

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y FINANCIERAS  
CARRERA  
CONTADURIA PÚBLICA**



**PROYECTO DE GRADO**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UNA AUDITORIA DE CALIDAD  
EN ORGANIZACIONES ESTATALES”**

**CASO: SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ**

**POSTULANTE : CARLOS ANDRES ALVARADO HUANCA**

**TUTOR : DR. LUIS APARICIO DELGADO Ph. D.**

**LA PAZ – BOLIVIA  
2013**



## INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>CAPITULO I</b>	
1. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN .....	3
1.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL .....	4
1.2 MISIÓN .....	6
1.3 VISIÓN .....	7
<b>CAPITULO II</b>	
2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION .....	8
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	12
2.2.1 Sistematización del problema .....	12
2.3 OBJETIVOS .....	12
2.3.1 Objetivo General .....	12
2.3.2 Objetivos Específicos .....	12
2.4 JUSTIFICACIÓN .....	13
2.4.1 Justificación Teórica .....	13
2.4.2 Justificación Práctica .....	15
2.4.3 Justificación Metodológica .....	18
<b>CAPITULO III</b>	
3. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL .....	19
3.1 AUDITORIA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	19
3.1.1 Gestión de Calidad .....	22
3.1.2 La Calidad .....	22
3.1.3 Calidad de Servicio .....	25
3.1.4 Gestión .....	27
3.1.5 Elementos de Gestión .....	27
3.1.6 La Gestión de Calidad .....	28
3.1.7 Etapas de la Gestión de Calidad .....	30
3.1.8 Principios de la Gestión de Calidad .....	32
3.1.9 La Gestión de la Calidad en el Sector Público .....	34
3.1.10 Normas y Guías de la Calidad .....	36
3.1.10.1 Clases de normas .....	37
3.1.10.2 Certificación .....	38
3.1.10.3 La acreditación .....	38
3.1.11. Los Estándares de la Serie ISO 9000 .....	39
3.1.11.1 La Familia de las Normas ISO 9000:2000 .....	41
3.1.11.2 Implementación de las Normas ISO 9000 .....	42



3.1.11.3	Normas de la familia ISO 9000:2008 .....	44
3.2	TIPOS DE AUDITORIAS .....	46
3.2.1	Internas (o de primera parte) .....	47
3.2.1.1	Externas (de segunda y tercera parte) .....	47
3.2.1.2	Gestión del programa de Auditoría .....	47
3.2.2	Finalidad de la Auditoría de Gestión de Calidad .....	49
3.2.3	Ámbito y objetivo general de la Auditoría de Gestión Pública .....	50
3.2.4	El Proceso de Auditoría de Gestión de Calidad .....	50
3.2.4.1	Actividades previas al trabajo en la Empresa .....	51
3.2.4.2	Actividades a ser realizadas en el lugar de la Auditoría .....	57
3.2.4.3	Actividades posteriores al trabajo en la Empresa .....	60
3.3	GESTIÓN DE RIESGOS .....	61
3.3.1	Análisis de Riesgos .....	63
3.3.2	Etapas Principales de un Análisis de Riesgos .....	65
3.3.3	Métodos para el Análisis de Riesgos .....	67

#### CAPITULO IV

4.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION .....	69
4.1	TIPO DE ESTUDIO .....	69
4.2	MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN .....	69
4.2.1	Método Descriptivo .....	70
4.2.2	Método Explicativo .....	70
4.3	FUENTES Y TÉCNICAS .....	71
4.4	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	72
4.4.1	Población .....	72
4.4.2	Muestra .....	73

#### CAPITULO V

5.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	75
5.1	ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA FRENTE A LA GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL .....	75
5.2	RELEVAMIENTO DE CONTROL INTERNO PARA LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE AUDITORIA DE GESTION DE CALIDAD EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE LA PAZ .....	78
5.2.1	Cuestionario dirigido al Personal Jerárquico y operativo SEDES L.P. ( <i>excepto la Unidad de Auditoría Interna</i> ) .....	80
5.2.2	Cuestionario dirigido al Personal de la Unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz ( <i>excepto personal Jerárquico y operativo</i> ) .....	83

#### CAPITULO VI

6.	RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO DEL PROYECTO .....	85
6.1	DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS .....	85
6.2	PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO .....	86
6.2.1	Resumen de los resultados del Personal de Nivel Jerárquico y Operativo del SEDES La Paz .....	86



6.2.2	Descripción de Tablas y Gráficos del Personal de Nivel Jerárquico y Operativo del SEDES La Paz .....	88
6.2.2.1	Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad por parte del SEDES La Paz, de acuerdo a principios establecidos .....	88
6.2.2.2	Medios que utiliza el SEDES La Paz, para medir la calidad de los servicios prestados a los usuarios .....	90
6.2.2.3	Medios que utiliza el SEDES La Paz, para conocer o percibir las necesidades, expectativas y/o demandas de sus usuarios .....	91
6.2.2.4	Otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz, para mejorar la calidad de los servicios .....	93
6.2.2.5	Implementación por parte del SEDES La Paz, de normas o reglamentos internos sobre calidad .....	95
6.2.2.6	Otorgación de certificaciones o acreditaciones de calidad al SEDES La Paz, por alguna entidad autorizada de nivel nacional o internacional .....	97
6.2.2.7	Políticas y/o acciones para prevenir riesgos en las actividades y/o servicios que presta a los usuarios .....	98
6.2.2.8	Medidas de protección para los equipos, infraestructura y seguridad para los funcionarios del SEDES La Paz .....	100
6.2.3	Resumen de los resultados del personal de la unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz .....	102
6.2.3.1	Auditorías practicadas sobre gestión de calidad por la unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz .....	103
6.2.3.2	Otras auditorías practicadas por la unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz, relacionadas a la eficacia, eficiencia y calidad .....	104
6.2.3.3	Planes, metodologías y procedimientos para afrontar auditorías de Gestión de Calidad .....	106
6.2.3.4	Bases legales que sustentan el ejercicio de las auditorías de Gestión de Calidad .....	107
6.2.3.5	Habilidades y experiencia por parte del equipo de auditores para realizar Auditorías de Gestión de Calidad .....	109
6.2.3.6	Necesidad de contar con un modelo de Planificación para la aplicación de una auditoría de Gestión de Calidad .....	110

## **CAPITULO VII**

7.	MODELO DE AUDITORIA DE CALIDAD COMO INSTRUMENTO PARA ADMINISTRAR UNA GESTION DE RIESGOS EN EL SEDES La Paz .....	112
7.1	GENERALIDADES DE LA PROPUESTA .....	112
7.2	OBJETIVOS DE LA PROPUESTA .....	112
7.2.1	OBJETIVO GENERAL .....	112
7.2.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	112
7.3	IMPORTAMNCIA DE LA PROPUESTA .....	113
7.4	GENERALIDADES DEL MODELO PLANIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CALIDAD .....	113
7.4.1	OBJETIVOS DEL MODELO .....	113
7.4.2	UTILIDAD E IMPORTANCIA DEL MODELO .....	114
7.5	MODELO DE AUDITORIA DE CALIDAD .....	114
7.5.1	Introducción .....	114
7.5.2	Definiciones .....	115
7.5.3	Actividades Previas al Trabajo en la Empresa .....	117
7.5.3.1	Objetivos de la Auditoría .....	117
7.5.4	Perfil y Responsabilidades .....	118
7.5.4.1	Equipo Auditor .....	118



## AUDITORIA DE GÉSTIÓN DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



7.5.4.2	Auditor líder .....	119
7.5.4.3	Auditor .....	119
7.5.5	Responsabilidades del cliente y auditado .....	120
7.5.6	Alcances de la Auditoría .....	121
7.5.7	Plan de Auditoría .....	121
7.5.8	Documento de Trabajo .....	122
7.6	Actividades a ser Realizadas en el lugar de la auditoría .....	123
7.6.1	Reunión Inicial .....	123
7.6.2	Detección de Evidencia .....	123
7.6.3	Resultados de la Auditoría .....	124
7.6.4	Reunión Final .....	125
7.7	Actividades Posteriores al Trabajo en la Empresa .....	126
7.7.1	Informe .....	126

### CAPITULO VIII

<b>8.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>130</b>
8.1	CONCLUSIONES .....	130
8.2	RECOMENDACIONES .....	136
8.2.1	A los funcionarios de nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz) .....	136
8.2.2	A la Unidad de Auditoría Interna del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz) .....	137
8.2.3	A la Universidad .....	138
<b>9.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>139</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXO I: ORGANIGRAMA .....</b>	<b>143</b>
<b>11.</b>	<b>ANEXO II: PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS .....</b>	<b>144</b>
<b>12.</b>	<b>ANEXO III: PROCESO CERTIFICACION NORMA ISO .....</b>	<b>145</b>
<b>13.</b>	<b>ANEXO IV: MANUAL DE CALIDAD .....</b>	<b>146</b>
<b>14.</b>	<b>ANEXO V: CONTROL DE DOCUMENTOS .....</b>	<b>149</b>
<b>15.</b>	<b>ANEXO VI: PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS .....</b>	<b>159</b>
<b>16.</b>	<b>ANEXO VII: PROCEDIMIENTO PARA CALIFICACIÓN DE AUDITORES .....</b>	<b>162</b>
<b>17.</b>	<b>ANEXO VIII: COMPETENCIA Y PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE LOS AUDITORES INTERNOS .....</b>	<b>164</b>
<b>18.</b>	<b>ANEXO IX: PLAN DE AUDITORIA .....</b>	<b>166</b>
<b>19.</b>	<b>ANEXO X: LISTA DE VERIFICACIÓN .....</b>	<b>167</b>
<b>20.</b>	<b>ANEXO XI: INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE LA ENTIDAD .....</b>	<b>169</b>
<b>21.</b>	<b>ANEXO XII: FORMULARIO DE APLICACIÓN .....</b>	<b>170</b>



## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, a medida que el entorno de las actividades económicas se va transformando, estas se enfrentan a un ritmo de cambio progresivo y acelerado, por lo que no es suficiente contar solamente con una evaluación de sus Estados Financieros, que es el análisis de la situación pasada. Lo que se necesita es una visión hacia el futuro, con un enfoque que se concentre en la evaluación de las actividades que giran en torno al cumplimiento de las metas y objetivos que se tracen las organizaciones para ser más económicas, eficientes, y eficaces.

En virtud de lo anterior, la Auditoria de Gestión de Calidad pasa a ser hoy por hoy un elemento vital para la gerencia, permitiendo conocer a la misma, los estándares o medidas de calidad establecidas en sus políticas, estructuras, métodos, sistemas y procedimientos de una institución por lo que los programas de Auditoría de Gestión deben extenderse a todas las áreas y actividades principales de la empresa o Institución, para un examen total y de forma constante.

Esta Auditoria está muy relacionada con las características estructurales y funcionales de un objetivo de estudio determinado por lo que su ejecución requiere una guía que se adapte a las condiciones existentes y que en similar independencia y creatividad del auditor le permita lograr una sistematicidad y orden que le haga obtener los mejores resultados en el periodo más breve posible.

Dentro de las instituciones públicas es una necesidad implementar, utilizar y desarrollar métodos y técnicas que reflejen en forma objetiva el nivel real de la administración. Muchos trabajos, métodos, técnicas y procedimientos se pueden encontrar en libros y manuales para la realización del diagnóstico de los problemas y sus causas. No ajena a este desarrollo y derivado de una



## AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)

---



integración horizontal y vertical ha surgido en el campo de la auditoría la Auditoría de Gestión de Calidad, aún poco aplicada prácticamente en el contexto boliviano.

El presente trabajo permitirá reunir elementos vitales para mejorar la calidad de la gestión del sector público, específicamente en el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), que permite satisfacer las necesidades de la población, entendiendo que la administración pública se debe a la sociedad. Se impone a la par de lo anterior expresado un salto cualitativo en el control, que permite lograr las metas deseadas con la calidad requerida.



## CAPITULO I

### 1. ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACIÓN

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, fue constituido mediante Decreto Supremo N° 7299 del 1 de Septiembre de 1965, como “Unidad Sanitaria de La Paz” para coordinar las actividades de salud en el Departamento.

En el periodo 1993-1996, su denominación fue modificada a “Secretaria Regional de Salud” posteriormente “Dirección Departamental de Salud”, y mediante Decreto Supremo N° 24833 del 2 de Septiembre de 1997, pasó a denominarse “Unidad Departamental de Salud”.

En fecha 2 de Junio de 1998, se aprueba el Decreto Supremo N° 25060, mediante el cual se compatibiliza la Organización y Funcionamiento de las Prefecturas del Departamento, con la nueva estructura gubernamental establecida por Ley de Organización del Poder Ejecutivo (Ley N° 1788) y se asigna la actual denominación “Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz”.

De conformidad con lo citado, en el artículo 30 del Decreto Supremo N° 25060, en razón al Decreto Supremo N° 25233 del 27 de Noviembre de 1998, se emitió la reglamentación respecto a la nueva estructura organizativa del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, que establece un modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento, como órgano desconcentrado de las Prefecturas del Departamento con independencia de gestión administrativa, competencia de ámbito departamental y dependencia lineal del Prefecto y funcional del Director de Desarrollo Social. Asimismo, el artículo 5 inciso e) establece que el Ministerio de Salud y Deportes es el Órgano Rector normativo de la gestión de salud en el orden nacional y los SEDES que articulan





las políticas nacionales y la gestión municipal, responsables de coordinar, ejecutar y supervisar la gestión de los Servicios de Salud en cada departamento.

## 1.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El Servicio Departamental de Salud La Paz, tiene una estructura central, a nivel Departamental, y otra desconcentrada, a nivel de Redes **Anexo N° 1**.

\* *A Nivel Central de Gestión:* Director Técnico del SEDES, en calidad de nivel superior de gestión, dependiente en lo funcional del Director de Desarrollo Social de la Prefectura del Departamento.

\* *A Nivel Desconcentrado:* Las Direcciones Distritales y sus respectivas jefaturas de área, los establecimientos de la red de servicios constituidos por puestos y centros de salud familiar, policlínicos, hospitales de distritos, complejos hospitalarios en los que la gestión técnico-administrativa esta a cargo de las instancias sectoriales.

\* *Nivel Central:*

NIVELES	UNIDADES
Decisión	Dirección Técnica del SEDES
Control	Auditoria Interna
Coordinación	Concejo Técnico
Técnico	Jefes de Unidad y Encargados de Área
Apoyo	Administración y Financiera, Jurídica, Promoción y Comunicación Social



\* *A Nivel de Asesoramiento:* La unidad de planificación y Control de Gestión tiene como responsabilidad, la elaboración de planes y programas de salud a nivel departamental y asesorar el proceso de planificación.

La unidad jurídica tiene la responsabilidad del asesoramiento especializado en sus diferentes funciones y actividades del SEDES. Así como también cuenta con las atribuciones mencionadas el Decreto Supremo 25233 art. 14.

\* *Nivel de Apoyo:* La unidad de Comunicación Social Relaciones Públicas y Protocolo, son responsables de la planificación y proceso de difusión de la misma.

La unidad de Administración y Finanzas se encarga de la elaboración de presupuesto del SEDES. En coordinación con la unidad de planificación, a su vez se encarga de administrar los recursos asignados a la gestión de la salud.

\* *Nivel Técnico Operativo:* La Unidad de Sistema Nacional de información en Salud, cuyo proceso es el de información, epidemiología y coordinación operativa.

\* La unidad de Redes y Prestaciones, coordina la parte operativa de los servicios de salud, y la coordinación con las Direcciones Distritales, Directores de Hospitales de función departamental, la cobertura y la mejora de calidad en los servicios.

\* La Unidad de Epidemiología, se encarga de actualizar el perfil epidemiológico departamental, así como del asesoramiento, la planificación, prevención, vigilancia y control de enfermedades.



## 1.2 MISIÓN

Todas las organizaciones de salud, persiguen objetivos sociales y para llegar a cumplirlos, se cuenta con una relación de actividades que involucra el uso de diferentes recursos (materiales, humanos y financieros), el desarrollo de éstas actividades es más efectivo a través de una buena administración de los Recursos Humanos, que establezca una clara definición, en cuanto a qué es lo que trata de hacer, “visión” y en que se quiere convertir, “misión”.

El SEDES La Paz, tiene como misión institucional:

- Ejercer como autoridad de salud en el ámbito departamental.
- Establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud en el Departamento.
- Promover la demanda de salud y planificar, coordinar, supervisar y evaluar su oferta.
- Velar por la calidad de los servicios de salud, a cargo de prestadores públicos y privados.
- Promover la participación del sector público y de la sociedad, en la formulación y ejecución de planes, programas y proyectos de salud.
- Efectuar en forma desconcentrada el registro y control sanitario de alimentos, respetando la competencia de los gobiernos municipales.
- Coordinar con las instancias responsables, la realización de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Realizar gestiones ante las instancias responsables, que le permitan operativizar programas y proyectos de apoyo



a la prevención, rehabilitación y reinserción social de fármaco-dependientes y alcohólicos-dependientes.

- Realizar gestiones ante las instancias responsables, orientadas a la operación y ejecución de programas y proyectos de apoyo efectivo a los discapacitados y ciegos.

### 1.3 VISIÓN

El Servicio Departamental de Salud La Paz, los DILOS y gerencias de red renovadas, han implementado la gestión descentralizada y participativa, trabajando en equipo, con mentalidad pro-activa, con mejorada productividad y en base a evidencias y resultados:

A los establecimientos de salud con mayor calidad en las atenciones, garantizando la disposición, la equidad y el acceso universal a los servicios, mediante la adopción de la estrategia de la atención primaria e implementando los programas y proyectos sectoriales con eficacia y eficiencia. Las asistencias del Servicio Departamental de Salud La Paz son: Altamente productivos, competitivos y de calidad.



## CAPITULO II

### 2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

#### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Inicialmente es pertinente señalar que toda actividad humana conlleva riesgos. Estos provienen de un amplio repertorio común que va desde los provenientes de los fenómenos naturales, a los fallos de los elementos tecnológicos, pasando por los comportamientos inadecuados del propio ser humano, por error y accidentalmente, o intencionalmente con ánimo de lucro o daño indebido. La actividad de la administración pública no se exime de ellos. Es más, dada su naturaleza, los ciudadanos buscan la figura de la “administración” para que minimice estos riesgos y les proporcione seguridad.

El riesgo se caracteriza por la incertidumbre de la ocurrencia de un suceso con efectos negativos y también incertidumbre de la magnitud de los efectos siempre ocasionando pérdidas destructivas. Para la adopción del tratamiento adecuado de los riesgos es necesario su conocimiento y evaluación previa. Por ello en la administración actual es fundamental identificar los riesgos que se asumen en la gestión de los servicios públicos de manera que se adopten las medidas apropiadas para su más eficaz gestión.

No obstante, la ciudadanía tiene una percepción negativa de la administración pública particularmente considerando a la burocracia como algo “negativo”, alejado de la calidad y del servicio. Por supuesto que existen personas (en lo individual) que desempeñan su trabajo con muy buena disposición, calidad,



eficiencia, vocación de servicio y honestidad, pero en conjunto, la generalidad de los servidores públicos no demuestran esas características. Para una administración pública de calidad, la mayoría del personal al servicio del estado deberá tener otras actitudes, otros valores otras habilidades.

En este sentido, la administración pública enfrenta hoy el reto de lograr el desempeño más eficiente y eficaz a través de nuevas disposiciones para prestar mejor servicios y reestructurar su sistema organizativo, para cuyo logro es fundamental la implementación de sistemas de calidad y auditorias de gestión de calidad como herramientas que permita un diagnóstico certero y oportuno del grado en que se cumplen las normas del sistema y plantear acciones correctivas para mejorar el desempeño de la institución, con la finalidad última de satisfacer las demandas de la sociedad a quien se debe toda institución pública.

En los últimos años, algunos gobiernos latinoamericanos como Argentina, México, Colombia, entre otros, han puesto en marcha programas para apoyar la difusión de las técnicas de gestión de la calidad. Se espera que en los próximos años este tema tendrá, una repercusión cada vez mayor en los objetivos de desarrollo social y económico en el ámbito boliviano.

En América Latina las normas ISO 9000<sup>1</sup>, para los sistemas de calidad no se han difundido con la misma celeridad que en otras regiones del mundo. El nivel de conciencia de la calidad en la región se ha visto afectado por las características de los mercados, las dificultades de acceso a los recursos, las prácticas

---

<sup>1</sup> Las Normas ISO 9000 son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad que, desde su publicación inicial en 1987, han obtenido una reputación global como base para el establecimiento de sistema de gestión de calidad.



de gestión tradicionales y las condiciones macroeconómicas, factores que pueden vincularse con las disfunciones del mercado. Pero además, hay otros elementos en el ámbito cultural de estos países que tienen una influencia negativa en términos de una gestión de calidad entre otros, bajo nivel de escolaridad, bajo nivel de lectura, escasa capacitación, falta de clarificación de valores. Recordando a Dror: “Las sociedades no están preparadas para las transformaciones globales. Y las formas disponibles de gobernación no son adecuadas para manejar las necesidades y oportunidades de un mundo en constante cambio”<sup>2</sup>.

En Bolivia y particularmente dentro de la administración pública, son inexistentes las auditorías de la gestión de calidad que se ejecutan, como se puede apreciar en la Ley 1178 Administración y Control Gubernamentales (SAFCO), no contempla en el Sistema de Control Gubernamental, integrado por el Control Interno y el Control Externo Posterior este tipo de auditoría, lo que da origen a que los directivos de las organizaciones no reconocen la misma es una aliada en el logro de los objetivos económicos, sociales y ambientales que ellos deben cumplir. Los auditores se ven y son vistos como “buscadores de fraudes y errores” de viejos paradigmas. Es evidente que existe un desfase en el tiempo entre los cambios económicos-sociales que se promueven y el desarrollo de la Auditoría de Gestión Calidad. Las posibles causas que originan que los ejecutivos den poca importancia a este tipo de auditoría en su proceso de gestión pueden ser las siguientes:

---

<sup>2</sup> DROR, Yehezkel: “La capacidad de gobernar”. Ed. FCE, México, 1986, Pág. 77



- a) **Desconocimiento de los ejecutivos**, sobre esta auditoría y sus ventajas. Existe una independencia entre los estilos de dirección y la auditoría de gestión de calidad, puesto que se toma lo primero y se desecha lo segundo, haciendo que los ejecutivos se sobrecarguen de trabajo, lo que impide lograr los resultados que se esperan.
- b) **Escaso sustento metodológico**, si bien la auditoría de gestión de calidad es dinámica necesita de un marco conceptual en que el auditor pueda trabajar es insuficiente aún la información o almacenamiento que le permite al auditor partiendo de ellos, ejecutar su labor de forma creativa pero sistemática y ordenada.
- c) **Capacitación de los auditores**, para romper sus paradigmas, los auditores están totalmente preparados para el cambio, los agobia la rutina de la auditoría tradicional.

Este tipo de examen, no es simple análisis económico sino que es un examen mucho más profundo, al no limitarse solo a mostrar cifras o explicaciones. Esta debe comprobar cada elemento y poner al descubierto las prácticas antieconómicas, ineficientes e ineficaces, detallando las causas y condiciones que las provocan y el efecto que producen. La Auditoría de Gestión es una actividad permanente de examen de las políticas, estructuras, métodos, sistemas y procedimientos de una empresa por lo que los programas de Auditoría de Gestión deben extenderse a todas las áreas y actividades principales para que la empresa o Institución, sea auditada en su totalidad y en forma constante.

Esta situación hace necesario diseñar una guía metodológica para Auditoría de Gestión de Calidad, teniendo en cuenta los lineamientos de las resoluciones que norma el Control Interno.





## 2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con los argumentos problemas descritos en los párrafos anteriores, el problema de investigación se formula a través de la siguiente interrogante:

¿En qué medida el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), implementa procesos de auditoría de gestión de calidad para mejorar la gestión de riesgos?

