.

El MAIS define la interacción de los sectores público y privado, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades y problemas de la comunidad.

Además, reorienta los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con la participación organizada de los sujetos sociales, también fortalece la curación, recuperación, rehabilitación de la salud para brindar una atención integral, de calidad y de profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno.

Los objetivos que persigue este modelo son cinco:

1.- Reorientar los servicios de salud del enfoque curativo hacia un enfoque centrado en la promoción y cuidado integral de la salud, garantizado una respuesta en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; incorporando los enfoques de interculturalidad, generacional y de género. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica comunitaria.

2.- Implementar estrategias para el desarrollo y la gestión del talento humano a través de procesos de capacitación continua, la carrera sanitaria y la formación en los servicios. En el primero y segundo nivel se incorpora especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y Técnicos de APS.

3.- Organizar los servicios del sector público conforme los estándares establecidos por el Ministerio de Salud Pública.

4.- Organizar el Sistema Único de Información en Salud en Coordinación con Sistema Común de Información del Ministerio de Salud Pública.

5.- Fortalecer la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.

Si bien ha existido una serie de avances en implementar la Atención Integral y definir Modelos de alcance regional, es necesario precisar que a partir de la decisión política actual se ha iniciado un proceso de implementación a nivel nacional. En tal sentido es indispensable aprovechar las experiencias regionales y locales y concordar diversas estrategias para hacer efectivo el Modelo.

La aplicación del Modelo de Atención Integral está permitiendo no sólo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de Promoción de la Salud y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.