### 2.2.1 Sistematización del problema

La presente investigación pretende verificar la medida en que se implementan auditorías de gestión en la administración pública, para con base en ello, proponer una guía metodológica para implementar procesos de auditoría de gestión de calidad que permita una adecuada gestión de riesgos; esto implica mejorar la gestión de la institución pública para ofrecer un servicio de calidad a los usuarios.

## 2.3 OBJETIVOS

### 2.3.1 Objetivo General

Determinar su Calidad en el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), implementa procesos de auditoría de gestión de la calidad para mejorar la gestión de riesgos.

### 2.3.2 Objetivos Específicos

- ✓ Determinar los tipos de auditoría que se practican en el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES).



- ✓ Identificar la existencia y cumplimiento de normas o sistemas de gestión de calidad en el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES).
- ✓ Establecer los medios o instrumentos para medir la calidad de los servicios que presta el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), para percibir las necesidades y expectativas de la población usuaria de los servicios de la institución.
- ✓ Establecer la suficiencia de los Recursos humanos, técnicos, económicos, logísticos, etc., para atender las necesidades de los usuarios que solicitan servicios del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES).
- ✓ Conocer si el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), implementa medidas para la prevención de riesgos actuales y potenciales en relación al servicio que brinda a la sociedad.
- ✓ Diseñar un proceso de auditoría de gestión de la calidad para un adecuado manejo de riesgos en el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES).

## **2.4. JUSTIFICACIÓN**

### **2.4.1 Justificación Teórica**

Desde el punto de vista teórico, el trabajo de investigación tiene sustento en la gestión de calidad, que es conceptuado como “las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad”<sup>3</sup>, en este caso dentro del ámbito de la administración pública, donde la calidad debe entenderse como un proceso de gestión de cambio, como una transformación que

---

<sup>3</sup> MASEDA Pola, “ISO 9000:2000 y la base documental”, Barcelona:ODE,1997



supone la revisión de la estructura organizativa, la concepción de los recursos humanos, los procesos. Todo ello implica un cambio de cultura organizativa, que se dirige a satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios de la institución.

Por ello la administración pública tiene la obligación de responder mediante cambios profundos a una realidad que demanda respuesta en el ámbito económico político social. La sociedad exige cuentas al gobierno de lo que hace y como lo hace y demanda el otorgamiento de servicios eficientes y oportunos. Esto es, la administración tiene que responder con soluciones de un alto grado de efectividad y calidad a las demandas sociales y asuntos públicos. No basta solamente con atenderlos.

Lo anterior implica que la administración pública debe buscar actuar con gran calidad el interés público, lograr el máximo beneficio social, actuar con efectividad, eficiencia, honestidad, congruencia y con el menor costo de operación. La conducción y eficiencia de estas instituciones determinan un alto grado de calidad del sector público. Es decir objetivos relacionados con el bienestar de la colectividad, en el tiempo adecuado, con la calidad pertinente y al más bajo costo posible<sup>4</sup>.

Es necesario que la administración pública deba implementar a la par de las organizaciones privadas, sistema de calidad y efectuar auditorias de gestión de calidad, para verificar la medida en que se cumplen las disposiciones de su programa de calidad. La certificación de los servidores públicos garantiza que el proceso de calidad se vigile en forma permanente, lo que genera entre la gente confianza y reconocimiento a sus instituciones. Por tanto

---

<sup>4</sup> TANZI, Vito "El papel del estado y la calidad del sector público", en Revista de la CEPAL, N° 71, agosto de 2000, pag.10.



promover una metodología de auditoría de gestión de calidad que permita evaluar el sistema de calidad, ayudara a prevenir los riesgos económicos-sociales que se puedan generar a consecuencia de un deficiente servicio público.

Lograr una gestión pública de calidad implica enfocarla como una política transversal que se adopte como premisa fundamental del marco programático institucional, y se contemple en cada una de las etapas de la gestión de servicios y atención de los usuarios, y que en esa medida se traduzca en nuevas pautas de interacción entre la gestión pública y los ciudadanos.

No se debe olvidar que la calidad no es un fin en si misma, sino un medio para proyectar un nuevo modelo de abordaje de los asuntos públicos, un cambio en la imagen de las instituciones, nuevos valores de desempeño de los funcionarios y una relación distinta, fundada en la atención y en la eficiencia, entre la administración pública y los ciudadanos.

#### **2.4.2 Justificación Práctica**

Los resultados de la investigación tendrán repercusión directa en la gestión de calidad en el ámbito de la administración pública, y particularmente en el Servicios Departamental de Salud La Paz (SEDES), puesto que “se lograrán mejores rendimientos de los recursos y una mayor satisfacción y prestigio social, lo que redundara un sector moderno, cohesionado y estructurado, en mayores inversiones y mejor desarrollo profesional. Al tiempo que la sociedad exige mayor calidad, seguridad, transparencia y respeto al medioambiente, las organizaciones están transformando sus modos de operar, de concebirse y



organizarse, para poder asumir estas exigencias y transformarlas en resultados positivos<sup>5</sup>.

Por lo tanto, se debe pasar de una concepción que consideraba las organizaciones mejores y fuertes como aquellas caracterizadas por ser altamente jerarquizadas, con voluntad de permanecer en las tradiciones, conservadoras, muy estables, cerradas y celosas de sí mismas, muy competitivas, con un capital importante, centradas en productos tangibles, sin grandes desviaciones, reforzadas por instituciones grandes y similares, etc., a una concepción en que lo importante es la flexibilidad, la cooperación con otras organizaciones similares, la importancia de la información y el conocimiento de las personas, el servicio personalizado, la diversidad, la innovación, el aprendizaje permanente y la participación activa de los usuarios<sup>6</sup>.

Para evaluar la calidad de la gestión pública es fundamental recurrir a herramientas y técnicas de gestión, siendo una de ellas la auditoria, que tiene como una de sus funciones su rol protectora y minimizadora de riesgos, lo que implica que la auditoria debe ser previsiva, es decir considerar los potenciales riesgos que le puedan sobrevivir a la organización al poner un tono de precaución acerca de la exposición de los diferentes riesgos que impactan en la organización. La auditoria debe construir una barrera de entrada que sirva de escudo y defienda a la organización de los posibles riesgos que se han determinado en su valoración y conocimiento de la organización<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> BARRIGA, L.A. 2002, "La calidad en los servicios sociales". Pag.31. Revista de Servicios Sociales y Política Social: Dossier Calidad I y II, números 49 y 50. Consejo General del Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.

<sup>6</sup> EVERS. (1997) Developing quality in personal services. European Centre Vienna. Ashgate.

<sup>7</sup> MONTILLA Omar de Jesús y HERRERA Luis Guillermo, "El deber ser de la auditoria". Estudios Gerenciales N° 98, Enero – Marzo de 2006. Pág. 105.



Por eso paralelamente al progreso de las técnicas y procedimientos administrativos se hace necesario crear una herramienta proporcional que propicie una revisión mediante la cual se controle el nivel de calidad de la presentación de servicios de la organización. A dicha herramienta se le llama Auditoria de Gestión de Calidad.

De aquí, que no cabe menor duda de que cuando hay una identificación plena con la auditoria de calidad, la gerencia sabe que con ello se ha de establecer y mejorar las políticas, objetivos, estándares y otros requerimientos de calidad. Además es sabido, que auditoria de la calidad es un proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoria y determinar cuáles actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los criterios de auditoria, y la comunicación de los resultados de este proceso al cliente.

La gestión de calidad de la auditoria interna, permite hacer una evaluación sobre la manera en que la gerencia está utilizando sus recursos, sus procesos como se han interpretado los requerimientos que los clientes hacen con respecto a las satisfacciones de sus necesidades.

En este sentido, la relevancia practica del trabajo radica en que se proporcionara una metodología básica de auditoría de gestión para el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), que permita evitar contingencias que puedan derivarse de una deficiente prestación de servicios a la población; por tanto los beneficiarios no solo será la entidad como institución pública, sino



la ciudadanía que recurre por diversos motivos al Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES).

### 2.4.3 Justificación Metodológica

En el aspecto metodológico, el estudio tiene relevancia puesto que permitirá reunir elementos para plantear técnica o diseñar una guía metodológica de auditoría de gestión de calidad que permita:

- ✓ Elevar integralmente el control de los recursos humanos, los sistemas de calidad y el servicio al público.
- ✓ Promover el avance hacia las metas de este sector vital en el desarrollo de la población.
- ✓ Proporcionar que la alta gerencia dedique su tiempo a funcionarios que por su naturaleza son indelegables.
- ✓ Promover el desarrollo de las auditorías de gestión de calidad en el ámbito de la administración pública y en la sociedad.

Para tal cometido, es imprescindible la utilización del método científico y técnicas apropiadas en la recolección de información, para facilitar la realización del trabajo, con el propósito de lograr resultados conforme a los objetivos de la investigación, y con la mayor confiabilidad posible, de tal manera que pueda confirmarse o desvirtuarse la hipótesis que orientara la presente investigación será guiada por una hipótesis, que además permitirá delimitar el problema, y finalmente deducir conclusiones. Las técnicas para la recolección de información serán las entrevistas y la revisión bibliografía.



## CAPITULO III

### 3. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

#### 3.1 AUDITORIA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La auditoría de gestión de calidad es la revisión periódica y estudio del grado de implantación del sistema de calidad de la organización, del que se puede extraer conclusiones e implantar mejoras. (La normativa de calidad ISO 9000, en Empresas de Servicio). Es un examen independiente y sistemático para determinar si las actividades de calidad y los resultados relacionados con ellas cumplen las medidas planificadas, y si estas medidas se llevan a la práctica de forma eficaz y son las adecuadas para alcanzar los objetivos (Manual de Auditoria de la Calidad-Norma ISO 8402). La ASQC (Sociedad Norteamericana para el control de calidad), define a la auditoria de calidad, como un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con el objetivo de verificar o evaluar de manera independiente e informar del cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad, o la especificación, o los requisitos del contrato del producto o servicio. La Auditoria de calidad tiene 4 modalidades: Auditoria de Producto, Auditoria de Proceso, Auditoria de Sistemas y Auditoria de Vendedor<sup>8</sup>.

Lo anterior implica que la auditoria de calidad es un examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad cumplen las disposiciones previamente establecidas, y si las mismas están

---

<sup>8</sup> CAICEDO Amparo, CUELLAR y MONTEVILLA Adolfo, "Estado Actual y Futuro próximo de la Auditoria". En: <http://www.ucauca.edu.co/investigaciones/inv-infogral:naturaleza.php>.





implantadas en forma efectiva y son adecuadas para alcanzar los objetivos.

El concepto auditoria lleva implícito el de evaluación que, lejos de identificarse con un proceso de inspección, debe ser entendido como un instrumento de análisis y mejora con el objetivo de convertir los datos en información a través del análisis de los mismos.<sup>9</sup> Además la auditoria debe ser antesala de la mejora continua, al proporcionar un sistema de control permanente que permite identificar las áreas problemas e incorporar soluciones de mejora.

Debe ser metódica, es decir, seguir un procedimiento previamente establecido. De esta forma se garantizará el logro de los objetivos previamente planificados y se podrán comparar los resultados, además de minimizar el sesgo de la subjetividad del auditor y las influencias del auditado. Por otra parte, solo desde la cultura de la actividad sistemática y protocolizada, e incorporando a profesionales de distintos ámbitos estamentos, se podrá evitar el significado prescriptivo y sancionar que a veces se le ha adjudicado a la auditoria.

Debe ser realizada por personas independientes al servicio o áreas que se va a auditar. Pero éste no debe ser un aspecto que limite, sino que el termino independencia debe ser ampliamente respaldado y a veces remplazado por el de objetividad y conocimiento. Deben ser las instituciones las que, con un espíritu de mejora continua, garanticen la objetividad del proceso y fomenten la cultura entre los profesionales.

---

<sup>9</sup> JCAHO. "Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial", 1991; 6:65-74.



La auditoría de Gestión de Calidad se inicia en una o varias de las situaciones siguientes<sup>10</sup>:

- **Por solicitud de la administración.-** La administración puede someter a auditoria el sistema de gestión de la calidad de un centro de fabricación como una medida más dentro del proceso de homogenización de un producto.
- **Por exigencia de un cliente.-** Un cliente puede exigir la auditoria del sistema de calidad del suministrador antes de iniciar o durante el desarrollo de la Auditoria.
- **Por solicitud a una cantidad de certificación.-** Cualquier organización puede solicitar la certificación de que su sistema de calidad es conforme al modelo adoptado y, en consecuencia, someterse a una auditoria.
- **Por exigencia del sistema de calidad propio.-** Según cuál sea el modelo de gestión de la calidad adoptado, las auditorías internas se realizarán por personal interno con una regularidad periódica.

Como se deduce de lo anterior, la auditoria puede ser el fruto del propio sistema de calidad de la organización, o bien obedecer a pautas “ajenas” en manos de terceros sea del ente de certificación, de un cliente o de la propia administración. En cualquiera de los casos la alta dirección deberá poner los medios adecuados para su realización, así como para la identificación y mejora de las áreas no conformes con el modelo exigido.

Por ello es responsabilidad de la dirección establecer un programa de auditorias internas y verificar su adecuada implementación.

---

<sup>10</sup> “Calidad: la auditoria de calidad como herramienta de gestión empresarial”. En: <http://www.gestionempresarial.info/formulario.asp>



Desarrollar un programa de auditorías meramente para satisfacer las exigencias de un determinado cliente o entidad es absurdo. Este equivoco puede conducir a la empresa a despreciar todo el potencial de mejora que se halla inmerso en un programa de auditoria, y considerarlo como una imposición formal desprovista de contenido y de posibilidades de mejora.

### 3.1.1 Gestión de Calidad

Antes de hacer referencia a la gestión de calidad, es pertinente conocer el significado del término “calidad”, puesto que ello permitirá comprender de mejor manera los alcances de la gestión de calidad y de la auditoria de calidad.

### 3.1.2 La Calidad

La abundante literatura de los últimos años sobre el tema de la calidad puede hacer pensar que se trata de un concepto nuevo. Sin embargo, desde sus orígenes el ser humano ha tratado de corregir y mejorar todas las actividades que lleva a cabo, ya sean deportivas, económicas, sociales, etc. El espíritu de superación, unido a la satisfacción que reporta, conduce a comportamientos que tienden a evitar los errores y a perfeccionar lo que previamente se podía dar por bueno<sup>11</sup>.

Pero es justo reconocer que la calidad asociada a las organizaciones empresariales ha sufrido una importante evolución en las últimas décadas.

---

<sup>11</sup> RUIZ-OLALLA, C. (2001): “Gestión de la calidad del servicio”. Control de Gestión  
<http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>



En un principio la calidad se asociaba con las secciones de inspección y control, donde a través de un análisis estadístico se trataba de determinar si la producción cumplía con los estándares de calidad previamente establecidos. El objetivo básico en estos casos consistía en conseguir niveles aceptables de errores en la fase de producción.

Posteriormente, el concepto de calidad se extendió a todas las fases de la vida de un producto o servicio, desde su concepción o diseño hasta su fabricación y posterior uso por parte del cliente, siendo el lema “cero defectos”.

Así, el concepto de calidad ha pasado de ser un requisito o cualidad del producto o servicio, a ser una técnica de gestión o incluso uno de los objetivos estratégicos de la organización.

Horovitz: señala que la calidad “es la búsqueda de la excelencia en la gestión empresarial. Es el nivel de excelencia que la organización ha escogido alcanzar para satisfacer a su clientela clave”<sup>12</sup>. Ahora bien “un producto o servicio será catalogado de excelente cuando sobrepase las expectativas que el cliente necesitada satisfacer”<sup>13</sup>.

Según la norma internacional ISO 9000, 2000, la calidad es el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos”.

Por otra parte Pérez indica que la calidad no tiene relación alguna con lo brillante o resplandeciente que sea algo ni con su costo o con la cantidad de características que se pueda tener. El cliente

<sup>12</sup> HOROVITZ, Jacques. “La Calidad del Servicio”. Edit. Mc Graw Hill. Colombia 1995.Pag.1.

<sup>13</sup> PEREZ FDEZ. DE VELASCO, José A. “Gestión de la Calidad Empresarial”. Edit.ESIC. Madrid 1994.Pag.94.



compra lo que una empresa produce, tiene en mente ciertas necesidades y expectativas. Si el producto o servicio que consume satisface o sobrepasa estas expectativas una y otra vez, entonces en la mente del cliente hay un producto o servicio de calidad.

Para Pérez la calidad se relaciona con la percepción del cliente, el cual compara el desempeño real del producto o la experiencia del servicio total con su propio conjunto de expectativas y se forman un juicio que rara vez es neutro, ya que el producto o servicio recibe la aprobación o el rechazo.

Una de las definiciones más comúnmente aceptada del término calidad, es la proporcionada por la American Society for Quality Control: “La aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades del cliente”. Se trata pues de la consecución del equilibrio de la balanza entre las necesidades del cliente y los servicios ofrecidos por el proveedor. A partir de este punto, toda la filosofía de la calidad se basa en no perder de vista en ningún momento el justificante de la existencia de cualquier empresa o institución, que es el usuario final del producto o servicio.

En la mayoría de las definiciones existen elementos en común, por ejemplo el enfoque al cliente o usuario, satisfacer las necesidades o requerimientos del cliente o usuario, cumplir con las especificaciones y hacer las cosas bien.

Una vez definida la calidad, es necesario asociar este término con el servicio, teniendo en cuenta que el tema de investigación está referido a la gestión de calidad en el Servicio Departamental de Salud Sedes La Paz (SEDES), que por sus características o tiene como objetivo proporcionar productos, sino servicios a la



ciudadanía o a los usuarios que acuden a esta dependencia de la administración pública.

### 3.1.3 Calidad de Servicio

La calidad en los servicios no es lo que una empresa pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar, es por este motivo que solo pagan por las cosas que le son útiles y que les aportan algunos valores. Los clientes no compran servicios, sino soluciones a sus problemas, compran las expectativas de beneficios que piensan que una empresa les ofrecerá. Una empresa les da calidad cuando satisface esas expectativas, soluciona sus problemas y les aporta beneficios.

Según Cottle, para que los clientes emitan un juicio favorable sobre los servicios de una empresa, la parte mas difícil consiste en lograr que perciban todo lo que la empresa hace por ellos, en otras palabras que reconozcan lo que la empresa realiza<sup>14</sup>.

Cottle añade que los clientes evalúan la calidad del servicio en relación a dos tipos de categorías de servicios:

- ♦ **Servicios regulares.**- Que incluye los contactos de rutina, repetitivos y predecibles.
- ♦ **Servicios excepcionales.**- Que incluye problemas, emergencias o esa poco usuales e impredecibles (posiblemente únicas) situaciones que una empresa/persona deba manejar.

La calidad de servicio que un cliente o usuario recibe puede ser catalogada desde los puntos de vista.

---

<sup>14</sup> COTTLE, David. "El Servicio Centrado en el Cliente". Edit. Díaz de Santos. Madrid 1991. Pág. 27.



- ♦ **Calidad Técnica.-** Se refiere a “lo que” el cliente recibe en sus interacciones con las empresas u organizaciones. Puede ser susceptible de medida como cualquier producto y forma un elemento importante en cualquier evaluación que haga el cliente sobre el servicio.
- ♦ **Calidad Funcional.-** Se refiere a “como” se trasladan los elementos técnicos del servicio. Dos componentes importantes de la forma como se suministran los elementos técnicos de un servicio son el proceso y la gente que participa en la operación del sistema. La calidad funcional puede ser menos susceptible de medida objetiva. No obstante, forma un elemento importante en cualquier evaluación que haga el cliente sobre un servicio. La calidad funcional consta de varios elementos: actitudes de los empleados; las relaciones entre ellos; la importancia de los empleados que tienen contacto con los clientes; la apariencia del personal del servicio; la accesibilidad general de los servicios para los clientes; la propensión general del personal hacia un servicio.

Lo anterior significa que por primera vía se obtiene un servicio final enriquecido cuantitativamente, mientras que con la segunda vía se produce una superioridad en la forma de entregar la presentación principal, ya que el cliente no quiere solamente una solución a la medida, desea además información, asesoramiento, apoyo e involucración por parte del proveedor, es decir, servicios complementarios.



### 3.1.4 Gestión

Gestión es un proceso mediante el cual la entidad asegura la obtención de recursos y su empleo eficaz y eficiente en el cumplimiento de sus objetivos. Se busca fundamentalmente la supervivencia y el crecimiento de la entidad, se desarrolla dentro del marco que está determinado por los objetivos y políticas establecidas por un plan estratégico e involucra todos los niveles de responsabilidad de la entidad.

Gestión también comprende todas las actividades de una organización que implica el establecimiento de metas y objetivos, así como la evaluación de su desempeño y cumplimiento de una estrategia operativa que garantice la supervivencia de dicha entidad.

### 3.1.5 Elementos de Gestión

Entre los elementos de gestión tenemos los siguientes:

- Economía
- Eficiencia
- Eficacia
- Ecología
- Ética

**Economía.-** Uso oportuno de los recursos idóneos en cantidad y calidad correctas en el momento previsto, en el lugar indicado, es decir adquisición o producción al menor costo posible, con relación a los programas de la organización.

**Eficiencia.-** Es la relación entre los recursos consumidos y la producción de bienes y servicios, se expresa como porcentaje





comparando la relación insumo-producción de bienes y servicios, se expresa como un estándar aceptable o norma; la eficiencia aumenta en la medida en que un mayor número de unidades se producen utilizando una cantidad dada de insumo. Su grado viene dado de la relación entre los bienes adquiridos o producidos o servicios prestados, con el manejo de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para su obtención.

**Eficacia.-** La relación de servicios y productos, los objetivos y metas programados. La eficacia es el grado en que una actividad o programa alcanza sus objetivos o metas que se había propuesto.

**Ecología.-** Son las condiciones, operaciones y prácticas relativas de los requisitos ambientales y su impacto, que deben ser reconocidos y evaluados en una gestión de un proyecto.

**Ética.-** Es un elemento básico de la gestión institucional, expresada en la moral y conducta individual y grupal, de los funcionarios y empleados de una entidad, basada en sus deberes, en su código de ética, las leyes, en las normas constitucionales, legales y vigentes de una sociedad.

### 3.1.6 La Gestión de Calidad

La Organización Internacional de Normalización ISO 9000, define la gestión de calidad como las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad<sup>15</sup>.

En general se puede definir la gestión de la calidad como el aspecto de la gestión general de la organización que determina y

---

<sup>15</sup> MASEDA Pola, "ISO 9000:2000 y la base documental", Barcelona: ODE, 1997.



aplica la política de calidad, con el objetivo de orientar las actividades de la Empresa para obtener y mantener el nivel de calidad del producto o el servicio, de acuerdo con las necesidades del cliente.

Con los nuevos paradigmas, el concepto “cliente” va más allá del cliente externo, del cliente final, que tradicionalmente se identifica como el que compra o paga por un producto o servicio. Dentro de una misma empresa, el receptor de un producto o servicio, ya sea terminado o semielaborado, también puede y debe considerarse cliente.

Esta misma filosofía puede aplicarse al concepto “proveedor”, ahora dentro de la empresa, se puede hablar de una relación “cliente-proveedor” continua, donde cada receptor tiene unas necesidades y expectativas, como “cliente interno”, que su “proveedor interno” debe satisfacer.

### RELACIÓN CLIENTE – PROVEEDOR



*Fuente: Elaboración Propia, en base a modelo Porter (2000)*

El sistema de gestión de la calidad debe estar integrado en los procesos, procedimientos, instrucciones de trabajo, mediciones y controles, etc., de las propias operaciones de la empresa. Es un sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con



respecto a la calidad (ISO 9000-2000), por lo tanto, está integrado en las operaciones de la empresa u organización y sirve para asegurar su buen funcionamiento y control en todo momento.

Proporciona además herramientas para la implantación de acciones de prevención de defectos o problemas (procedimientos de acciones preventivas), así como de corrección de los mismos. Incluye también los recursos, humanos y materiales, y las responsabilidades de los primeros, todo ello organizado adecuadamente para cumplir con sus objetivos funcionales.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad surge por una decisión estratégica de la alta dirección, motivada por intenciones de mejorar su desempeño, porque están desarrollando un sistema de mejora continua para dar una guía de actuación clara y definida al personal sobre aspectos específicos del trabajo; para obtener la certificación por una tercera parte de su sistema de gestión, o por exigencias del entorno.

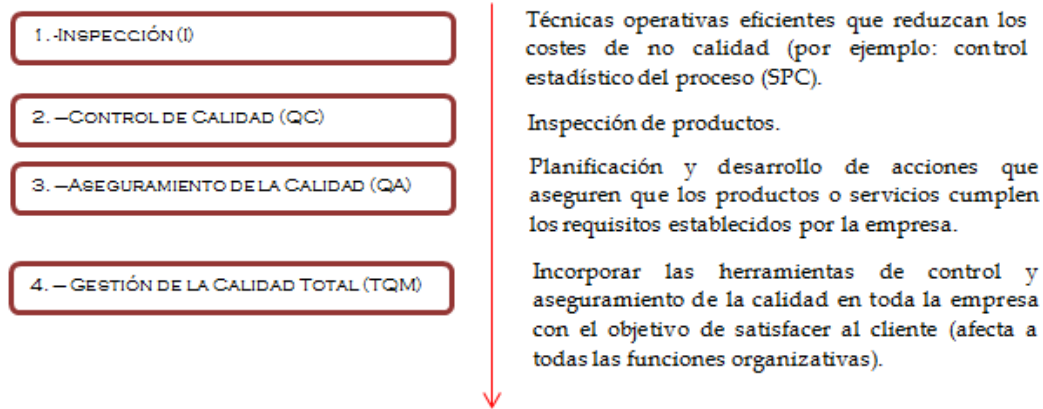
### 3.1.7 Etapas de la Gestión de Calidad

Atendiendo a la evolución del paradigma de la calidad, Hammet<sup>16</sup>, identifica varias etapas. Este autor considera que las dos primeras etapas (I y QC) se limitan a la identificación y corrección de los errores cometidos, denominándolas etapas de detección (detección) y control de calidad (quality control). Las dos últimas etapas las cataloga dentro del término prevención (prevention) y consiste en abordar el problema desde su origen, centrándose más en los aspectos de diseño. La primera de estas dos macro

<sup>16</sup> HAMMETT, P. (200): "The Philosophy of TQM. And Overview". Disponible en <http://www.engin.umich.edu/class/eng401/003/LCNotes/phil.pdf>



etapas es considerada como una estrategia reactiva mientras que las fases 3 y 4 son consideradas como estratégicas proactivas.



Fuente: Adaptado de Hammet (2000)

En este sentido, el objeto de la gestión de la calidad son las necesidades y expectativas de los clientes, en materia de productos o servicios, los cuales transitan por distintos niveles de determinación a través de sucesivas transformaciones en los diferentes procesos que interrelacionados propician que se genere la calidad como totalidad. Dichos niveles de determinación del objeto son los diferentes estados en que se manifiesta el mismo, que van desde las necesidades y expectativas potenciales de los clientes en materia de productos, pasando luego por necesidades y expectativas reales de los clientes (requisitos del cliente), después por especificaciones técnicas (requisitos del producto) hasta llegar a las características de calidad del producto<sup>17</sup>.

En suma, tanto el paradigma de la gestión de calidad parte de la preocupación por encontrar bases duraderas para fortalecer la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones

<sup>17</sup> JURAN, J.M. 1990 "Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos". Ed. Díaz de Santos, México.



dentro de un nuevo contexto de competitividad, de consumo y de reconocimiento de la calidad como principio catalizador de la demanda, así como el reconocimiento social, y legitimidad gubernamental.

### 3.1.8 Principios de la Gestión de Calidad

Un principio de gestión de calidad es una regla o creencia profunda y fundamental para dirigir y hacer funcionar una organización, enfocada a una mejora continua de la ejecución a largo plazo y centrándose en los clientes.

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que esta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. La Gestión de una Organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión se han identificado 8 principios de gestión de calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño estos son<sup>18</sup>:

- a) **Enfoque al Cliente.**- Las organización dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder sus expectativas.
- b) **Liderazgo.**- Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal pueda llegar a involucrarse

<sup>18</sup> MONZON Iliana y PRENDES Ramón, "Implantación de los Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9000. Una guía práctica". Consultoría gestión de la calidad, CIGET Cienfuegos, 2004.



totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- c) **Participación del Personal.**- A todos los niveles es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.
- d) **Enfoque Basado en Procesos.**- Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los resultados relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque de Sistema para la Gestión.**- Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos
- f) **Mejora Continua.**- La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de esta.
- g) **Enfoque basado en hecho para la toma de decisión.**- Las decisiones eficaces se basa en el análisis de los datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.**- Una organización y sus promovedores son independientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000, mismas que se detallan posteriormente.



### 3.1.9 La Gestión de la Calidad en el Sector Público

Una vez conceptualizado el paradigma de la calidad se destaca la importancia de su implantación en el sector público, resaltando la importancia económica de dicho sector en las economías desarrolladas y analizando la relevancia de los Sistemas de Gestión de Calidad en la administración de las instituciones públicas, como herramienta para mejorar la eficiencia y solventar algunos de los problemas que, con frecuencia son atribuidos a dicho sector.

Durante las recientes décadas, el sector público y los servidores que este presta están incrementando, de forma considerable, su importancia en las economías desarrolladas. Uno de los indicadores que refleja la magnitud de este sector es la participación en el PIB de un país.

El creciente interés cobrado por el sector público se ve materializado, fundamentalmente, en el énfasis otorgado a dos aspectos; la calidad y la satisfacción. Ya no solo se trata de conseguir la calidad de las actividades o de los servicios públicos por imperativo legal, sino que es una necesidad cada vez más demandada por el ciudadano, que exige un nivel determinado de satisfacción sobre los servicios prestados por la administración pública, como contrapartida por las aportaciones económicas que realiza a través del pago de los impuestos<sup>19</sup>.

Las últimas tendencias en este sector de la administración público reconocen un especial interés sobre la puesta en marcha de

<sup>19</sup> CASTELLO, E. y LIZCANO, J. (1997), "Costes y Gestión de Calidad. Experiencias Sectoriales". Edita AECA Monográficos. Madrid 1997. Medición de la Calidad y Gestión de las Actividades del Sector Publico.



sistemas de gestión que permitan mejorar la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos.

Sin embargo, es necesario señalar que la gestión de calidad no puede incorporarse de la misma forma en que lo hace la administración privada. Al respecto algunos autores han advertido que en este terreno la administración pública no puede limitarse a quedar atrapada en un proceso de imitación pues se trata de avanzar hacia una era de innovación.

Por tanto en un primer acercamiento a la gestión de calidad, se puede advertir que su incorporación a la gestión pública obliga a ubicar su verdadera dimensión y alcance, es decir, *“se necesita reconocer aquellos valores propios del sector público tendentes a buscar la máxima calidad posible en el marco de la cultura administrativa y adaptarlos. Pero a la vez se trata de adoptar un concepto surgido del ámbito industrial y adaptarlo al ámbito de la prestación de servicios y a las peculiaridades de cada organización”*<sup>20</sup>.

En suma lo importante no es solamente hablar de calidad como una simple técnica de gestión importada del sector privado, sino adaptarla correctamente a partir de los factores administrativos y sociopolíticos que circundan la gestión pública y darles su dimensión justa para hacer de esta una estrategia efectiva que responda a las expectativas de reforma de las administraciones públicas.

La incorporación de la calidad en los servicios públicos representa una de las etapas de consolidación de la nueva gestión pública en

---

<sup>20</sup> VILLORIA Manuel. “La Modernización de la Administración como instrumento al servicio de la democracia”. MAP, España, 1996.





la perspectiva gubernamental, por ello este proceso pasa antes por una serie de reformas de carácter macro que permiten concentrar el esfuerzo en la atención de demandas y asuntos públicos que incidirán en el fortalecimiento de la legitimidad de lo público. Sin ese paso previo la calidad se diluye y no trasciende los esfuerzos institucionales aislados.

### **3.1.10 Normas y Guías de la Calidad**

La normalización es una actividad colectiva encaminada a establecer soluciones a situaciones repetitivas. En particular, esta actividad consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas.

Las normas son documentos técnicos con las siguientes características:

- Contienen especificaciones técnicas de aplicación voluntaria.
- Son elaborados por consenso de las partes interesadas (fabricantes, administraciones, usuarios y consumidores, centros de investigación y laboratorios, asociaciones y colegios profesionales, agentes sociales, etc.).
- Están basados en los resultados de la experiencia y el desarrollo tecnológico.
- Son aprobados por un organismo nacional, regional o internacional de normalización reconocido.
- Están disponibles al público.

Las normas logran que las empresas, la administración y los usuarios sepan a que deben atenerse, establecen un equilibrio



entre los distintos agentes proporcionando confianza en las relaciones entre clientes y proveedores.

El campo de actividad de las normas es tan amplio como el número de productos o servicios, incluidos sus procesos de elaboración. Así, se normalizan los Materiales (plásticos, acero, papel, etc.), los Elementos y Productos (tornillos, televisores, herramientas, tuberías, etc.), las Máquinas y Conjuntos (motores, ascensores, electrodomésticos, etc.), Métodos de Ensayo, Temas Generales (medio ambiente, calidad del agua, reglas de seguridad, estadística, unidades de medida, etc.), Gestión y aseguramiento de la Calidad, Gestión Medioambiental (gestión, auditoría, análisis del ciclo de vida, etc.), Gestión de prevención de riesgos en el trabajo (gestión y auditoría), etc.

### **3.1.10.1 Clases de normas**

Las normas pueden ser de diferentes tipos dependiendo del organismo que los haya elaborado. Una posible clasificación:

- Normas Nacionales: son elaboradas, sometidas a un período de información pública y sancionadas por un organismo reconocido legalmente para desarrollar actividades de normalización en un ámbito nacional.
- Normas Regionales: son elaboradas en el marco de un organismo de normalización regional, normalmente de ámbito continental, que agrupa a un determinado número de Organismos Nacionales de Normalización. Las más conocidas, aunque no las únicas, son las normas europeas elaboradas por los Organismos Europeos de Normalización como CEN (Comité Europeo de Normalización), o CENELEC (Comité Europeo de Normalización



Electrotécnica), y preparadas con la participación de representantes acreditados de todos los países miembros. Por ejemplo las normas EN (European Norm).

- Normas Internacionales: tienen características similares a las normas regionales en cuanto a su elaboración, pero su ámbito es mundial. Entre otras pueden nombrarse las normas IEC elaboradas por la Comisión Electrotécnica Internacional para el área eléctrica, las UIT desarrolladas por la Unión Internacional de Telecomunicaciones para el sector de las telecomunicaciones y las normas ISO elaboradas por la Organización Internacional de Normalización para el resto de sectores.

### **3.1.10.2 Certificación**

La certificación es la acción llevada a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, mediante la que se manifiesta que se dispone de la confianza adecuada de que un producto, proceso o servicio debidamente identificado es conforme con una norma u otro documento normativo especificado.

### **3.1.10.3 La acreditación**

Es el procedimiento mediante el cual un Organismo de Acreditación autorizado reconoce formalmente que una organización es competente para la realización de una determinada actividad de evaluación de la conformidad. En España se encarga ENAC (Entidad Nacional de Acreditación).



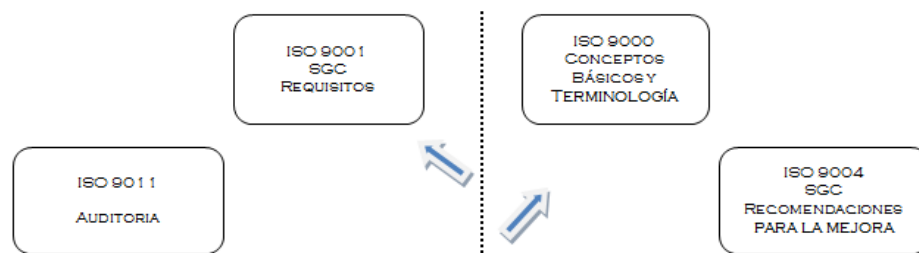
### 3.1.11 Los Estándares de la Serie ISO 9000

La serie ISO 9000 “son Normas Técnicas Internacionales sobre los sistemas de calidad aceptadas y validadas mundialmente”, también “ISO 9000 es el nombre genérico con el que coloquialmente se designa a una familia de normas de aseguramiento de calidad”<sup>21</sup>.

La serie ISO 9000, es un método práctico y probado para gestionar la calidad eficazmente, está constituida por un conjunto de documentos separados, pero relacionados, que definen estándares internacionales para los sistemas de administración de calidad. Estos se desarrollaron con la meta de documentar los elementos de un sistema de este tipo en una organización, con el fin de mantenerse un sistema de administración de calidad efectivo.

La familia de la norma ISO 9000 se ha elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de sistemas de gestión de la calidad eficaces.

#### LA FAMILIA ISO: 9000:2000



*Fuente: Normas ISO 9000-9011*

<sup>21</sup> MASEDA, Ángel. “ISO 9000 y la base documental”, Barcelona: ODE, 1997.



La ISO 9000 consiste en una serie de procedimientos y directrices que le permiten homogenizar lenguajes y bases técnicas a nivel mundial, con el fin de seleccionar y mejorar procesos. Esta serie de normas pueden aplicarse a cualquier industria, producto o servicio, y consta de requisitos y directrices para establecer sistemas de calidad dentro de una organización, permitiéndole efectuar transacciones con cualquier organización en el mundo, con menor riesgo y mayor confianza, son normas prácticas burocráticas que buscan el logro de la calidad.

La norma ISO 9000 tiene tres componentes básicos:

- ♦ **Administración.-** ISO 9000 provee un sistema para alcanzar el progreso de la organización mediante la realización de metas estratégicas, comprensión de las necesidades de los usuarios, productividad, etc., por medio de acciones correctivas y preventivas.
- ♦ **Sistema de Calidad.-** ISO 9000 requiere que la organización documente los procedimientos y los ponga en práctica, de tal forma que si se realiza un cambio, también se registre por escrito. Es necesario contar con una base documental que se ajuste a la realidad al cien por ciento.
- ♦ **Aseguramiento de la Calidad.-** ISO 9000 es dinámico, ya que se envuelve en muchas facetas de la organización, como por ejemplo, el establecimiento y documentación de sistemas de ventas, de compras, de producción, de almacenamiento, de embarcación e ingeniería, etc.



### 3.1.11.1 La familia de las Normas ISO 9000:2000

El termino familia ISO 9000-2000 se refiere a todas las normas publicadas por ISO/TC 176. Las principales normas de la familia ISO 9000 relacionadas con la calidad son las siguientes:

#### LA FAMILIA ISO 9000:2000

ISO:9000	Establece los conceptos, principios, fundamentos y vocabulario del sistema de gestión de la calidad.
ISO:9001	Establece los requisitos mínimos que debe cumplir un sistema de gestión de calidad. Puede utilizarse para su aplicación interna, para certificación /registro o para fines contractuales.
ISO:9004	Señala las directrices para la mejora del desempeño.
ISO:10005	Gestión de calidad- guías para los planes de calidad.
ISO:10006	Gestión de calidad- guías en la dirección del proyecto.
ISO:10007	Guías para la administración de la configuración.
ISO:10011	Guías para la auditoria de sistemas de calidad: Parte 1: Auditorias. Parte 2: Criterios de calificación para los auditores de los sistemas de calidad. Parte 3: Administración de los programas de auditoría.
ISO:10012	Requisitos de aseguramiento de la calidad para el equipo de medición: Parte 1: Administración del equipo de medición. Parte 2: Guía para el control de los procesos de medida.
ISO:10013	Guías para la elaborar manuales de calidad.

*Fuente: Elaboración Propia*

La serie de normas de la familia ISO 9000-2000 que se relacionan directamente con el sistema de gestión de la calidad está constituida por:

- ♦ **ISO 9000:2000** (Sistema de gestión de la Calidad).-  
Establece los conceptos, principios, fundamentos y



vocabulario del sistema de gestión de la calidad, la cual sustituye la norma 8402 (Vocabulario) y parte de la norma 9001:1994 (Directrices para la implementación de sistemas).

- ♦ **ISO 9001:2000** (Sistema de Gestión de la Calidad).- Establece los requisitos mínimos que debe cumplir un sistema de gestión de la calidad. Puede utilizarse para su aplicación interna, para certificación/registro o para fines contractuales. Esta norma reemplaza las normas ISO 9001:1994, ISO 9002:1994 e ISO 9001:1994.
- ♦ **ISO 9004:2000 (Sistema de Gestión de la Calidad)**.- Señala las directrices para la mejora del desempeño, pero no describe requisitos por lo cual no se usa para certificación/registro. Esta norma apunta a la mejora del funcionamiento de la organización y a la satisfacción de todas las partes interesadas. Esta norma reemplaza las normas ISO 9004-1/2/3/4:1994.

### 3.1.11.2 Implementación de las Normas ISO 9000

El proceso consta de cuatro fases: documentación, implementación, revisión y valoración:<sup>22</sup>

- a) **Documentación.**- Los documentos son imprescindibles para lograr la calidad requerida del producto, por eso debe elaborarse un manual de calidad, la emisión de procedimientos, de métodos e instrucciones de operación, esta etapa tiene una duración aproximada de diez meses (el tiempo de duración de cada etapa depende mucho de la empresa y su tamaño, por tal motivo la medición del tiempo es aproximado).

<sup>22</sup> HERNANDEZ HATRE, Alonso. "Implantación de Sistemas de Calidad Normas ISO 9000:2000". Centro para la Calidad de Asturias e Instituto de Fomento Regional. 2001.



b) **Implementación.**- Es el adiestramiento de los altos mandos, es decir, de supervisores, inspectores y demás usuarios. Es necesario desarrollar una concientización de ISO 9000 en todos los funcionarios de la empresa la gerencia debe informar y educar acerca de: ¿qué es ISO 9000?, ¿el porqué de su importancia?, ¿Cómo afectara el trabajo de cada uno?, ¿Cómo se involucrara a cada funcionario?, ¿Cuánto tiempo tomará su puesta en marcha?, ¿Cual es el itinerario de las actividades?. Se deben mostrar ejemplos de otras empresas por medio de videos o charlas, que permitan un espacio de preguntas y respuestas, de tal forma que el recurso humano estará informado y motivado para participar en forma positiva en la implementación de ISO 9000 en su empresa.

- ♦ Revisión, consiste en la formación de auditores internos los cuales tienen como objetivo.
- ♦ Descubrir las deficiencias en el proceso y ofrecer orientación correctivo.
- ♦ Otorgar a la administración confianza en el sistema.
- ♦ Identificar problemas antes de que lo haga el certificador.
- ♦ Corregir los documentos de acuerdo con los cambios.

c) **Valoración.**- Es la auditoria de certificación por parte de la firma valorada, la cual decide si merece o no dicha certificación, que se extiende por un mes aproximadamente. Con respecto a la certificación/registro, es pertinente aclarar dos aspectos muy importantes:





- ♦ Primero: la certificación/registro de un sistema de gestión de la calidad no es obligatorio.
- ♦ Segundo: de las tres normas de la familia ISO 9000:2000, la única que se certifica/registra es la ISO 9001:2000.

### 3.1.11.3 Normas de la familia ISO 9000:2008

A la hora de hablar de normas en la gestión de la calidad en una organización debemos destacar la familia de las normas ISO 9000:2008:

- ISO 9000:2008: Fundamentos y vocabulario. Describe los fundamentos y especifica la terminología para los sistemas de gestión de calidad.
- ISO 9001:2008: Directrices Especifica los requisitos de un sistema de gestión de la calidad para su aplicación a nivel interno, para su certificación o con fines contractuales.
- ISO 9004:2008: Directrices para la mejora del desempeño. Proporciona recomendaciones sobre un rango más amplio de objetivos de un sistema la calidad, orientados a mejorar las prestaciones globales de una organización.

Esta norma nos permite implantar en una organización un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), y su índice es el siguiente:  
Sistema de Gestión de la Calidad.

0. Introducción.
1. Objeto y campo de aplicación
2. Normas para consulta
3. Términos y definiciones
4. Sistema de gestión de la calidad



5. Responsabilidad de la dirección
6. Gestión de los recursos
7. Realización del producto
8. Medición, análisis y mejora

En la norma en el apartado de introducción podríamos anotar que:

- La implantación de un SGC debe ser una decisión estratégica de la organización.
- Los requisitos del SGC especificados en la norma son complementarios a los de los productos.
- El término “Nota” se entiende como una orientación.
- Promueve la gestión basada en procesos que significa que: Además el SGC se centra en el ciclo PDCA de Edward Deming y en la mejora continua de sistema de gestión de calidad. Mejora Continua.



Fuente: Compendio Norma ISO 9000

Como anotaciones interesantes y que en muchas organizaciones pasan desapercibidas podríamos destacar que:



- Todos los requisitos son genéricos (útil para cualquier tipo de organización).
- Depende su aplicación de la naturaleza de la organización.
- No pueden afectar a la capacidad de cumplir con los requisitos del cliente.
- La responsabilidad de cumplir con los reglamentarios aplicables.
- La norma obliga a la elaboración de cómo mínimo 6 procedimientos pero esto no prohíbe la elaboración de tantos procedimientos como la organización crea oportuna para documentar su Sistema de Gestión de la Calidad.

Todo debe quedar Documentado en forma de Registro para tener evidencias objetivas de todo el SGC.

### 3.2 TIPOS DE AUDITORIA

- **Auditorias del Sistema de Gestión:** Verificar eficacia y grado de cumplimiento. (Completa / Parcial).
- **Auditorias de Procesos:** El proceso consigue la calidad requerida y determinar que las deficiencias están siendo informadas de modo satisfactorio.
- **Auditorias Combinadas:** Consiste en auditar los Sistemas de Gestión de Calidad y el Medioambiente.
- **Auditorias Conjuntas:** La llevada a cabo por dos o más organizaciones.
- **Auditorias de la Documentación:** Por ejemplo con la utilización de software de auditorias para llevar un mayor control.
- **Auditorias de cumplimiento legal (Medioambiente)**



Además se puede diferenciar entre:

### 3.2.1 Internas (o de primera parte)

En relación a este tipo de auditorías.

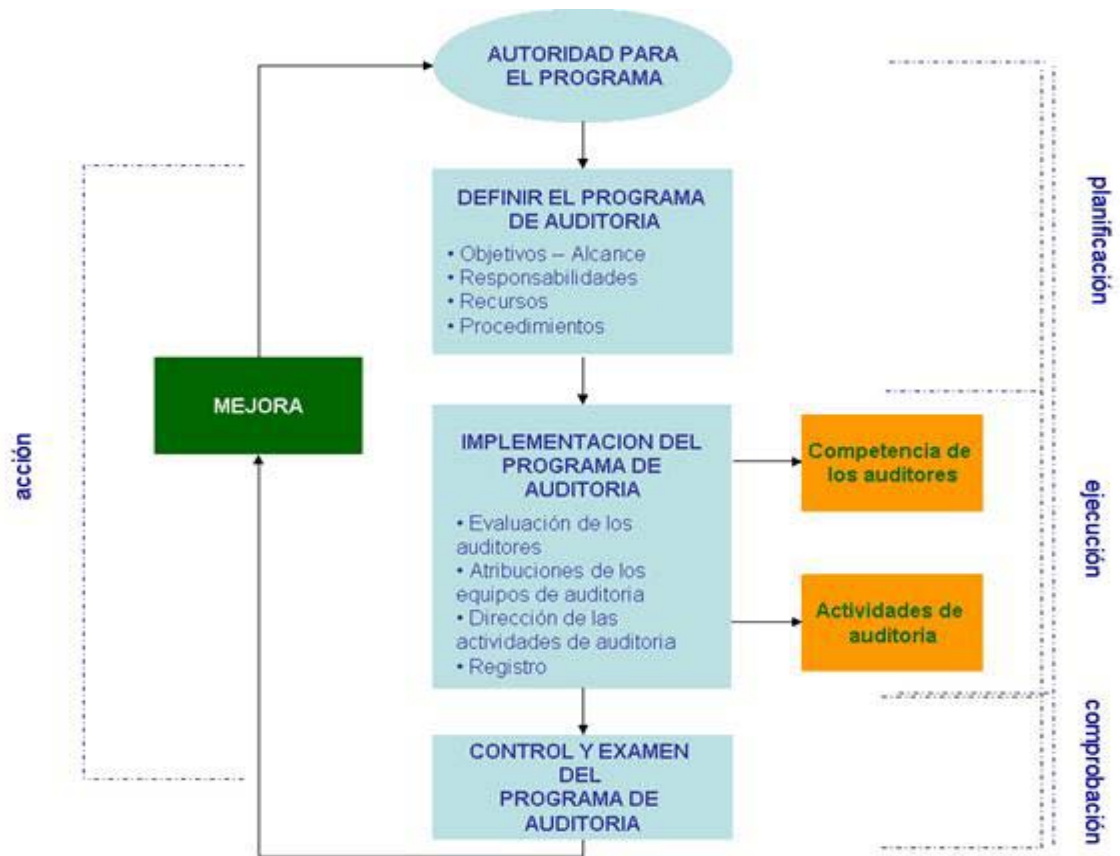
- Se realizan por o en nombre de la Organización.
- Sirven para la Revisión por la Dirección y con fines internos.
- Constituyen la base de una AUTODECLARACIÓN de Conformidad.
- Realizadas por la propia Empresa o Empresas Consultoras.

#### 3.2.1.1 Externas (de segunda y tercera parte)

- Efectuadas por la Empresa cliente o en su nombre.
- Realizadas por Empresa Certificadora.

#### 3.2.1.2 Gestión del programa de Auditoría

La Gestión de un programa de **auditoría** se basa en el siguiente gráfico presente en la Norma ISO 19011:2002, que marca las directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.



*Fuente:* Compendio Normas ISO 19011:2002

En dicha gestión se debería tener en cuenta los siguientes apartados desarrollados en la completa presentación a descargar.

- Objetivos.
- Amplitud.
- Responsabilidades.
- Recursos.
- Procedimientos.
- Implementación.
- Registros.
- Seguimiento y revisión.



Esta presentación contiene las diferentes actividades y pasos a seguir para llevar a cabo una perfecta **auditoria** ya sea interna o externa, basado en la norma ISO 19011:2002 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión de la calidad y/o ambiental.

### 3.2.2 Finalidad de la Auditoria de Gestión de Calidad

Las auditorías de la calidad se realizan con la finalidad de determinar.

- La adecuación del sistema de calidad de una organización a una norma de referencia específica o estándar.
- La conformidad de las actuaciones del personal de una organización con referencia de requisitos de su programa de calidad según lo definido en la documentación (manual de calidad, manual de procedimientos, especificaciones de compra, etc.).
- La eficacia de las distintas actividades que constituye el sistema de la calidad de una organización, y de las medidas correctoras/preventivas adoptadas. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la filosofía de los programas de aseguramiento de la calidad está basada en la prevención, más que en la detección de problemas, y por ello debemos dar mayor importancia a:
  - Detectar pronto el problema.
  - Conocer la profundidad del mismo.
  - Descubrir la causa principal del problema.



Las auditorias de calidad proporcionan a la dirección de la empresa evidencias objetivas basadas en hechos lo cual va a permitir a la dirección tomar decisiones basándose en hechos y no en hipótesis.

### 3.2.3 **Ámbito y objetivo general de la Auditoria de Gestión Pública**

Se lo puede asignar de la siguiente manera:

**Gestión Operativa.-** esta se desarrolla de la manera social y comunitaria, de la infraestructura económica, productiva, financiera y de valores.

**Gestión Financiera.-** Presupuestaria, del crédito, tributaria, de caja o tesorería, contable.

**Gestión Administrativa.-** General de bienes, de transporte y construcciones internas de comunicaciones; de documentos (secretariado, biblioteca, imprenta, reproducción de documentos y otros), de seguridad limpieza y mensajería, de recursos humanos, de desarrollo social interno, e informática.

### 3.2.4 **El Proceso de Auditoría de Gestión de Calidad**

El proceso de la auditoría de gestión de calidad está formado por tres etapas fundamentales<sup>23</sup>:

- a) Actividades previas al trabajo en la organización
- b) Actividades a ser realizadas en el lugar de la auditoria

---

<sup>23</sup> ROMERO Jenaro, "Auditoria del sistema de gestión de calidad". En:[http:// www. Gestiopolis.com](http://www.Gestiopolis.com)



c) Actividades posteriores al trabajo en la empresa

### 3.2.4.1 Actividades previas al trabajo en la Empresa

#### a) Objetivos de la Auditoria

La auditoria debe estar basada en objetivos definidos por el usuario/cliente. El alcance es determinado por el auditor líder en acuerdo con el cliente para alcanzar los objetivos. El alcance describe la extensión y límites de la auditoria. Los objetivos y el alcance deben ser comunicados al auditado antes de la auditoria.

Los siguientes son ejemplos de objetivos típicos:

- ♦ Determinar la conformidad con los criterios de auditoria del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) del auditado.
- ♦ Determinar cuando el SGC del auditado se ha implementado y mantenido apropiadamente.
- ♦ Identificar las áreas de mejora potencial.
- ♦ Evaluar el SGC de una organización cuando existe un deseo de establecer una relación contractual, como la que se da con un proveedor potencial o un socio empresarial.

Una auditoria de calidad debe enfocarse en criterios claramente definidos y documentados. La auditoria solamente se lleva a cabo si, luego de consultar con el cliente, es opinión del auditor líder que:





- ♦ Existe información suficiente y apropiada sobre el tema de la auditoria.
- ♦ Existen recursos adecuados que respalden y avalen el proceso de la auditoria.
- ♦ Existe una cooperación adecuada por parte del auditado.

#### b) Perfil y Responsabilidades

- ♦ **Equipo Auditor.-** Esta formado por el auditor líder y los otros miembros del equipo, quienes pueden ser auditores o expertos técnicos. Para asegurar la objetividad del proceso de auditoria, sus resultados y cualquier conclusión, los miembros del equipo auditor deben ser independientes de las actividades que auditan deben ser objetivos y libres de tendencia o conflicto de intereses durante el proceso. El uso de miembros externos o internos del equipo auditor está sujeto a discreción del cliente. Un miembro del equipo auditor escogido dentro de la organización no debe ser responsable directamente del tema que se está auditando. Los miembros del equipo auditor deben poseer una combinación apropiada de conocimientos, habilidades y experiencias para cumplir con las responsabilidades de la auditoria.
- ♦ **Auditor Líder.-** El auditor líder es el responsable de asegurar una conducta eficiente y efectiva de la auditoria dentro de los alcances de la misma.



Adicionalmente, el auditor líder tiene las siguientes responsabilidades y actividades que cumplir:

- Consultar y consensuar con el cliente el alcance de la auditoria.
  - Obtener la información de respaldo relevante como ser los detalles de actividades, los productos, los servicios, en la empresa y sus áreas de actuación, los detalles de previas auditorías realizadas al auditado.
  - Formación del equipo auditor.
  - Dirigir las actividades del equipo auditor.
  - Preparar las comunicaciones.
  - Coordinar la preparación de los documentos y procedimientos detallados de trabajo y reunir al equipo auditor.
  - Representar al equipo en discusiones con el auditado, antes, durante y después de la auditoria.
  - Realizar los informes de la auditoria para el cliente.
- ♦ **Auditor.-** Las responsabilidad y actividades del auditor deben cubrir:
- Planear y desarrollar las tareas asignadas, objetiva, efectiva y eficientemente.
  - Recopilar y analizar las evidencias de auditoría relevantes y suficientes para determinar los resultados de la auditoria.



- Preparar los documentos de trabajo.
- Documentar los resultados individuales de la auditoría
- La redacción del informe de auditoría.

Como está normado, a cada miembro del equipo auditor se le deben asignar tareas específicas, o actividades por auditar. Estas designaciones deben ser realizadas por el auditor líder, en consulta con los miembros del equipo auditor correspondiente.

### **c) Responsabilidades del usuario/cliente y auditor**

Las responsabilidades deben cubrir:

- Definir los objetivos de la auditoría.
- Proveer los recursos a las autoridades apropiadas para conducir la auditoría.
- Aprobar el plan de auditoría.
- Recibir el informe de la auditoría y determinar su distribución.
- Informar a los empleados de los objetivos y alcance de la auditoría, cuando sea necesario.
- Designar personal responsable y competente para acompañar a los miembros del equipo auditor, para actuar como guías dentro de la empresa y para asegurar que los auditores estén al tanto de los requerimientos de salud, seguridad y otros que sean apropiados.
- Proveer el acceso a las instalaciones, personal. Información y registros relevantes a solicitud de los auditores.



#### **d) Alcances de la Auditoria**

El alcance describe todo el sistema de gestión de calidad, procedimientos y de todos los apartados de la norma de calidad aplicada para la implementación del sistema así como la información relativa a documentación legal y administrativa de la empresa por el equipo auditor, en factores tales como la ubicación física, actividades organizacionales y la forma de realizar los informes.

El alcance de la auditoria debe ser determinado entre el cliente y el auditor líder. El auditado normalmente debe ser consultado cuando se determina el alcance de la auditoria. Cualquier cambio posterior al alcance de la auditoria debe realizarse de común acuerdo entre el cliente y el auditor líder.

Los recursos encargados al auditor deben ser suficientes en cantidad y calidad para cumplir con el alcance requerido.

#### **e) Plan de Auditoria**

Un plan de auditoría debe ser establecido y comunicado al cliente. El cliente debe revisar y aprobar dicho plan. El plan debe incluir:

- Los objetivos y alcances de la auditoria.
- El criterio a ser usado para la realización de la auditoria.
- La identificación de las unidades organizacionales y funcionales a ser auditadas.



- La identificación de las funciones y/o individuos dentro de la organización del auditado que tengan responsabilidades relativas a aspectos de la calidad.
- Identificación de los aspectos de calidad que son de alta prioridad.
- Identificación de los documentos de referencia.
- El tiempo y duración esperados para las entrevistas e inspecciones.
- Las fechas y lugares donde se va a realizar la auditoria.
- El cronograma de reuniones que se van a tener con la gerencia del auditado.
- Requerimientos confidenciales.
- El contenido, formado y estructura del informe.

#### **f) Documento de Trabajo**

Los documentos de trabajo requeridos para facilitar la investigación del auditor deben contener:

- Las formas que documenten las evidencias y soporten los resultados de la auditoria.
- Los procedimientos y listados de chequeo utilizados para evaluar los elementos del SGC.
- Los registros de reuniones.

Se deben mantener los documentos de trabajo por lo menos hasta que se complete la auditoria, la información confidencial debe ser resguardada de forma segura por los miembros de la auditoria.



### 3.2.4.2 Actividades a ser realizadas en el lugar de la Auditoria

#### a) Reunión Inicial

Debe darse una reunión de apertura. El propósito de una reunión de apertura es el de:

- Presentar a los miembros del equipo auditor a la gerencia del auditado.
- Revisar el alcance, los objetivos y el plan de auditoría y llegar a un acuerdo con respecto a la tabla de tiempos de la auditoria.
- Proveer un resumen corto de la metodología y de los procedimientos a ser utilizados durante la auditoria.
- Confirmar que los recursos y facilidades necesitadas por el equipo auditor estén disponibles.
- Promover la participación activa del auditado.
- Revisar los procedimientos de seguridad y emergencia relevantes del local para el equipo auditor.

#### b) Detección de Evidencia

La información apropiada debe ser recopilada, analizada, interpretada y documentada para ser utilizada como evidencia de la auditoria en un proceso de verificación y evaluación para determinar si los criterios de la auditoria se están cumpliendo.

La evidencia de la auditoria debe ser de tal calidad y cantidad que auditores de calidad competentes, trabajando independientemente cada uno, lleguen a resultados de auditoria



similares a la evaluación de la misma evidencia contra los mismos criterios de auditoria. La evidencia de la auditoria debe ser recolectada por medio de entrevistas, revisión de documentos y la observación de actividades y condiciones.

La información recopilada por medio de entrevistas debe ser verificada por medio de la adquisición de información de respaldo de fuentes independientes, como observaciones, registros y resultados de medidas existentes. Declaraciones que no puedan ser confirmadas deben ser identificadas como tales.

Los auditores deben examinar la base de programas de muestreo relevantes y los procedimientos para asegurar un control de calidad de los procesos de muestreo y medición efectivos.

### **c) Resultados de la Auditoria**

El equipo auditor debe revisar toda la evidencia de la auditoria para determinar donde se cumple con los criterios de auditoria del SGC. El equipo auditor debe entonces asegurarse que los resultados de la auditoria de no conformidad sean documentados de forma clara, concisa y que sean respaldados por la evidencia de la auditoria.

La evidencia contrastada durante la auditoria de calidad inevitablemente será solamente una muestra de la información disponible, parcialmente debido al hecho de que una auditoria de calidad será realizada durante un periodo de tiempo limitado



y con recursos limitados. Por lo tanto existe un elemento de incertidumbre inherente a todas las auditorias de calidad y a todos los usuarios de los resultados, todas las auditorias de calidad deben estar seguras de la recopilación de las evidencias y no conformidades siendo contractada su evidencia física y documental.

El auditor de calidad debe considerar las limitaciones asociadas con la evidencia de la auditoria constatada durante ésta y el reconocimiento de la fiabilidad en los resultados y cualquier conclusión de la auditoria, se deben tomar estos factores en cuenta al planear y ejecutar la auditoria.

El auditor de calidad debe obtener suficientes evidencias para que los resultados individuales de la auditoria, agregados a los resultados de menor significado, puedan afectar cualquier conclusión alcanzada.

Los resultados de la auditoria deben ser revisados con la gerencia del auditado con el fin de obtener el reconocimiento de la base de todos los resultados de no conformidad.

#### **d) Reunión final**

Luego de completar la fase de recopilación de evidencia y antes de preparar un informe de la auditoria, los auditores deberán tener una reunión con la gerencia del auditado y aquellos responsables de las funciones auditadas. El propósito principal de esta reunión es el de presentar los resultados de la auditoria





al auditado, de tal manera que se tenga una comprensión y reconocimiento claro de la base de dichos resultados.

Los desacuerdos deben ser resueltos, si es posible antes de que el auditor líder presente el informe, las discusiones finales en el significado y descripción de los resultados de la auditoría última recaen en el auditor líder, sin embargo el cliente puede todavía estar en desacuerdo con los resultados.

### **3.2.4.3 Actividades posteriores al trabajo en la Empresa**

#### **a) Informe**

Los resultados de la auditoría o un resumen de estos deben ser comunicados al cliente en un informe escrito.

El informe escrito se prepara bajo la dirección del auditor líder, quien es el responsable de su exactitud y perfección. Las informaciones que se tomen en el informe de la auditoría deben ser los predeterminados en el plan de la auditoría. La información relativa a la auditoría que se debe incluir en el informe debe incluir, pero no está limitada a:

- La identificación de la organización auditada y del cliente.
- Los objetivos y alcance acordados de la auditoría.
- Los criterios acordados contra los que se realizó la auditoría.
- El periodo cubierto por la auditoría.
- La(s) fecha (s) en que la auditoría fue realizada.



- La identificación de los representantes del auditado que participaron en la auditoria.
- Un resumen del proceso de auditoría, incluyendo cualquier obstáculo enfrentado.
- Las conclusiones de la auditoria.
- Las declaraciones de confidencialidad de los contenidos.
- La lista de distribución del informe de la auditoria.

### 3.3 GESTIÓN DE RIESGOS

En términos generales, riesgos es un concepto que se utiliza para expresar la incertidumbre de eventos y resultados que podrían ejercer un efecto adverso en los objetivos y las metas de la organización.

El riesgo se caracteriza por la incertidumbre de la ocurrencia de un suceso con efectos negativos y también incertidumbre de la magnitud de los efectos siempre ocasionando pérdidas destructivas. Para la adopción del tratamiento adecuado de los riesgos es necesario su conocimiento y evaluación previa.

A partir del concepto anterior, la gestión de riesgos se define como la disciplina que combina los recursos financieros, humanos, materiales y técnicos de la empresa, para identificar y evaluar los riesgos potenciales y decidir cómo manejarlos con una combinación óptima de costo-efectividad<sup>24</sup>.

En este sentido, la gestión de riesgos se ha convertido en una función estratégica esencial de la dirección corporativa moderna, y

<sup>24</sup> Tomado de la intervención del Dr. Ramón Rodríguez Carrera, "Situación actual y perspectivas de la Administración de Riesgos Cuba", en el 1er Seminario Nal. Sobre Administración de Riesgos, Mayo 1998.



no una mera decisión comercial o productiva. El objetivo fundamental de la gestión de riesgos es la planificación efectiva de los recursos necesarios para recuperar el equilibrio financiero y la efectividad operativa después de una pérdida fortuita y de esta forma, obtener a corto plazo la estabilidad del costo de los riesgos y a largo plazo la minimización de los riesgos de la organización. El fin de esta técnica gerencial es la de minimizar los efectos negativos de los riesgos mediante sus etapas fundamentales: identificación, evaluación, control y financiamiento de los mismos con el menor costo posible.

En su constante evolucionar, las instituciones y las empresas determinan objetivos y metas que justifican su existencia. Sin embargo, también ellas deben reconocer que la consecución de estos objetivos y de estas metas está condicionada por la presencia de riesgos que, en algunos casos, pueden atrasar el cumplimiento de los planes, o bien cambiarlos, pero que en otros pueden significar la desaparición de la organización.

Cualquier nivel de riesgos es aceptable si lo conoce y acepta la dirección. Si no es aceptable, hay que decidir por donde es posible prevenirlo:<sup>25</sup>

- Eliminando la fuente del riesgo, lo que puede suponer prescindir de algún servicio en extremo riesgoso, o de algún activo que aporta poco valor añadido.
- Mitigando el riesgo, de forma que caiga a unos niveles aceptables.

---

<sup>25</sup> GMITS, ISO/IEC TR 13335-1: 1996, "Concepts and models form IT security", Publicado como UNE 71501-1.



- Transfiriendo el riesgo, de forma que, sin eliminarlo, la organización no sea su víctima.

La mitigación del riesgo requiere entrar en más detalle, el cual puede ser:

- Actuar preventivamente para que no ocurra, muy atractivo pero a veces imposible o extremadamente costoso.
- Actuar reactivamente para que, cuando la amenaza se materialice las consecuencias no sean graves, esto supone disponer de un plan de emergencia y de un plan de recuperación.

Por último se debe destacar que un plan de protección debe trabajar en varios frentes.

- Salvaguardas técnicas: en equipos y comunicaciones.
- Salvaguardas físicas: protegiendo el entorno de trabajo de las personas y los equipos.
- Medidas organizativas: de prevención y gestión de las incidencias.
- Política de personal: que es el final el eslabón imprescindible y más delicado.

### 3.3.1 Análisis de Riesgos

En análisis de riesgo es una aproximación metódica que permite determinar el riesgo siguiendo unos pasos:<sup>26</sup>

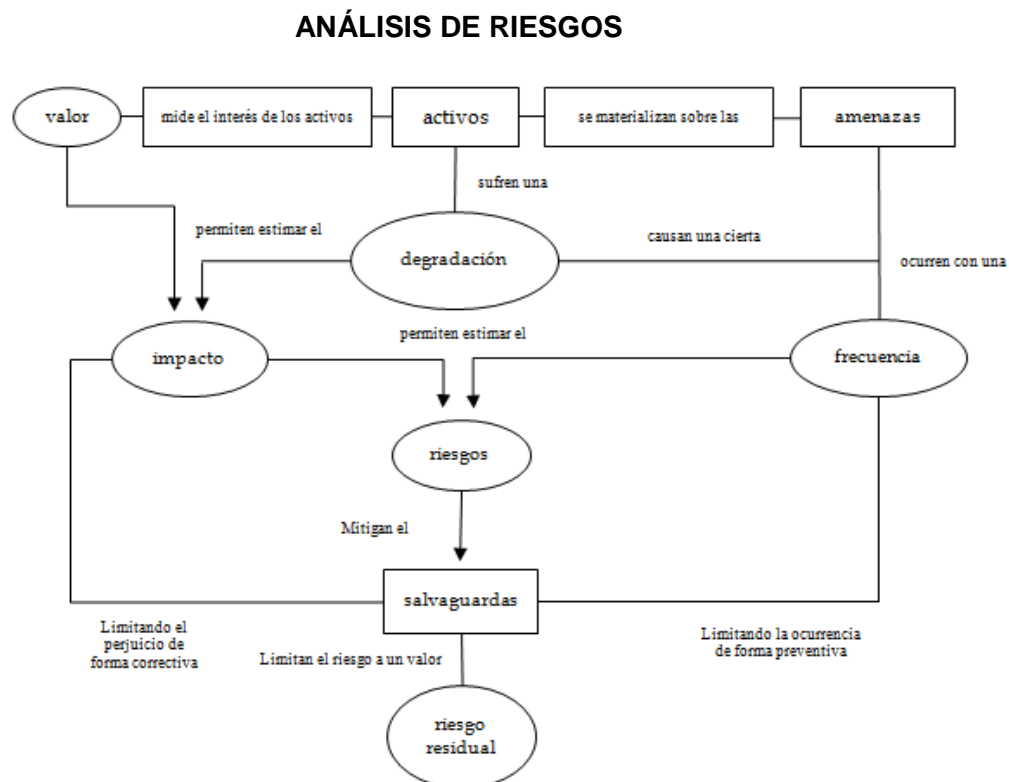
---

<sup>26</sup> MAÑAS José A. "PILAR. Herramientas para el análisis y la gestión de riesgos". Dept. Ingeniería de Sistema Telemáticos. E.T.S.I. de Telecomunicaciones. Universidad Politécnica de Madrid, 2004.



- a) Determinar los activos relevantes para la organización.
- b) Valorar dichos activos en función del costo que supondría para la organización recuperarse de un fallo de disponibilidad, integridad, confidencialidad o autenticidad.
- c) Determinar a qué amenazas están expuestos aquellos activos.
- d) Valorar la vulnerabilidad de los activos a las amenazas potenciales.
- e) Estimar el impacto, definido como el daño sobre el activo derivado de la materialización de la amenaza.
- f) Estimar el riesgo, definido como el impacto ponderado con la tasa de ocurrencia.
- g) Expectación de materialización de la amenaza.

Gráficamente se puede representar de la siguiente forma:





### 3.3.2 Etapas Principales de un Análisis de Riesgos

El análisis se compone de tres etapas fundamentales que son:<sup>27</sup>

- ◆ Evaluación de amenazas
- ◆ Evaluación de la vulnerabilidad
- ◆ Evaluación de riesgo

**a) Evaluación de amenazas.-** Se realiza a través de inventarios de fenómenos realizados de forma participativa con las municipalidades, los líderes comunales y la población; observaciones y mediciones de campo, análisis y revisión de información científica disponible (mapas, fotos aéreas, informes, etc.), con el fin de conocer la probable ubicación y severidad de los fenómenos peligrosos, así como la probabilidad de que ocurran en un tiempo y área específica.

**b) Evaluación de la vulnerabilidad.-** Es el proceso mediante el cual se determina el nivel de exposición y disposición a daños y pérdidas, ante una amenaza específica. Consiste en la identificación, evaluación de los elementos vulnerables y la estimación del porcentaje de pérdidas resultante de un fenómeno peligroso.

Es importante saber, en una sociedad, cuales son los factores o causas que conllevan a la construcción de vulnerabilidad (o a su reducción). Por ejemplo, la falta de

---

<sup>27</sup> CARDONA, Omar (1993). "Evaluación de la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo. Elementos para el ordenamiento y la planeación del desarrollo" en: Los desastres no son naturales, A. Maskrey (compilador). LA RED, Tercer Mundo Editores, Bogotá.



recursos económicos o la falta de conocimiento acerca de las amenazas pueden llevar a la gente a instalarse en zonas de amenaza.

- c) **Evaluación de riesgo.**- Un análisis de riesgo consiste en estimar las pérdidas probables para los diferentes eventos peligrosos posibles. Evaluar el riesgo es relacionar las amenazas y las vulnerabilidades con el fin de determinar las consecuencias sociales, económicas y ambientales de un determinado evento.

Se debe tomar en cuenta que los actores sociales (población, autoridades), tienen una percepción del riesgo que pueda ser influenciada por sus valores, su experiencia, sus prioridades. La evaluación del riesgo deberá ser lo más objetiva posible, aunque los valores y las prioridades de los actores deben tomarse en cuenta cuando se formulan las recomendaciones.

Una vez identificado un sitio de coexistencias de vulnerabilidad y amenazas avaluado el riesgo asociado se pueden elaborar las correspondientes recomendaciones para la reducción de riesgos. En particular, las evaluaciones de riesgo sirven como base para incorporar medidas de mitigación, y otras recomendaciones a los planes estratégicos de desarrollo a nivel nacional, municipal, institucional.



### 3.3.3 Métodos para el Análisis de Riesgos

Existen diversos métodos para el análisis de riesgos; sin embargo todos plantean una metodología de evaluación que distingue Amenazas y Vulnerabilidades. Entre los métodos que se utilizan están los métodos de análisis cualitativos y cuantitativos. Los métodos cuantitativos pueden aportar, cuando son aplicables, un grado de objetividad superior. Sin embargo la escasez de datos prohíbe generalmente su aplicación consecuente. Además, para permitir una eficiente gestión de riesgo, es generalmente más importante identificar correctamente las causas profundas (o factores) que causan el riesgo y que influyen sobre su dinámica (es decir sobre su crecimiento o su reducción), tanto del lado de las amenazas como del lado de las vulnerabilidades, que disponer de datos “exactos” sobre los riesgos en sí.<sup>28</sup>

- a) **Métodos Cuantitativos.-** Los métodos cuantitativos para el cálculo de riesgo implican generalmente el uso de análisis estadístico y probabilístico para determinar la probabilidad de ocurrencia de los fenómenos, la vulnerabilidad de los elementos en riesgo y del riesgo inducido. El método a aplicar depende de la recurrencia del fenómeno y de su variación espacial.
  
- b) **Métodos Cualitativos.-** La aplicación de métodos cualitativos para el análisis de riesgos implica el conocimiento preciso de las amenazas, de los elementos en riesgo y de sus vulnerabilidades, pero expresados de forma cualitativa (basados en la experiencia y

---

<sup>28</sup> COSUDE – AMUNIC (2002). “Instrumentos de apoyo para el análisis y gestión de riesgos naturales en el ámbito municipal de Nicaragua”. EDISA, Managua.





**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**

---



observaciones de campo). La probabilidad de los eventos peligrosos son estimaciones realizadas partiendo de la experiencia de los especialistas, las vulnerabilidades y el riesgo son determinados también de forma relativa.



## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, dado que su propósito es conocer la medida en que el sector público administrativo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), no implementa procesos de auditoría de gestión de calidad de riesgos dentro de la institución, para a partir de este diagnóstico formular una guía metodológica de auditoría de gestión de calidad que permita mejorar el desempeño de la institución además de prevenir y/o reducir sus riesgos.

Los estudios descriptivos, buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido al análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Es un estudio descriptivo, selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así definir lo que se investiga.<sup>29</sup>

#### 4.2 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Para elaborar el presente trabajo, se recurrió a los siguientes métodos y técnicas descritas a continuación:

---

<sup>29</sup> HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto y OTROS. 1998. "Metodología de la Investigación". México. McGraw Hill. Pág. 60.



#### **4.2.1 Método Descriptivo**

Permite conocer las variaciones que sufre el objeto o variable en un momento. Establece las condiciones y propiedades que tiene una variable. Este método permite conocer las características del objeto, por tanto este método será utilizado dentro de las instalaciones del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES L.P.), con la finalidad de relevar sus procesos y aspectos más importantes respecto a la misión que persigue y los instrumentos que utiliza para su cometido.

#### **4.2.2 Método Explicativo**

Los estudios explicativos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos o sociales. El interés se centra en explicar porque ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este.

Los trabajos explicativos, son más estructurados que las demás clases de estudios y de hecho implican los propósitos de ellos (exploración, descripción) además de que proporcionará un sentido de entendimiento al fenómeno a que hacen referencia.

En tal sentido la metodología explicativa, la aplicación de la misma pretenderá identificar las razones por las que en el Servicio Departamental de Salud de La Paz, no cuenta con un Sistema de Calidad por los servicios que presta a los usuarios que acuden a esta institución.



### 4.3 FUENTES Y TÉCNICAS

Las técnicas pertinentes para la recolección de información fueron las siguientes:

- **Entrevistas estructurales**, dirigida a funcionarios del nivel ejecutivo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), con la finalidad de conocer la aplicación de auditorías de gestión de calidad en la institución y las normas o sistemas de calidad implementados.

Esta forma de entrevista se realizara sobre la base de un cuestionario previamente formulado y preparado y estrictamente normalizado, a través de una lista de preguntas establecidas con anterioridad.<sup>30</sup>

- **Encuesta**, dirigida al personal operativo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES), para conocer el nivel de participación y conocimiento sobre los procesos de auditoría que se practica en la institución y su grado de involucramiento en dichos procesos.

Las encuestas buscan información sobre la propia conducta y experiencia del individuo, valores y actitudes, características personales y circunstancias sociales, con frecuencia también buscan información que va más allá del individuo, extendiéndose a sus relaciones interacciones o actividades con otra gente: proporcionando información

---

<sup>30</sup> ANDER – EGG, Ezequiel, 1992. “Técnicas de investigación social”. Buenos Aires. Editorial Humanistas. Pag.227.



sobre contextos sociales, grupos y acontecimientos de los que tienen experiencia.<sup>31</sup>

- **Análisis documental**, mediante la cual se realizó una revisión bibliográfica tanto en documentos, libros, publicaciones especializadas y páginas web provean información sobre auditoría de gestión de riesgos y temas inherentes, con la finalidad de proporcionar el sustento teórico necesario al trabajo de investigación.

El análisis documental se refiere “a la investigación bibliográfica realizadas en diversos tipos de escritos, tales como libros, documentos académicos, actas o informes, revistas, etc.”<sup>32</sup>

## 4.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

### 4.4.1 Población

La población de estudio está conformada por los funcionarios del nivel ejecutivo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES) y por el personal operativo del área Administrativa Financiera de esa entidad, cuya distribución es la siguiente:

PERSONAL	FRECUENCIA
Funcionarios de la Unidad de Auditoría Interna	5
Funcionarios del área Jerárquica y Operativa	175
<b>Total</b>	<b>180</b>

<sup>31</sup> BUNGE, Mario. La ciencia, su método y su filosofía, Edit. Siglo Veinte, Buenos Aires, 1986, Pág. 65.

<sup>32</sup> MUNCH Lourdes, ANGELES, Ernesto. 2003. “Métodos y Técnicas de Investigación”. México, Edit. Trillas, Pág. 51.



#### 4.4.2 Muestra

La muestra de estudio está conformada por dos grupos:

- a) En el caso de los ejecutivos, se consideró a la totalidad de ellos (15 ejecutivos), por ser una población pequeña.
- b) En caso de los funcionarios operativos, la muestra de estudio se estimó a través del muestreo probabilístico, mediante la siguiente formula estadística: <sup>33</sup>

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

<b>n = ?</b>	<b>(Tamaño de la muestra)</b>
<b>Z<math>\alpha</math> = 2,24</b>	<b>(Nivel de Confianza)</b>
<b>N = 175</b>	<b>(Tamaño del Universo)</b>
<b>p = 2.5% = 0,025</b>	<b>(Probabilidad a favor)</b>
<b>q = 1- p = 0,975</b>	<b>(Probabilidad en contra)</b>
<b>d = 3,69% = 0,0369</b>	<b>(Error de precisión)</b>

$$Z_{\alpha}^2 = 5,0176$$

Realizando los cálculos correspondientes se tiene:

$$n = \frac{(175) * (5.0176) * (0,025) * (0,975)}{(0,00136161) * (175 - 1) + (5.0176) * (0,025) * (0,975)} = 60$$

$$n = \underline{\underline{60}}$$

<sup>33</sup> MUNCH Lourdes, ANGELES, Ernesto. Op. Cit.



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



Por lo tanto, la muestra para el personal operativo estuvo conformada por 60 funcionarios del área jerárquica y operativa del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

Consecuentemente la muestra total estará constituida de acuerdo al siguiente detalle:

<b>PERSONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>
Funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna	5
Funcionarios del área Jerárquica y Operativa (*)	60
<b>Total</b>	<b>65</b>

*Fuente: Elaboración Propia*

(\*) Incluye al Director, Administrador, técnicos, administrativos y auxiliares.



## CAPITULO V

### 5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 5.1 ANALISIS SITUACIONAL DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA FRENTE A LA GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL

La Gestión Pública de Calidad, reconocida en la Carta Iberoamericana para la Mejora de la Calidad, aprobada en el año 2008 en El Salvador en la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Gestión Pública de Calidad Administración Pública y Reforma del Estado y adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, plantea un nuevo paradigma en el Estado de la siguiente forma:

<b>ESTADO TRADICIONAL</b>	<b>ESTADO MODERNO</b>
Organización por departamento	Organización del trabajo por proceso.
Jefes de departamento	Responsables de proceso.
Funcionario público	Servidor público.
Incertidumbre	Planificación.
Burocracia y formalismo	Innovación y flexibilidad.
Trabajo aislado sin coordinación	Trabajo en equipo y coordinado.
Jerarquía y control	Autonomía y autocontrol.
Datos	Información compartida.
Cumplimiento de desempeño	Compromiso con resultados y ética.

Entre algunos aspectos más relevantes y redundantes en la gestión pública y que lamentablemente no hemos podido superar, se encuentran por ejemplo la rotación excesiva de personal, debido a la necesidad de cumplir casi obligatoriamente con los favores políticos dirigidos sobre todo a las organizaciones sociales, que exigen cuotas de poder en los distintos espacios de





la gestión que también generarán problemas de ingobernabilidad o de gestión en su contra.

Es así que, por lo menos cada tres meses, el personal cambia, lo que significa sacar a los que no lograron aprender durante este corto tiempo su labor y meter a nuevos servidores que deberán intentar aprender sus labores en tiempo récord: el círculo vicioso de la ineficiencia. Como es de imaginar, esto perjudica a la gestión y al cumplimiento de los objetivos previstos en la planificación realizada.

Por otra parte existe una gran confusión con relación a los reglamentos internos, debido al desconocimiento por parte de los funcionarios dependientes de una entidad haciendo que sus actividades desarrolladas no sean desarrolladas de acuerdo a procedimientos establecidos si no acciones repetitivas y mecánicas de sus antecesores, sin objetivos concretos y una evaluación consiente sobre los resultados obtenidos.

En la medida que se cumpla un trabajo eficiente en la administración pública los resultados serán absolutamente favorables a los intereses, no sólo del Gobierno, sino más bien de la población que en sus diferentes estratos espera soluciones apropiadas a todos sus problemas.

Resulta sin embargo que pese a una serie de intentos por mejorar el trabajo de la pesada, burocrática e ineficiente administración pública, poco se ha hecho para ejecutar un cambio que comience en la eficiencia, la capacidad, voluntad y responsabilidad del



material humano, base de un trabajo con resultados de alta calidad profesional.

Lo que siempre sucede es que la mayoría de los cargos, desde los jerárquicos, responden a la designación de personas en "pago de facturas" por las tareas y compromisos contraídos en las campañas proselitistas, lo que elimina una de las posibilidades de alcanzar eficiencia profesional en los cargos públicos.

Cierto que no sucede de manera general el problema de tener más empleados políticos que políticos profesionales de diversas ramas, lo que obliga a cubrir los cargos en escala descendente de aptitudes o ejecutar la improvisación de funcionarios públicos, con los resultados que se conocen.

Hay problemas en la estructura del Poder Ejecutivo, desde los ministerios hasta las demás dependencias; las entidades públicas, exceptuando las cabezas que si bien tienen compromiso político obligatorio, no siempre están en condiciones de responder a las exigencias de determinadas situaciones, lo que produce una suerte de incertidumbre en la ciudadanía común que observa alarmada una serie de hechos que se presentan con inusitada frecuencia comprometiendo la imagen del sistema de servicio público.

Las consecuencias de estos problemas de improvisación se traducen en los resultados de gestión de los organismos públicos, por ejemplo con muy baja ejecución presupuestaria, con obras que se pagan y no se ejecutan, con denuncia de los vecinos de barrios marginales que no son receptores de los beneficios anunciados y



con el desarrollo de actitudes partidarias en muchos organismos, quitándole el tiempo efectivo a la planificación, la ejecución de proyectos y su pertinente fiscalización.

Lo importante para mejorar el desempeño del aparato estatal en su pirámide funcional es exigir mínimamente un determinado grado de responsabilidad profesional en la gente que debe ocupar los cargos jerárquicos donde se planifiquen las estrategias y las políticas de Estado. En todo caso los buenos resultados de una gestión dependerán del desempeño y eficiencia profesional de los ejecutivos en la administración pública.

Por tanto mientras no se le conceda a la administración pública otro rango que no sea el de botín político, nunca vamos a mejorarla, ni contaremos con elemento humano válido para integrarla. Se tiene que realizar un sacudimiento de fondo, cambiando las bases e ideologías del personal integrado a la administración; contando con profesionales idóneos y de carrera para la incorporación a la misma.

## **5.2 RELEVAMIENTO DE CONTROL INTERNO PARA LA APLICACIÓN DE UN MODELO DE AUDITORIA DE GESTION DE CALIDAD EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE LA PAZ**

La información requerida para este tipo de relevamiento generalmente se lo obtiene a través de entrevistas, cuestionarios, encuestas, etc., con el personal del área involucrada u otra relacionada o conexas con el objetivo de la investigación. El investigador hizo una evaluación preliminar para determinar el grado de conocimiento sobre el tema y grado de adiestramiento y



capacitación con que cuentan los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna y/u otro personal de las áreas que se encuentran inmersos en la ejecución y funcionamiento del Sistema de gestión de calidad administrativa que desarrollan diariamente en sus actividades.

Esta evaluación constituye el fundamento para la implementación, del modelo de planificación propuesto, especialmente para el área de Auditoria Interna y otras operativas que conforman el Servicio Departamental de Salud La Paz. Con la finalidad de medir el grado de conocimiento, adiestramiento, y criterio profesional para el ejercicio de exámenes de gestión de calidad, específicamente para determinar el nivel de calidad de los servicios, de acuerdo con las necesidades y satisfacción de los usuario que acuden a esta institución y mejorar su nivel de gestión de riesgos.

Para este efecto se ha diseñado dos tipos de cuestionarios de control, para el Personal ejecutivo y operativo excepto la unidad de Auditoria Interna, los mismos que alcanzan a 60 funcionarios y otro orientado a los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna que comprende a 5 funcionarios.

Para considerar las preguntas y respuestas de los modelos de cuestionarios se deben tomar en cuenta, la escala con los siguientes valores:

- a. **Si** (cuando los encuestados realmente conocen o desarrollan el procedimiento).
- b. **Parcialmente** (cuando los encuestados no conocen todos los elementos o no llevan a cabo todas las actividades).



- c. **No** (cuando los encuestados conocen o no llevan a cabo la actividad).
- d. **Comentarios** (cuando los encuestados desean añadir un comentario o justificación a su respuesta).

**5.2.1 Cuestionario dirigido al Personal Jerárquico y operativo  
SEDES L.P. (excepto la Unidad de Auditoría Interna)**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS  
CARRERA DE AUDITORIA  
CUESTIONARIO A FUNCIONARIOS DEL NIVEL JERÁRQUICO Y OPERATIVO  
DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ**

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer el grado de implementación y auditoría de calidad y riesgos en el Servicio Departamental de Salud La Paz, Por tanto solicito su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario de forma anónima y de acuerdo a las instrucciones anotadas en el mismo. Es de hacer notar que el mismo tiene solo propósitos académicos y su participación ayudara con la información para la conclusión de la investigación que se efectúa.

La información que usted brindara será valiosamente tratada, reiterando que no tiene otro fin que contribuir a la investigación académica que realizo, esperando merecer su confianza, agradezco anticipadamente su participación, estando a vuestra disposición para cualquier información adicional que se requiera.

<b>Nro.</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>PARCIAL- MENTE</b>	<b>NO</b>	<b>COMENTARIO</b>
<b>1</b>	¿El SEDES La Paz, ha implementado un sistema de gestión de calidad de acuerdo a los siguientes principios? <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfoque al usuario.</li><li>• Liderazgo.</li><li>• Participación del personal.</li><li>• Procesos o procedimientos</li></ul>				



AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



	<p>establecidos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mejora continua.</li><li>• Decisiones oportunas.</li><li>• Relaciones interpersonales mutuas (proveedor de servicio – usuario).</li></ul>			
2	<p>¿El SEDES La Paz, utiliza medios para medir la calidad de los servicios que presta el SEDES, a los usuarios?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prontitud en el servicio.</li><li>• Puntualidad en la entrega.</li><li>• Cumplimiento en el tiempo del ciclo del servicio.</li><li>• Exactitud en el cumplimiento de los compromisos.</li><li>• Relación beneficio-costos.</li><li>• Personal calificado para el servicio adquirido.</li><li>• Cumplimiento de los plazos acordados.</li><li>• Amabilidad y buen trato en la prestación del servicio.</li></ul>			
3	<p>¿El SEDES La Paz, utiliza medios para conocer o percibir las necesidades expectativas y/o demandas de los usuarios que acuden a esta institución?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuestionarios para obtener información.</li><li>• Buzón de sugerencias o de reclamos.</li><li>• Experimentar ser usuario.</li><li>• Necesidades de los usuarios a través de los incidentes.</li><li>• Entrevistar a grupos de</li></ul>			



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



	usuarios.				
<b>4</b>	<p>¿Conoce de otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz., para mejorar la calidad de los servicios?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Formación de personal para conocer los procedimientos a seguir.</li><li>• Plan de acción para situaciones imprevistas.</li><li>• Trasmitir a la dirección las necesidades detectadas de los clientes.</li><li>• Mejora continua.</li></ul>				
<b>5</b>	¿El SEDES La Paz, como entidad pública, ha implementado normas o reglamentos internos de calidad?				
<b>6</b>	¿El SEDES La Paz, fue objeto de la otorgación de Certificaciones o acreditaciones de Calidad por los servicios que presta, por parte de alguna entidad autorizada de nivel nacional o internacional?				
<b>7</b>	¿Conoce si el SEDES La Paz, cuenta con políticas y/o acciones para prevenir riesgos en las actividades y/o servicios que desarrolla y presta hacia los usuarios?				
<b>8</b>	¿Se cuenta con medidas de protección para los equipos, infraestructura y seguridad para los funcionarios que desarrollan sus actividades en el SEDES La Paz?				



**5.2.2 Cuestionario dirigido al Personal de la Unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz (excepto personal Jerárquico y operativo)**

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS  
CARRERA DE AUDITORIA  
CUESTIONARIO A FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA  
DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ**

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer el grado de implementación y auditoría de calidad y riesgos en el Servicio Departamental de Salud La Paz, Por tanto solicito su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario de forma anónima y de acuerdo a las instrucciones anotadas en el mismo. Es de hacer notar que el mismo tiene solo propósitos académicos y su participación ayudara con la información para la conclusión de la investigación que se efectúa.

La información que usted brindara será valiosamente tratada, reiterando que no tiene otro fin que contribuir a la investigación académica que realizo, esperando merecer su confianza, agradezco anticipadamente su participación, estando a vuestra disposición para cualquier información adicional que se requiera.

<b>Nro.</b>	<b>PREGUNTAS</b>	<b>SI</b>	<b>PARCIAL- MENTE</b>	<b>NO</b>	<b>COMENTARIO</b>
<b>1</b>	¿La Unidad de Auditoría, ha practicado anteriormente Auditorías de Calidad en el SEDES La Paz, o en alguna institución dependiente?				





**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



<b>2</b>	<p>¿La Unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz, ha practicado otro tipo de auditorias que tenga relación con la eficacia eficiencia y calidad de las operaciones administrativas y/o financieras?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Auditorias de Confiabilidad.</li><li>• Auditorias Especiales.</li><li>• Auditorias Operativas.</li><li>• Auditorías Ambientales.</li><li>• Auditorias a los Sistemas de Administración y Control (SAYCO's).</li><li>• Otras.</li></ul>				
<b>3</b>	<p>¿Usted conoce los planes, metodologías y procedimientos para afrontar Auditorias de Calidad?</p>				
<b>4</b>	<p>¿Conoce las bases legales que sustentan el ejercicio de la Auditoría de Calidad?</p>				
<b>5</b>	<p>¿Considera que el equipo de auditores de su Unidad posee habilidades y experiencia para elaborar Auditoría de Calidad?</p>				
<b>6</b>	<p>¿Considera importante que la Unidad de Auditoria debe contar con un modelo de planificación para la aplicación de una Auditoria de Calidad?</p>				



## CAPITULO VI

### 6. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO DEL PROYECTO

#### 6.1 DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS APLICADOS

Para la evaluación del diagnóstico se procedió a la evaluación de los factores que estaría impidiendo y/o fortaleciendo los procesos técnicos y metodológicos para llevar adelante auditorias de calidad y una adecuada gestión de Riesgos, en el Servicio Departamental de Salud La Paz, utilizando para ello dos tipos de cuestionarios de la siguiente forma:

El primer cuestionario que consta de 8 preguntas fue dirigido a 60 funcionarios tomados como muestra, del nivel jerárquico y operativo del SEDES La Paz, el segundo cuestionario de 6 preguntas fue dirigida específicamente a 5 funcionarios que trabajan en la Unidad de Auditoria Interna de la misma institución.

Completados los cuestionarios, se empezó el análisis de las respuestas obtenidas de los puntos evaluados, posteriormente se procedió a la tabulación y evaluación de los mismos. Cuantificada la información estadística, se procedió a la transcripción del mismo a través de un procesador de texto, en este caso Microsoft WORD 2010 y Hojas Electrónicas en Microsoft EXCEL 2010. Finalmente se ha confeccionado cuadros y gráficos estadísticos con su respectiva interpretación.



## 6.2 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

Como consecuencia de la evaluación realizada, se exponen los resultados de la muestra establecida, en los siguientes cuadros resumen:

### 6.2.1 Resumen de los resultados del Personal de Nivel Jerárquico y Operativo del SEDES La Paz.

Nro.	PREGUNTAS	SI	%	PAR-CIAL	%	NO	%	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	<p>¿El SEDES La Paz, ha implementado un sistema de gestión de calidad de acuerdo a los principios del citado sistema?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfoque al usuario.</li><li>• Liderazgo.</li><li>• Participación del personal.</li><li>• Procesos o procedimientos establecidos.</li><li>• Mejora continua.</li><li>• Decisiones oportunas</li><li>• Relaciones interpersonales mutuas (proveedor de servicio – usuario).</li></ul>	5	8%	10	17%	45	75%	60	100%
2	<p>¿El SEDES La Paz, utiliza medios para medir la calidad de los servicios que presta el SEDES, a los usuarios?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Prontitud en el servicio.</li><li>• Puntualidad en la entrega.</li><li>• Cumplimiento en el tiempo del ciclo del servicio.</li><li>• Exactitud en el cumplimiento de los compromisos.</li><li>• Relación beneficio-costos.</li><li>• Personal calificado para el servicio adquirido.</li><li>• Cumplimiento de los plazos acordados.</li></ul>	12	20%	10	17%	38	63%	60	100%



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amabilidad y buen trato en la prestación del servicio.</li> </ul>								
<b>3</b>	<p>¿El SEDES La Paz, utiliza medios para conocer o percibir las necesidades expectativas y/o demandas de los usuarios que acuden a esta institución?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuestionarios para obtener información.</li> <li>Buzón de sugerencias o de reclamos.</li> <li>Experimentar ser usuario.</li> <li>Necesidades de los usuarios a través de los incidentes.</li> <li>Entrevistar a grupos de usuarios.</li> </ul>	10	17%	11	18%	39	65%	60	100%
<b>4</b>	<p>¿Conoce de otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz, para mejorar la calidad de los servicios?, como por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formación de personal para conocer los procedimientos a seguir.</li> <li>Plan de acción para situaciones imprevistas.</li> <li>Trasmitir a la dirección las necesidades detectadas de los clientes.</li> <li>Mejora continua.</li> </ul>	11	18%	15	25%	34	57%	60	100%
<b>5</b>	¿El SEDES La Paz, como entidad pública, ha implementado normas o reglamentos internos de calidad?	10	17%	15	25%	35	58%	60	100%
<b>6</b>	¿El SEDES La Paz, fue objeto de la otorgación de Certificaciones o acreditaciones de Calidad por los servicios que presta, por parte de alguna entidad autorizada de nivel nacional o internacional?	0	0%	10	17%	50	83%	60	100%
<b>7</b>	¿Conoce si el SEDES La Paz, cuenta con políticas y/o acciones para prevenir riesgos en las actividades y/o servicios que desarrolla y presta hacia los usuarios?	10	17%	11	18%	39	65%	60	100%



<b>8</b>	¿Se cuenta con medidas de protección para los equipos, infraestructura y seguridad para los funcionarios que desarrollan sus actividades en el SEDES La Paz?	10	17%	15	25%	35	58%	60	100%
----------	--	----	-----	----	-----	----	-----	----	------

## 6.2.2 Descripción de Tablas y Gráficos del Personal de Nivel Jerárquico y Operativo del SEDES La Paz.

### 6.2.2.1 Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad por parte del SEDES La Paz, de acuerdo a principios establecidos

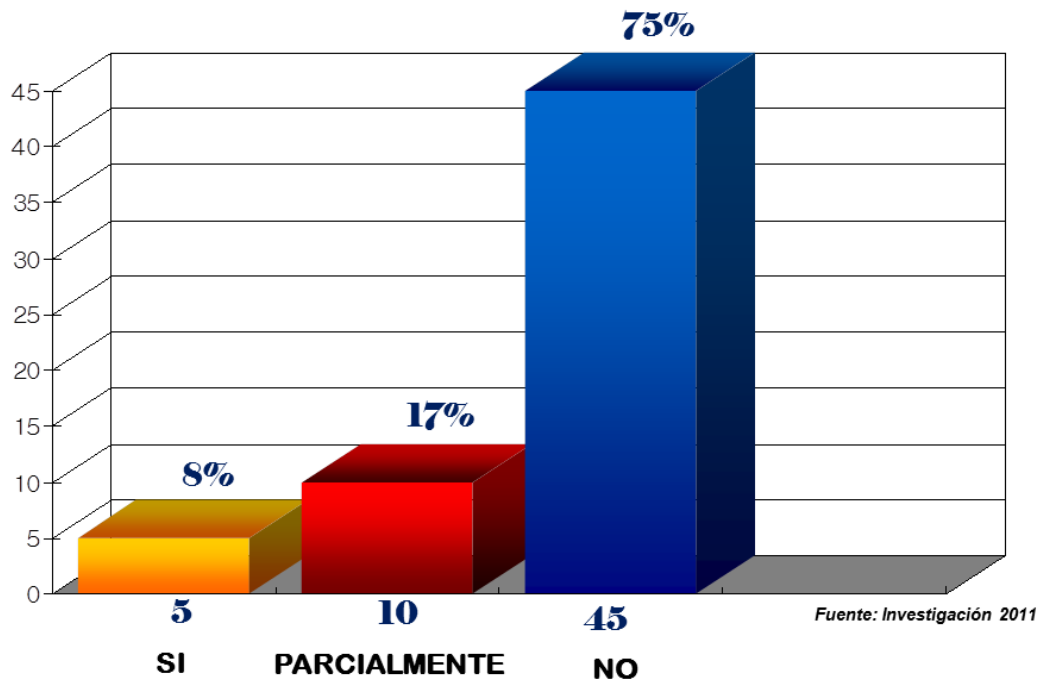
**TABLA Nº 1**

¿El SEDES La Paz, ha implementado un sistema de gestión de calidad de acuerdo a los principios de citado sistema?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	5	8%
PARCIALMENTE	10	17%
NO	45	75%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.*



**Gráfico N° 1**



Respecto a la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad por parte del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, un 75% (45) de los funcionarios encuestados señala su carencia, en tanto un 17% (10) menciona que fue implementado parcialmente y solo un 8% (5) indica que la institución cuenta con el citado sistema de calidad, que le permite conocer las virtudes y deficiencias de la entidad gubernamental.

Estas apreciaciones son consecuencia del desconocimiento de la mayoría de los funcionarios sobre los componentes y finalidad de un Sistema de Gestión de Calidad, y los pocos que señalan su implementación o existencia, hacen referencia que el sistema tiene solo como objetivo de brindar una mejor atención al público. Aspecto que repercute en la necesidad de que la dirección y administración del SEDES, deba asumir los nuevos enfoques de gestión, donde la implementación de normas de



calidad son vitales para ofrecer un servicio de calidad, conforme lo exigen las normas internacionales ISO 9000.

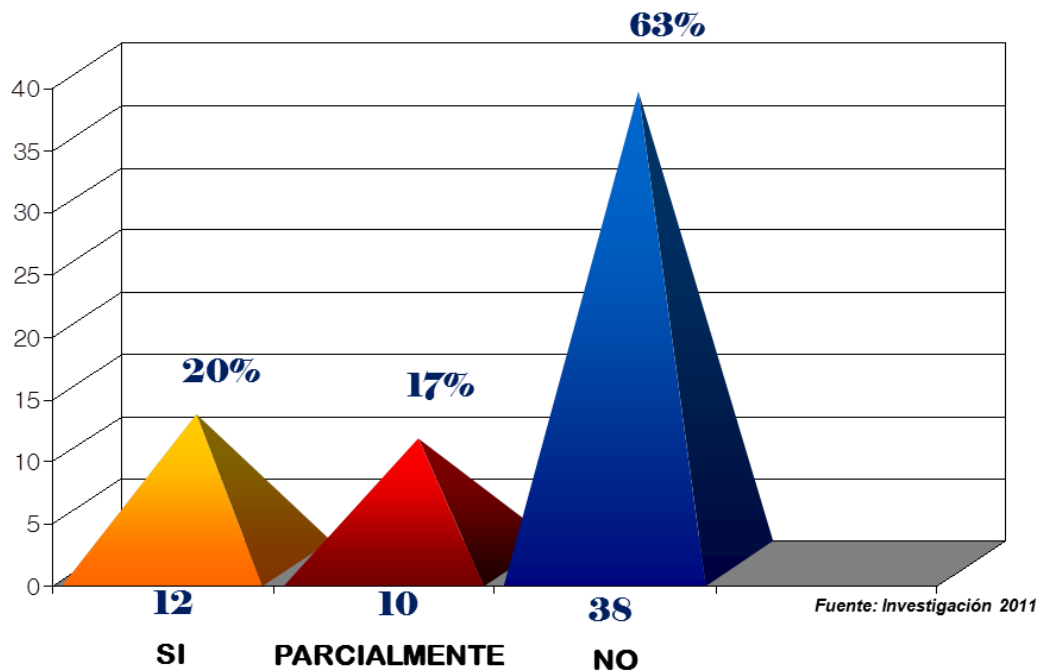
### 6.2.2.2 Medios que utiliza el SEDES La Paz, para medir la calidad de los servicios prestados a los usuarios

TABLA Nº 2

¿El SEDES La Paz, utiliza medios para medir la calidad de los servicios que presta el SEDES, a los usuarios?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	12	20%
PARCIALMENTE	10	17%
NO	38	63%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.*

Gráfico Nº 2





Las respuestas obtenidas respecto a los medios que utiliza el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, para medir la calidad de los servicios que presta a los usuarios, un 63% (38) del personal jerárquico y operativo, manifestaron que no cuentan con instrumentos para evaluar la calidad del servicio prestado, 20% (12) señalan que se realizan evaluaciones a través de los informes que proporciona cada departamento, y solo un 17% (4) indican que parcialmente existen algunos mecanismos específicos para verificar el cumplimiento de los objetivos de gestión.

A pesar de que la institución no cuenta con estándares de calidad definidos para medir la calidad de servicio, ni auditorias de calidad para identificar las deficiencias, los resultados indican que de alguna manera la institución se preocupa por conocer el nivel de la calidad de servicio que presta, empero estas acciones no responden a resultados establecidos de acuerdo a normas y/o indicadores que fundamenten la calidad de servicio prestado a los usuarios que acuden a esta institución.

### 6.2.2.3 Medios que utiliza el SEDES La Paz, para conocer o percibir las necesidades, expectativas y/o demandas de sus usuarios

TABLA Nº 3

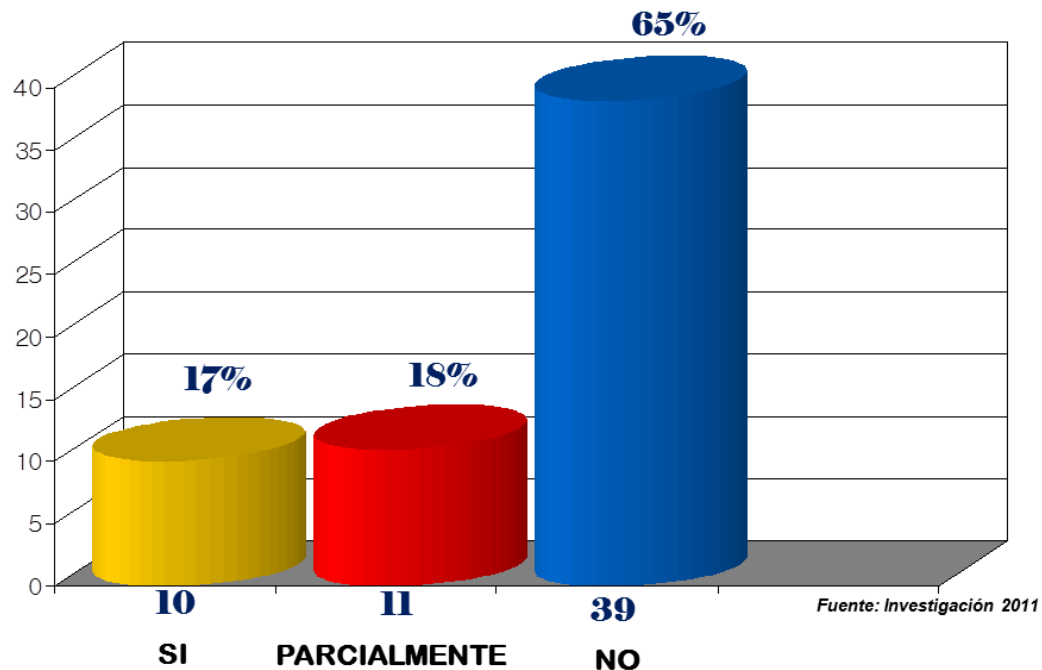
¿El SEDES La Paz, utiliza medios para conocer o percibir las necesidades expectativas y/o demandas de los usuarios?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	10	17%
PARCIALMENTE	11	18%
NO	39	65%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.





Gráfico N° 3



Sobre los medios por los que se perciben las necesidades, expectativas y demandas de los usuarios que recurren al Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, un 65% (39) de los encuestados manifestaron que no fueron implementados medios de interacción, que permita conocer los requerimientos o mejoras de los usuarios respecto a la calidad de atención que reciben, asimismo un 18% (11) parcialmente señala que los usuarios expresan sus reclamos mediante las distintas protestas tanto escritas como verbales, en tanto un 17% (10) señala que como medio se cuenta con un buzón de reclamos y sugerencias que se encuentra instalado en el ingreso de la institución.

Las respuestas muestran que no existe de manera clara mecanismo concreto para conocer las necesidades, expectativas y demandas de las personas que recurren al Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, lo que denota la falta de determinadas directrices que puedan



proporcionar información sobre expectativas de la población y responder de manera satisfactoria a dichas demandas. La auditoría de calidad, es una herramienta que puede proporcionar este tipo de información.

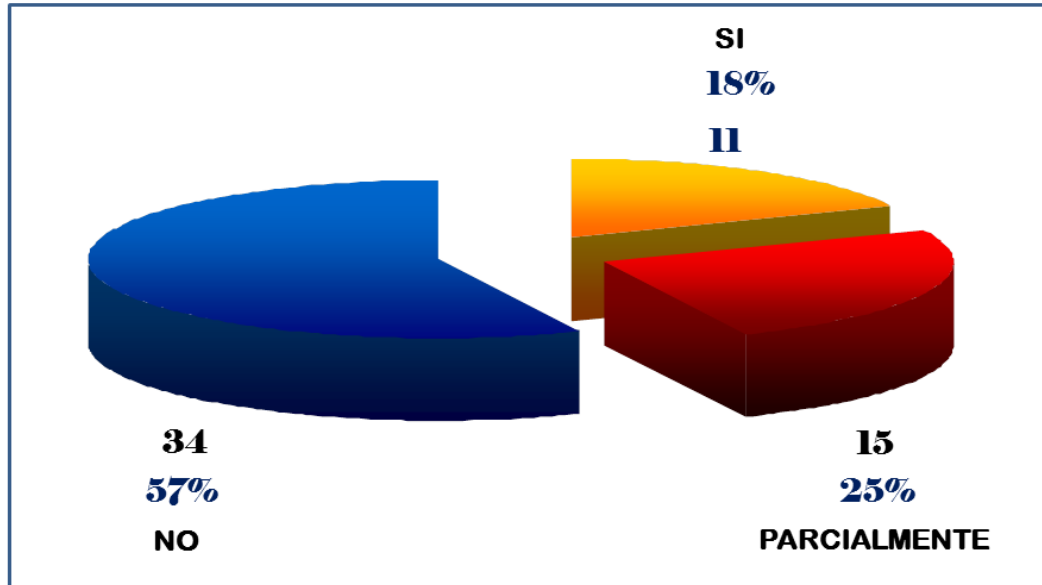
#### 6.2.2.4 Otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz, para mejorar la calidad de los servicios

TABLA Nº 4

¿Conoce de otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz, para mejorar la calidad de los servicios?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	11	18%
PARCIALMENTE	15	25%
NO	34	57%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

**Gráfico N° 4**



Fuente: Investigación 2011

Con relación a otras medidas que haya implementado el SEDES La Paz, para mejorar la calidad de los servicios que presta, un 57% (34) señala que no cuenta con un plan o instrumentos para mejorar la calidad de atención, 25% (15) señala algunos criterios sobre una mayor provisión de recursos logísticos y humanos en tanto solo un 18% (11) señala que se cuentan con cursos de capacitación en algunos programas de salud, que permiten ofrecer un servicio con calidad y calidad a los usuarios.

Frente a las diversas deficiencias relacionadas con la gestión de calidad en el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, los funcionarios de nivel ejecutivo y/u operativo, han expresado algunos criterios que pueden conducir a la superación de estas deficiencias y mejorar la calidad de atención a los usuarios, dentro de los cuales se señalan; la institución debería asignar un mayor número de recursos humanos que permita una mejor atención a la población; es necesario incrementar mayor



capacitación al personal que atiende al público usuario; también plantea la implementación de un manual de funciones, lo que evitaría que cada funcionario cumpla con su trabajo de acuerdo a criterios personales; la institución debería definir políticas de funcionamiento y atención claras así cada uno cumpliría dentro de su área y con tareas específicas finalmente se manifiesta que existe una notoria falta de compromiso de parte de los funcionarios con la institución y su trabajo debido a la retribución económica que perciben dejando de lado a la institución, su imagen y sus repercusión en la sociedad.

#### 6.2.2.5 Implementación por parte del SEDES La Paz, de normas o reglamentos internos sobre calidad

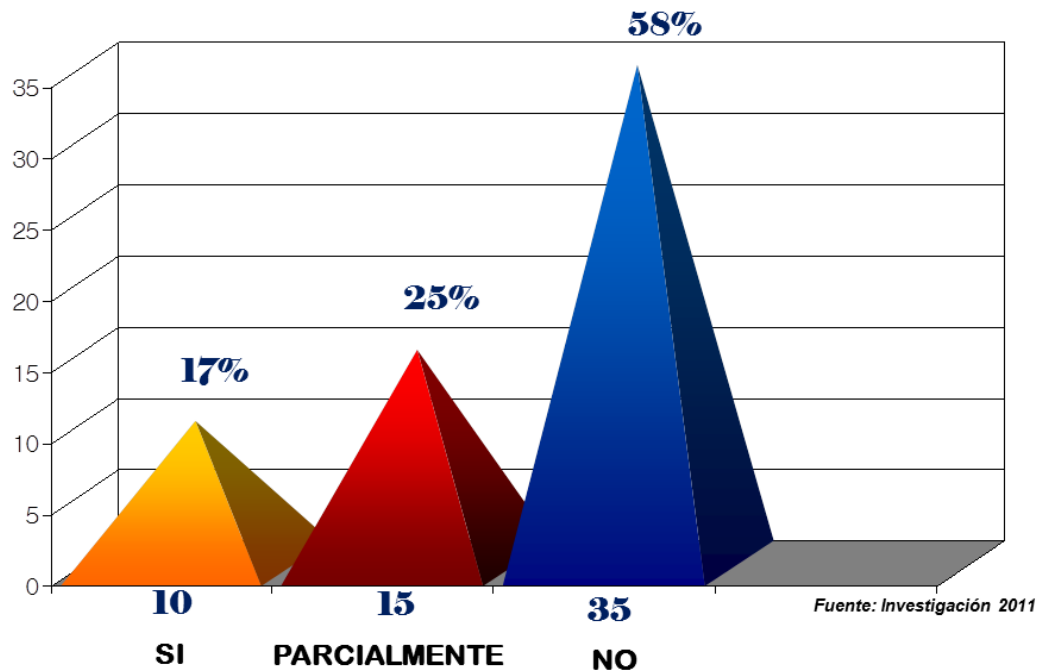
TABLA Nº 5

¿El SEDES La Paz, como entidad pública, ha implementado normas o reglamentos internos de gestión de calidad?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	10	17%
PARCIALMENTE	15	25%
NO	35	58%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.



Gráfico Nº 5



Con relación a las normas de calidad que habría implementado el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz como entidad pública, 58% (35) funcionarios señalan que no fue implementada norma alguna sobre calidad, el 25% (15) manifestó que se cuenta con algunos manuales de procedimientos sobre programas de salud y un 17% (10) afirman que existen empero los mismos no pudieron ser evidenciados o justificados por los encuestados.

Estas repuestas van relacionadas a las anteriores, por lo que se puede deducir que los directivos del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz no han implementado ni tienen conocimiento sobre normas de calidad que sirvan de base para un desempeño de calidad de la institución; situación que constituye una deficiencia en el proceso de gestión, que incide en la prestación de servicios y en el prestigio de la entidad.



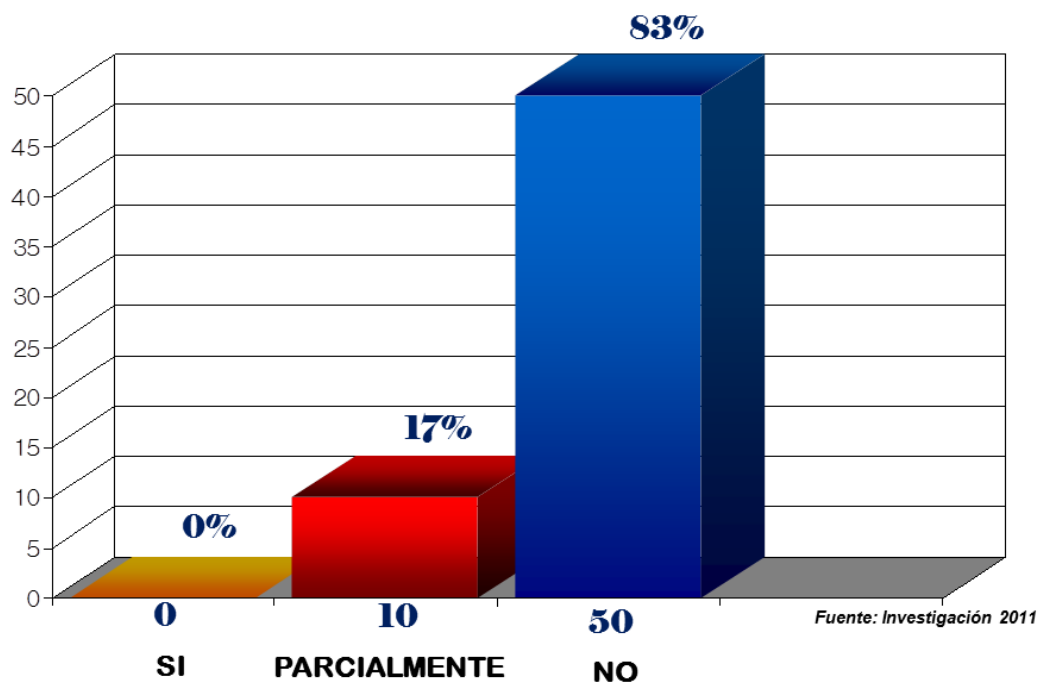
### 6.2.2.6 Otorgación de certificaciones o acreditaciones de calidad al SEDES La Paz, por alguna entidad autorizada de nivel nacional o internacional

TABLA Nº 6

¿El SEDES La Paz, fue objeto de la otorgación de Certificaciones o acreditaciones de Calidad por los servicios que presta, por parte de alguna entidad autorizada de nivel nacional o internacional?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	10	17%
NO	50	83%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

Gráfico Nº 6





Sobre la otorgación de certificados o procesos de acreditación que haya sido objeto el SEDES La Paz, el 83% (50) señala que desconoce o afirma que no fue objeto de certificación o acreditación alguna, en tanto solo el 17% (10) señala que en alguna oportunidad la institución fue reconocida por otras instituciones de salud, como el Ministerio de Salud y Deportes o la Organización Mundial de la Salud, por los servicios que presta especialmente en el control epidemiológico en las áreas rurales, empero los citados reconocimientos no fueron producto de procesos de evaluaciones o acreditaciones de calidad.

Por las respuestas obtenidas estas muestran el poco conocimiento que tienen los funcionarios y/o ejecutivos sobre los procesos de certificación y/o acreditación de la gestión de calidad de las instituciones públicas, por parte de entes autorizados, esto debido a la falta de una implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, por la cual se pueda establecer o medir el verdadero impacto de la calidad de los servicios que brinda el SEDES La Paz, a los usuarios.

#### 6.2.2.7 Políticas y/o acciones para prevenir riesgos en las actividades y/o servicios que presta a los usuarios

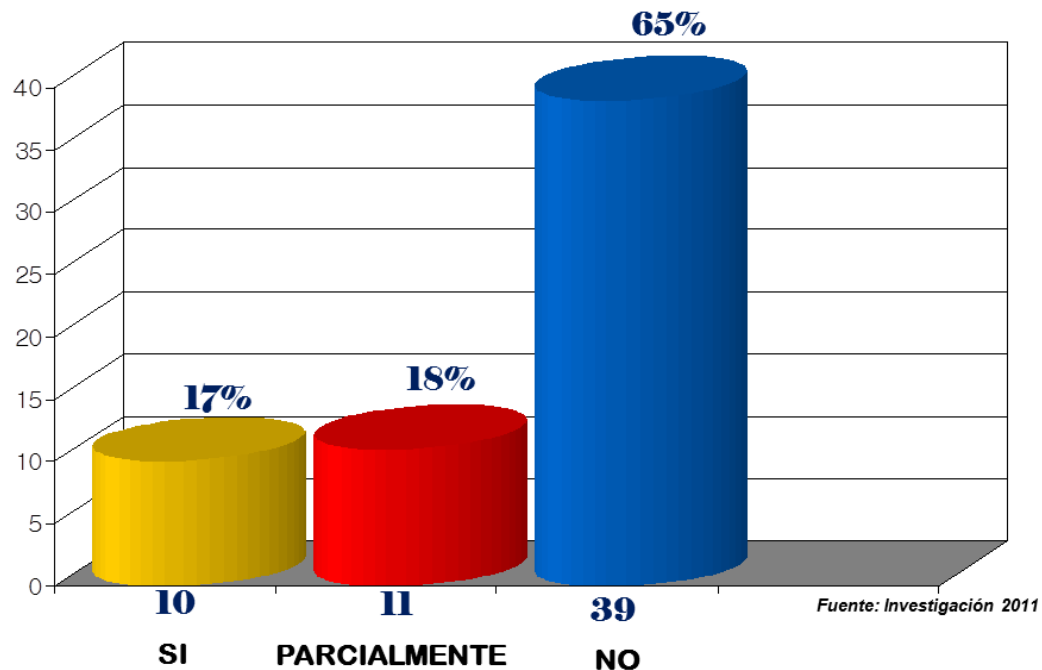
TABLA Nº 7

¿Conoce si el SEDES La Paz, cuenta con políticas y/o acciones para prevenir riesgos en las actividades y/o servicios que desarrolla y presta hacia los usuarios?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	10	17%
PARCIALMENTE	11	18%
NO	39	65%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.*



**Gráfico Nº 7**



De acuerdo al grafico respectivo se puede observar que no existen políticas y/o acciones dispuestos por la institución para la prevención de riesgos al interior de la institución o con el público usuario, así lo expresaron el 65% (39) de los entrevistados, en tanto que en la misma línea parcialmente 18% (11) señalan que en alguna oportunidad la unidad del programa de desastres hizo un simulacro sobre las acciones a tomar ante un potencial terremoto, y finalmente un 17% (10) afirman que se cuentan con medidas de prevención empero la mismas son de orden asistencial y epidemiológico para los servicios externos a la entidad que brinda el SEDES La Paz, como por ejemplo prevenciones de enfermedades transmisibles.

Estos resultados muestran que el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, no cuenta con políticas y/o acciones tendientes a prevenir posibles riesgos o contingencias al interior de la institución y con





los usuarios que recurre a esta institución para la solución de sus conflictos, este aspecto debe llamar la atención de los directivos de la entidad que deben tender a mejorar la gestión institucional, para brindar un mejor servicio a la población y acreditarse de esta manera ante la sociedad como una entidad gubernamental eficiente y que presta servicios de calidad a la comunidad.

Lo anterior, también plantea la necesidad de efectuar auditorias de calidad, puesto que ella permitirá conocer los riesgos y/o contingencias de las áreas conflictivas al interior de la organización y en relación con los servicios que presta a la población, administrando de manera adecuada su gestión de riesgos.

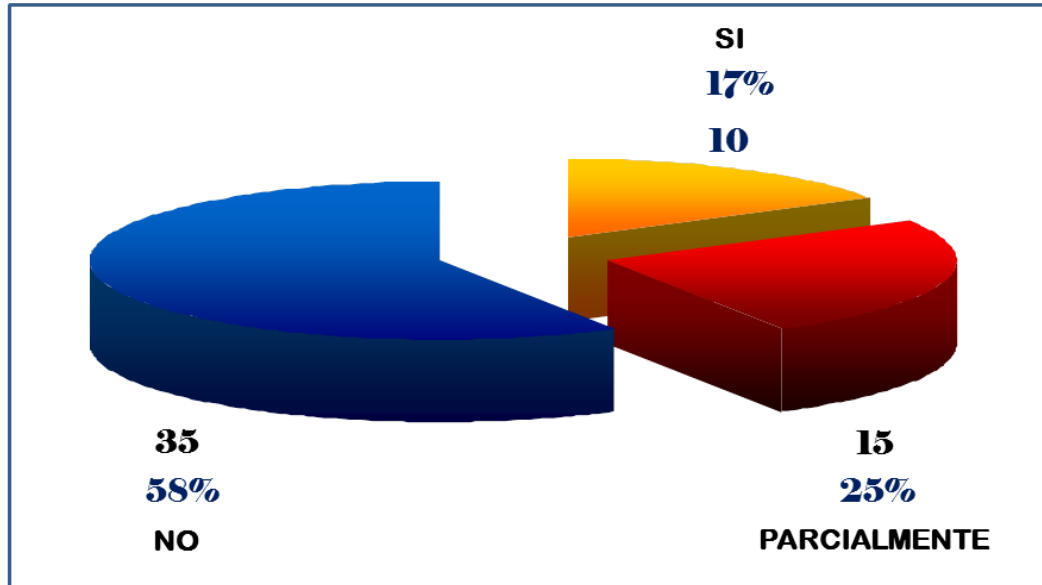
#### 6.2.2.8 Medidas de protección para los equipos, infraestructura y seguridad para los funcionarios del SEDES La Paz

TABLA Nº 8

¿Se cuenta con medidas de protección para los equipos, infraestructura y seguridad para los funcionarios que desarrollan sus actividades en el SEDES La Paz?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	10	17%
PARCIALMENTE	15	25%
NO	35	58%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios del nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.*

**Gráfico Nº 8**



Fuente: Investigación 2011

Consultados respecto a las medidas de protección que implementó el SEDES La Paz, para preservar los equipo, infraestructura y seguridad de los funcionarios de la institución, un 58% (35) señala que ninguno, 25% expresan que se han implementado servicios de seguridad parcialmente, y 17% (10) indicaron que sí, empero no precisaron en que consistirían las citadas medidas de seguridad, limitándose a mencionar que se contaría con un plan de mantenimiento de equipos, que no pudo ser evidenciado.

Como se observa en los resultados de las encuestas, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, presenta deficiencias en la administración de riesgos. Si bien se tendrían implementadas algunas medidas, estas no responden a los informes ni recomendaciones de auditoría de calidad. En este sentido se hace necesaria la implementación de un proceso de auditoría de calidad para contar con elementos que permitan delinear su gestión de riesgo, además de conocer las virtudes y



deficiencias que presenta esta entidad para brindar un eficiente servicio de calidad a la población que recurre a sus oficinas.

### 6.2.3 Resumen de los resultados del personal de la Unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz

Nro.	PREGUNTAS	SI	%	PAR-CIAL	%	NO	%	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	¿La Unidad de Auditoría Interna, ha practicado anteriormente Auditorias de Calidad en el SEDES La Paz, o en alguna institución dependiente?	0	0%	0	0%	5	100%	5	100%
2	¿La Unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz, ha practicado otro tipo de auditorias que tenga relación con la eficacia eficiencia y calidad de las operaciones administrativas y/o financieras?, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorias de Confiabilidad.</li> <li>• Auditorias Especiales.</li> <li>• Auditorias Operativas.</li> <li>• Auditorías Ambientales.</li> <li>• Auditorias a los Sistemas de Administración y Control (SAYCO's).</li> <li>• Otras.</li> </ul>	1	20%	4	80%	0	0%	5	100%
3	¿Usted conoce los planes, metodologías y procedimientos para afrontar Auditorias de Calidad?	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
4	¿Conoce las bases legales que sustentan el ejercicio de la Auditoría de de Calidad?	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
5	¿Considera que el equipo de auditores de su Unidad posee habilidades y experiencia para elaborar Auditoría de Calidad?	0	0%	1	20%	4	80%	5	100%
6	¿Considera importante que la Unidad de Auditoría Interna debe contar con un modelo de planificación para la aplicación de una Auditoria de Calidad?	5	100%	0	0%	0	0%	5	100%



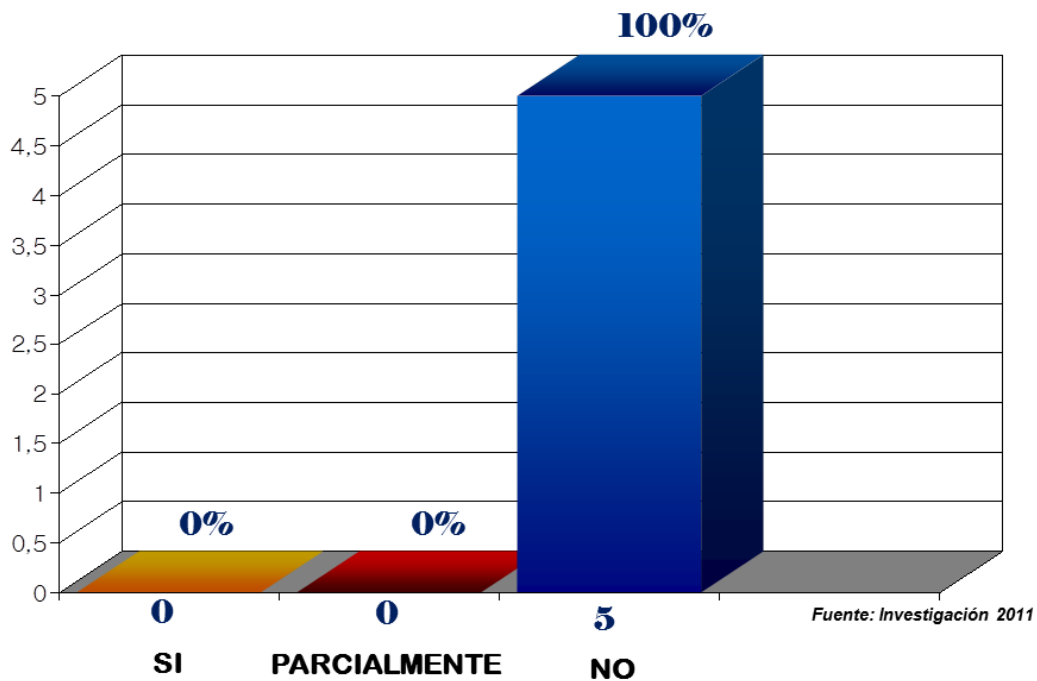
### 6.2.3.1 Auditorías practicadas sobre gestión de calidad por la unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz.

TABLA Nº 9

¿La Unidad de Auditoria, ha practicado anteriormente Auditorias de Calidad en el SEDES La Paz, o en alguna institución dependiente?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	0	0%
NO	5	100%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

Gráfico Nº 9





Respecto a la realización de Auditoria de Calidad en el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, los funcionarios que cumplen actividades en la Unidad de Auditoria Interna unánimemente el 100% (5) respondieron que no, debido a el citado examen no se encuentra normada dentro las normas de auditoría gubernamental, asimismo, puntualizaron que este tipo de examen tampoco fue objeto por alguna firma externa de auditoria.

De los resultados obtenidos se infiere que en el SEDES La Paz, como entidad gubernamental no se efectúan auditorias de gestión de calidad, aspecto limita, el grado en que la institución cumple con las normas o sistemas de calidad que pudieran haber sido implementadas, para mejorar su servicio a través de este importante instrumento como constituye los exámenes o auditorias de calidad.

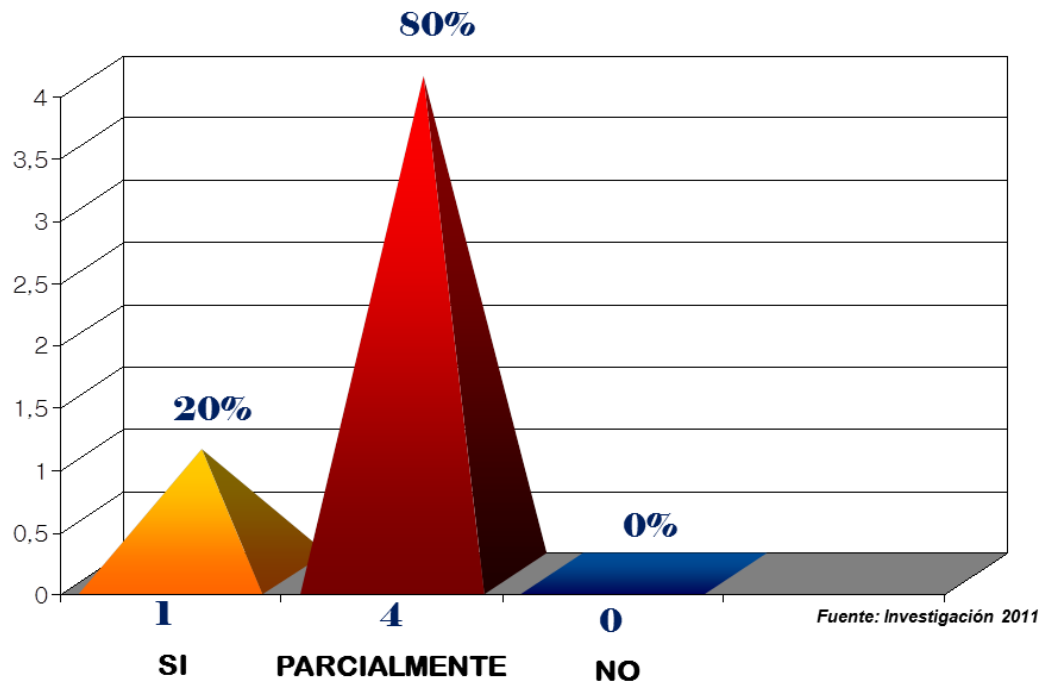
### 6.2.3.2 Otras auditorías practicadas por la unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz, relacionadas a la eficacia, eficiencia y calidad

TABLA N° 10

¿La Unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz, ha practicado otro tipo de auditorias que tenga relación con la eficacia eficiencia y calidad de las operaciones administrativas y/o financieras?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	1	20%
PARCIALMENTE	4	80%
NO	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

**Gráfico Nº 10**



Respecto a otro tipo de auditorías que se practican en el Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, la mayoría de funcionarios representada por 5 auditores entrevistados un 80% (4) manifiesta que se efectúan parcialmente solo algunas auditorías de orden gubernamental como ser Especiales, de Confiabilidad y SAYCO's, en tanto solo el 20% (1) respondió que se efectúan la totalidad de auditorías, sin precisar exactamente otro tipo de exámenes efectuados.

Por los resultados expuestos, se advierte que los funcionarios de auditoría solo relacionan la auditoría gubernamental solo con el factor de control económico y administrativo a través de las auditorías específicas, empero no así en lo referido a la gestión de la Institución. De estos resultados se desprende que la Unidad de Auditoría Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, no se desarrollan Auditorías de Calidad como mecanismo para la administración de riesgos en la organización.



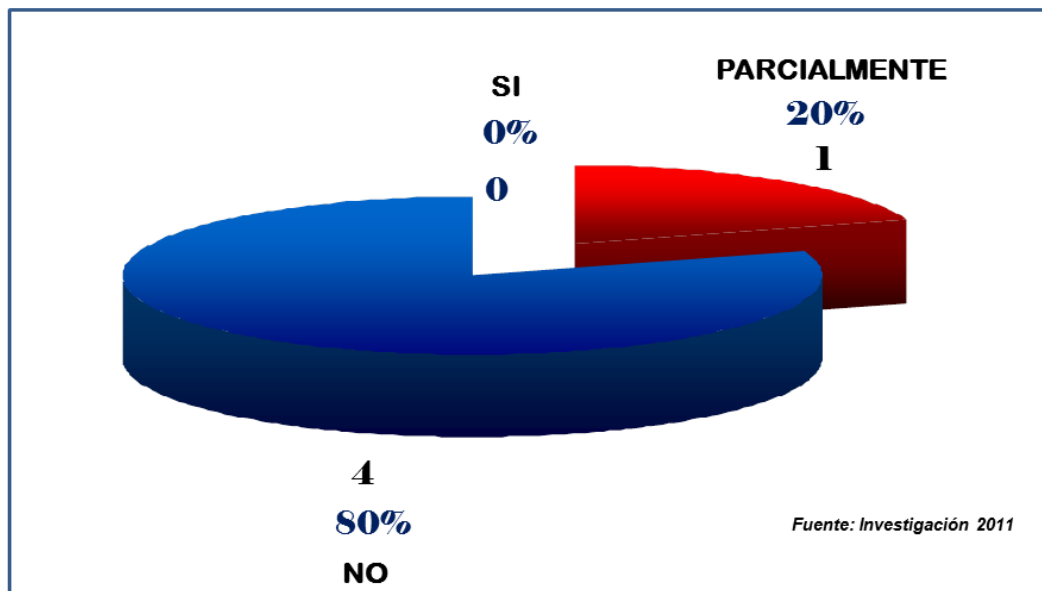
### 6.2.3.3 Planes, metodologías y procedimientos para afrontar Auditorías de Gestión de Calidad

TABLA Nº 11

¿Conoce los planes, metodologías y procedimientos para afrontar Auditorías de Calidad?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	1	20%
NO	4	80%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoría Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

Gráfico Nº 11



Sobre los planes, metodologías y procedimientos de igual forma, apenas el 20% (1) señala conocer medianamente algunos procedimientos para



efectuar Auditorias de Calidad, sin embargo un 80% (4) señalan desconocer los mismos.

Por tanto también se pudo determinar que los auditores internos del SEDES La Paz, desconocen de una metodología y procedimientos a seguir en la aplicación de una Auditoría de Calidad, alegan además que en la Unidad de Auditoria a pesar de no estar orientadas sobre el tema, empero señalan que poseen las habilidades y capacidad para llevar adelante este tipo de exámenes.

#### 6.2.3.4 Bases legales que sustentan el ejercicio de las Auditorias de Calidad

TABLA N° 12

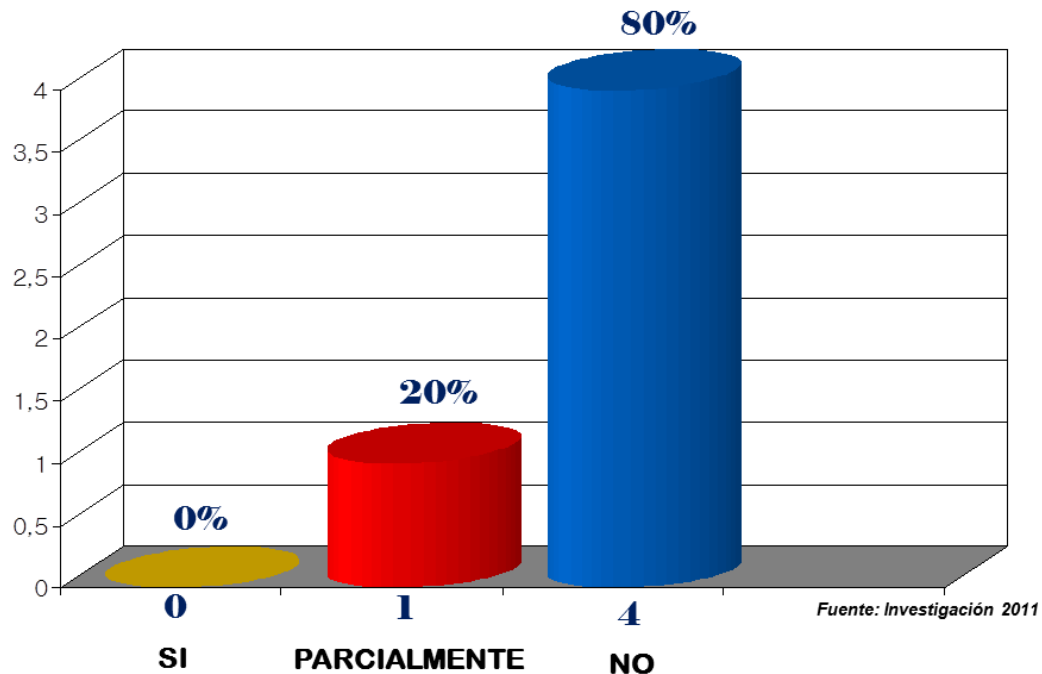
¿Conoce las bases jurídicas que sustentan el ejercicio de la Auditoría de Calidad?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	1	20%
NO	4	80%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.





Gráfico Nº 12



Con relación a las bases legales, en que se basa la Auditoria de Calidad, un 80% (4) señala que no las conoce, toda vez que dentro las normas de Auditoria Gubernamental de Bolivia, no se encuentran definidas, asimismo un 20% (1) señala que las bases están sustentadas en otras normas específicas que fue de conocimiento en otra institución.

Con respecto a las bases legales en que se basa la Auditoria de Calidad, la mayoría de los auditores internos del SEDES La Paz, desconocen las mismas, toda vez que dentro las normas de Auditoria Gubernamental de Bolivia, no se encuentran definidas las mismas.



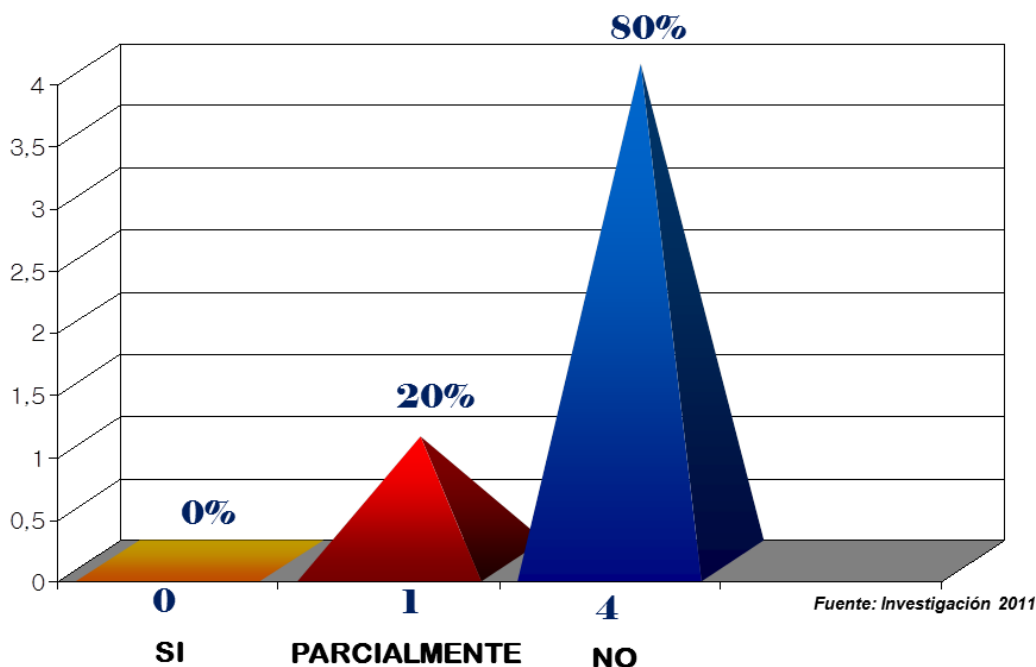
### 6.2.3.5 Habilidades y experiencia por parte del equipo de auditores para realizar Auditorías de Calidad

TABLA Nº 13

¿Considera que el equipo de auditores de su Unidad posee habilidades y experiencia para elaborar Auditorías de Calidad?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	1	20%
NO	4	80%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoría Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.

Gráfico Nº 13



En opinión de un 80% (4) de los auditores de la Unidad de Auditoría Interna señalan que no fueron capacitados y no cuentan con la suficiente



experiencia para enfrentar exámenes sobre Gestión de Calidad, en tanto solo un 20% (1) señala que se encuentra parcialmente preparado.

Consecuentemente los auditores internos, del SEDES La Paz, no cuentan con la suficiente experiencia y capacitación, pues en su mayoría no han participado en el desarrollo de exámenes similares sobre gestión de calidad, además de no contar con los instrumentos necesarios para la práctica de la auditoría mencionada y sus correspondientes etapas.

### 6.2.3.6 Necesidad de contar con un modelo de Planificación para la aplicación de una Auditoria de Calidad

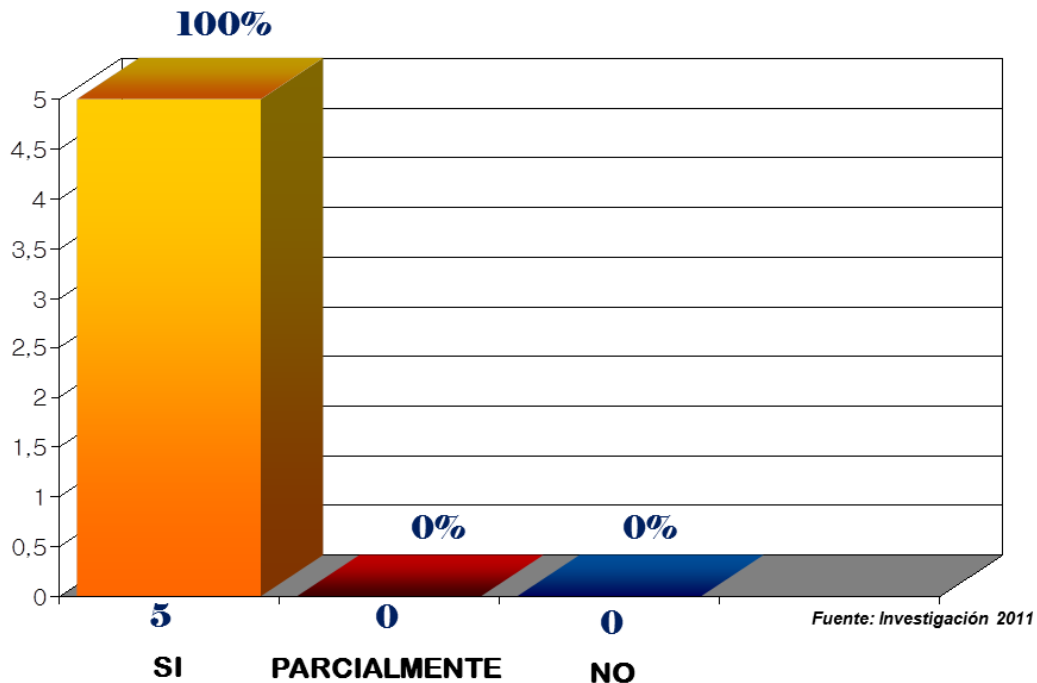
TABLA N° 14

¿Considera importante que la Unidad de Auditoria debe contar con un modelo de planificación para la aplicación de una Auditoria de Calidad?	Frecuencia	
	Absoluta	Relativa
SI	0	0%
PARCIALMENTE	1	20%
NO	4	80%
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

*Fuente:* Elaboración propia en base a la aplicación del cuestionario dirigida a los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz.



**Gráfico Nº 14**



El 100% (59 de los funcionarios de la Unidad de Auditoria Interna del SEDES La Paz, señalan que el contar con un modelo de planificación para la aplicación de Auditorias de Calidad, contribuirá a poder contar con una base para llevar adelante este tipo de exámenes.

Asimismo, sobre el particular los encuestados señalan que no cuentan con un manual o algún modelo de Planificación de Auditoria de Calidad, como una herramienta que les permita encarar este tipo de exámenes y contar con el mismo contribuiría a poder a llevar de manera adecuada este tipo de procesos.



## **CAPITULO VII**

### **7. MODELO DE AUDITORIA DE CALIDAD COMO INSTRUMENTO PARA ADMINISTRAR UNA GESTION DE RIESGOS EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ**

#### **7.1 GENERALIDADES DE LA PROPUESTA**

Como resultado de la investigación realizada en anteriores capítulos, se presenta una propuesta donde se dan a conocer los elementos que componen el Modelo planificación y desarrollo de una Auditoría de Calidad cuyo propósito es la de contribuir con una herramienta para llevar adelante este tipo de especialización de exámenes de manera adecuada estipulado en los diferentes procesos.

#### **7.2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA**

##### **7.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un Modelo de Diseño y su implementación de Auditoría de Calidad que sirva como un instrumento para poder mejorar la gestión administrativa y de servicios que presta el Servicio Departamental de Salud La Paz, en beneficio de los usuarios que acuden a esta institución.

##### **7.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Facilitar la identificación y administración de riesgos y/o contingencias a través de una evaluación metodológica,



que contribuya a detectar las deficiencias de calidad que estarían limitando o impidiendo el mejoramiento de los servicios que presta el SEDES La Paz, a la población usuaria que acude diariamente a sus instalaciones.

### **7.3 IMPORTANCIA DE LA PROPUESTA**

Este modelo se considera de mucha utilidad e importancia ya que constituye una herramienta que permitirá facilitar la práctica de la Auditoría de Calidad en sus diferentes fases: Planeación, Ejecución e Informe. Para cada fase se presentan los aspectos más importantes que debe considerar el auditor a efecto de cumplir con los objetivos del examen. Es necesario mencionar que este manual ha sido elaborado considerando las diferentes normativas existentes para la práctica de la auditoría de calidad y con la finalidad de dotar a los auditores de un instrumento técnico que describa los procesos para el desarrollo de auditoría de gestión de calidad; conlleva además el propósito de estandarizar criterios entre el personal de auditoría y los niveles ejecutivo y operativo de la institución. Además este manual es flexible y susceptible a ser mejorado, por consiguiente, no pretende sustituir el juicio profesional y experiencia de los auditores.

### **7.4 GENERALIDADES DEL MODELO PLANIFICACIÓN DE AUDITORIA DE CALIDAD**

#### **7.4.1 OBJETIVOS DEL MODELO**

Dentro de los objetivos más importantes del presente



modelo, se mencionan los siguientes:

- ◆ Dotar al auditor interno, de todos los elementos necesarios para poder identificar y mejorar riesgos o contingencias que limitan el brindar un servicio de calidad a la población usuaria que acude a la entidad.

#### **7.4.2 UTILIDAD E IMPORTANCIA DEL MODELO**

Se considera de mucha utilidad e importancia la aplicación del presente modelo considerando que la auditoria de la calidad permite verificar el grado en que una organización esta cumpliendo con sus normas o sistemas de calidad, además identificar sus defectos y los medios de mejora, para lo cual será fundamental implementar programas de capacitación en temas de normas de calidad y se asuma una cultura de calidad.

### **7.5 MODELO DE AUDITORIA DE CALIDAD**

#### **7.5.1 Introducción**

Organizaciones de todo tipo pueden tener la necesidad de demostrar su responsabilidad con el sistema de gestión de calidad implantado (SGC) y la práctica asociada de Auditoria de Calidad se ha tornado como una forma de satisfacer esta necesidad. La intención de estos sistemas es la de ayudar a una organización a establecer y mejorar sus políticas, objetivos, estándares y otros requerimientos de calidad.



Un conjunto de estándares de calidad han sido elaborados para guiar a las organizaciones, auditores y sus usuarios, en los principios comunes para la ejecución de auditorías de calidad. Estas también proveen definiciones de auditoría de calidad y otros términos relacionados.

Hasta el momento la serie de estándares en este campo de la auditoría de calidad incluye los siguientes:

La norma ISO 9000:2000

La norma ISO 9001:2000

La norma ISO 9001:1994.etc.

## 7.5.2 Definiciones

***Criterio de Auditoría:*** Políticas, prácticas, procedimientos o requerimientos contra los que el auditor compara la información recopilada sobre la gestión de calidad. Los requerimientos pueden incluir estándares, normas, requerimientos organizacionales específicos, y requerimientos legislativos o regulados.

***Evidencia de Auditoría:*** Información, registros o declaraciones de hecho verificables. La evidencia de auditoría puede ser cualitativa o cuantitativa, es utilizada por el auditor para determinar cuándo se cumple con el criterio de auditoría. La evidencia de auditoría se basa típicamente en entrevistas, revisión de documentos, observación de actividades y condiciones, resultados de mediciones y pruebas.





**Resultados de la Auditoria:** Resultados de la evaluación de la evidencia de auditoria recopilada comparada contra los criterios de auditoria acordados. Los resultados de la auditoria proveen la base para el reporte de la auditoria.

**Equipo Auditor:** Grupo de auditores, o un auditor individual, designados para desempeñar una auditoria dada; el equipo auditor puede incluir expertos técnicos y auditores en prácticas. Uno de los auditores del equipo de la auditoria desempeña la función de auditor líder.

**Auditado:** Organización que se audita.

**Auditor (Calidad):** Persona calificada para realizar auditorías de calidad.

**Auditoria de Calidad:** Proceso sistemático, documentado y de verificación objetiva para obtener y evaluar la evidencia de la auditoria y determinar cuáles actividades específicas, eventos, condiciones, sistemas gerenciales, de calidad o información referente a estos aspectos, cumplen con los criterios de auditoria, y la comunicación de los resultados de este proceso al cliente.

**Auditor Líder (calidad):** Persona calificada para manejar y realizar auditorías de calidad.

**Experto Técnico:** Persona que provee el conocimiento y la experiencia específica al equipo auditor, pero que no participa como un auditor.



### 7.5.3 Actividades Previas al Trabajo en la Empresa

#### 7.5.3.1 Objetivos de la Auditoria

La auditoría debe estar basada en objetivos definidos por el cliente.

El alcance es determinado por el auditor líder en acuerdo con el cliente para alcanzar los objetivos. El alcance describe la extensión y límites de la auditoría.

Los objetivos y el alcance deben ser comunicados al auditado antes de la auditoria.

Los siguientes son ejemplos de objetivos típicos:

a)	Determinar la conformidad con los criterios de auditoria del SGC del auditado.
b)	Determinar cuando el SGC del auditado se ha implementado y mantenido apropiadamente.
c)	Identificar las áreas de mejora potencial.
d)	Evaluar el SGC de una organización cuando existe un deseo de establecer una relación contractual, como la que se da con un proveedor potencial o un socio empresarial.

Una auditoría de calidad debe enfocarse en criterios claramente definidos y documentados.

La auditoría solamente se lleva a cabo si, luego de consultar con el cliente, es opinión del auditor líder que:



- Existe información suficiente y apropiada sobre el tema de la auditoría.
- Existen recursos adecuados que respalden y avalen el proceso de la auditoría.
- Existe una cooperación adecuada por parte del auditado.

## **7.5.4 Perfil y Responsabilidades**

### **7.5.4.1 Equipo Auditor**

El equipo auditor está formado por el auditor líder y los otros miembros del equipo, quienes pueden ser auditores o expertos técnicos.

Para asegurar la objetividad del proceso de auditoría, sus resultados y cualquier conclusión, los miembros del equipo auditor deben ser independientes de las actividades que auditan, deben ser objetivos, y libres de tendencia o conflicto de intereses durante el proceso.

El uso de miembros externos o internos del equipo auditor está sujeto a discreción del cliente. Un miembro del equipo auditor escogido dentro de la organización no debe ser responsable directamente del tema que se está auditando.

Los miembros del equipo auditor deben poseer una combinación apropiada de conocimientos, habilidades y experiencias para cumplir con las responsabilidades de la auditoría.



#### 7.5.4.2 Auditor líder

El auditor líder es el responsable de asegurar una conducta eficiente y efectiva de la auditoría dentro de los alcances de la misma.

Adicionalmente, el auditor líder tiene las siguientes responsabilidades y actividades que cumplir:

a)	Consultar y consensuar con el cliente el alcance de la auditoría.
b)	Obtener la información de respaldo relevante como ser los detalles de actividades, los productos, los servicios, en la empresa y sus áreas de actuación, los detalles de previas auditorías realizadas al auditado.
c)	Formación del equipo auditor.
d)	Dirigir las actividades del equipo auditor.
e)	Preparar las comunicaciones.
f)	Coordinar la preparación de los documentos y procedimientos detallados de trabajo y reunir al equipo auditor.
g)	Representar al equipo auditor en discusiones con el auditado, antes, durante y después de la auditoría.
h)	Realizar los informes de la auditoría para el cliente.

#### 7.5.4.3 Auditor

Las responsabilidades y actividades del auditor deben cubrir:

a)	Planear y desarrollar las tareas asignadas, objetiva, efectiva y eficientemente.
b)	Recopilar y analizar las evidencias de auditorías relevantes y suficientes para determinar los resultados de la auditoría.



c)	Preparar los documentos de trabajo.
d)	Documentar los resultados individuales de la auditoría.
e)	La redacción del informe de auditoría.

Como esta normalizado, a cada miembro del equipo auditor se le deben asignar tareas específicas, o actividades por auditar. Estas designaciones deben ser realizadas por el auditor líder, en consulta con los miembros del equipo auditor correspondiente.

### 7.5.5 Responsabilidades del cliente y auditado

Las responsabilidades deben cubrir:

a)	Definir los objetivos de la auditoría,
b)	Proveer los recursos a las autoridades apropiadas para conducir la auditoría.
c)	Aprobar el plan de auditoría.
d)	Recibir el informe de la auditoría y determinar su distribución.
e)	Informar a los empleados de los objetivos y alcance de la auditoría, cuando sea necesario.
f)	Designar personal responsable y competente para acompañar a los miembros del equipo auditor, para actuar como guías dentro de la empresa y para asegurar que los auditores estén al tanto de los requerimientos de salud, seguridad y otros que sean apropiados.
g)	Proveer el acceso a las instalaciones, personal, información y registros relevantes a solicitud de los auditores.



### 7.5.6 Alcances de la Auditoria

El alcance describe la todo el sistema de gestión de calidad, procedimientos, y de todos los apartados de la norma de calidad aplicada para la implantación del sistema así como la información relativa a documentación legal y administrativa de la empresa por el equipo auditor, en factores tales como la ubicación física, actividades organizacionales, y la forma de realizar los informes.

El alcance de la auditoría debe ser determinado entre el cliente y el auditor líder. El auditado normalmente debe ser consultado cuando se determina el alcance de la auditoría. Cualquier cambio posterior al alcance de la auditoria debe realizarse de común acuerdo entre el cliente y el auditor líder.

Los recursos encargados al auditor deben ser suficientes en cantidad y calidad para cumplir con el alcance requerido.

### 7.5.7 Plan de Auditoria

Un plan de auditoria debe ser establecido y comunicado al cliente. El cliente debe revisar y aprobar dicho plan.

El plan debe incluir:

a)	Los objetivos y alcance de la auditoria.
b)	El criterio a ser usado para la realización de la auditoría.
c)	La identificación de las unidades organizacionales y funcionales a ser auditadas.
d)	La identificación de las funciones y/o individuos dentro de la organización del auditado que tengan responsabilidades relativas a



	aspectos de la calidad.
e)	Identificación de los aspectos de calidad que son de alta prioridad.
f)	Identificación de los documentos de referencia.
g)	El tiempo y duración esperados para las entrevistas e inspecciones.
h)	Las fechas y lugares donde se va a realizar la auditoria.
i)	El Cronograma de reuniones que se van a tener con la gerencia del auditado.
j)	Requerimientos confidenciales.
k)	El contenido, formato y estructura del informe.

### 7.5.8 Documento de Trabajo

Los documentos de trabajo requeridos para facilitar la investigación del auditor deben contener:

a)	Las formas que documenten las evidencias y soporten los resultados de la auditoría.
b)	Los procedimientos y listados de chequeo utilizados para evaluar los elementos del SGC.
c)	Los registros de reuniones.

Se deben mantener los documentos de trabajo por lo menos hasta que se complete la auditoría, la información confidencial debe ser resguardada de forma segura por los miembros de la auditoria.



## 7.6 Actividades a ser Realizadas en el lugar de la auditoría

### 7.6.1 Reunión Inicial

Debe darse una reunión de apertura. El propósito de una reunión de apertura es el de:

a)	Presentar a los miembros del equipo auditor a la gerencia del auditado.
b)	Revisar el alcance, los objetivos y el plan de auditoría y llegar a un acuerdo con respecto a la tabla de tiempos de la auditoría.
c)	Proveer un resumen corto de la metodología y de los procedimientos a ser utilizados durante la auditoría.
d)	Confirmar que los recursos y facilidades necesitadas por el equipo auditor estén disponibles.
e)	Promover la participación activa del auditado,
f)	Revisar los procedimientos de seguridad y emergencia relevantes del local para el equipo auditor.

### 7.6.2 Detección de Evidencia

La información apropiada debe ser recopilada, analizada, interpretada y documentada para ser utilizada como evidencia de la auditoría en un proceso de verificación y evaluación para determinar si los criterios de la auditoría se están cumpliendo.

La evidencia de la auditoría debe ser de tal calidad y cantidad que auditores de calidad competentes, trabajando independientemente cada uno, lleguen a resultados de auditoría similares a la evaluación de la misma evidencia contra los mismos criterios de auditoría.





La evidencia de la auditoría debe ser recolectada por medio de entrevistas, revisión de documentos y la observación de actividades y condiciones.

La información recopilada por medio de entrevistas debe ser verificada por medio de la adquisición de información de respaldo de fuentes independientes, como observaciones, registros y resultados de medidas existentes. Declaraciones que no puedan ser confirmadas deben ser identificadas como tales.

Los auditores deben examinar la base de programas de muestreo relevantes y los procedimientos para asegurar un control de calidad de los procesos de muestreo y medición efectivos.

### **7.6.3 Resultados de la Auditoria**

El equipo auditor debe revisar toda la evidencia de la auditoria para determinar donde no se cumple con los criterios de auditoria del SGC

El equipo auditor debe entonces asegurarse que los resultados de la auditoria de no conformidad sean documentados de forma clara, concisa y que sean respaldados por la evidencia de la auditoría.

La evidencia contrastada durante la auditoria de calidad inevitablemente será solamente una muestra de la información disponible, parcialmente debido al hecho de que una auditoría de calidad se realiza durante un periodo de tiempo limitado y con recursos limitados. Por lo tanto existe un elemento de incertidumbre inherente a todas las auditorias de calidad y a todos



los usuarios de los resultados, todas las auditorias de calidad deben estar seguras de la recopilación de las evidencias y no conformidades siendo contractada su evidencia física y documental.

El auditor de calidad debe considerar las limitaciones asociadas con la evidencia de la auditoria constatada durante ésta y el reconocimiento de la fiabilidad en los resultados y cualquier conclusión de la auditoria, se deben tomar estos factores en cuenta al planear y ejecutar la auditoria.

El auditor de calidad debe obtener suficientes evidencias para que los resultados individuales de la auditoria, agregados a los resultados de menor significado, puedan afectar cualquier conclusión alcanzada.

Los resultados de la auditoría deben ser revisados con la gerencia del auditado con el fin de obtener el reconocimiento de la base de todos los resultados de no conformidad.

#### **7.6.4 Reunión Final**

Luego de completar la fase de recopilación de evidencia y antes de preparar un informe de la auditoria, los auditores deberán tener una reunión con la gerencia del auditado y aquellos responsables de las funciones auditadas. El propósito principal de esta reunión es el de presentar los resultados de la auditoria al auditado, de tal manera que se tenga una comprensión y reconocimiento claro de la base de dichos resultados.



Los desacuerdos deben ser resueltos, si es posible antes de que el auditor líder presente el informe, las discusiones finales en el significado y descripción de los resultados de la auditoria ultima recaen en el auditor líder, sin embargo el cliente puede todavía estar en desacuerdo con los resultados.

## 7.7 Actividades Posteriores al Trabajo en la Empresa

### 7.7.1 Informe

Los resultados de la auditoría o un resumen de estos deben ser comunicados al cliente en un informe escrito.

El informe escrito se prepara bajo la dirección del auditor líder, quien es el responsable de su exactitud y perfección. Las informaciones que se tomen en el informe de la auditoria deben ser los predeterminados en el plan de la auditoría.

La información relativa a la auditoria que se debe incluir en el informe debe incluir, pero no está limitada a:

a)	La identificación de la organización auditada y del cliente.
b)	Los objetivos y alcance acordados de la auditoría.
c)	Los criterios acordados contra los que se realizó la auditoría.
d)	El período cubierto por la auditoria,
e)	La(s) fecha(s) en que la auditoria fue realizada,
f)	La identificación del equipo auditor,
g)	La identificación de los representantes del auditado que participaron en la auditoría.
h)	Un resumen del proceso de auditoría, incluyendo cualquier obstáculo enfrentado.



i)	Las conclusiones de la auditoría.
j)	Las declaraciones de confidencialidad de los contenidos.
k)	La lista de distribución del informe de la auditoría.

## **ESQUEMA DEL PROCESO DE UNA AUDITORIA DE GESTION DE CALIDAD**

El siguiente es el gráfico que muestra el proceso que se debe seguir para efectuar una Auditoria de Calidad.

### **FASE I : PLANIFICACION**

#### **1. Preparación de la Empresa para la Auditoria de Calidad**

- ✓ Programa de difusión y sensibilización.
- ✓ La Auditoria “Cero”: Auditoria Formativa.

#### **2. Preparación previa a la auditoria**

- ✓ La convocatoria previa: Objetivos que persigue.
- ✓ Definición del “Enfoque de Auditoria”.
  - Por procedimientos.
  - Por elementos de la Norma.
  - Por Dptos. o áreas de actividad de la Empresa o entidad.
- ✓ Construcción de la Matriz: Elementos de la norma por Dptos.
- ✓ La documentación: punto de referencia para auditar.
  - Árbol o mapa documental.



## **FASE II : EJECUCION**

### **1. Reunión Inicial**

- ✓ Presentación.
- ✓ Planificación específica de la Auditoría.

### **2. Recogida de evidencias**

- ✓ Observaciones.
- ✓ No conformidades.
- ✓ Aspectos Destacables.
- ✓ Análisis de la documentación.
- ✓ Entrevistas.
- ✓ Análisis del Flujo de Aplicación.
- ✓ Registros.
- ✓ Análisis de la capacidad del Sistema para alcanzar los objetivos predefinidos.

### **3. Utilización de Cuestionarios**

- ✓ Seguridad.
- ✓ Medio Ambiente.
- ✓ Orden y Limpieza.
- ✓ Mantenimiento General.
- ✓ Trabajo en Equipo.
- ✓ Comunicación e Informaciones.
- ✓ Motivación, clima laboral.
- ✓ Capacidad de mejora continua.
- ✓ Conocimiento de su Know How.
- ✓ Capacidad de crecimiento tecnológico.



### **FASE III: ELABORACION DEL INFORME**

#### **1. Informe Provisional**

- ✓ Observaciones.
- ✓ No-Conformidades.
- ✓ Aspectos destacables.
- ✓ Conclusiones Parciales.

#### **2. Presentación de Resultados**

- ✓ Evidencia aceptada.
- ✓ Evidencia no aceptada.
  - Debate.

#### **3. Valoración de la Auditoria**

- ✓ Valoración por deméritos.
- ✓ Valoración Lineal.
- ✓ Valoración Ponderada.

#### **4. Informe final**



## CAPITULO VIII

### 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 8.1 CONCLUSIONES

El presente estudio efectuado con el propósito de determinar la medida en que el Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES L.P.) implemento un Sistema y Auditorias de Calidad como medio para mejorar la gestión de riesgos, los resultados obtenidos en primera instancia de los nivel jerárquico y operativo de la institución permite exponer las siguientes conclusiones:

- Es pertinente destacar que el tema de la calidad ha vuelto al debate en torno a los procesos de modernización del Estado, al relevarse como una importante alternativa para fortalecer la legitimidad de los gobiernos por medio del rediseño de las instituciones, la mejora continua y el énfasis en un mayor rendimiento de las organizaciones. Su incorporación definitiva se acompaña de la consolidación del paradigma de la nueva gestión pública, que facilita la difusión de valores institucionales para propiciar una nueva cultura administrativa y generar ventanas de oportunidad para la transformación de los procesos públicos.
- Lograr una gestión pública de calidad implica enfocarla como una política transversal que se adopte como premisa fundamental del marco programático institucional, y se contemple en cada una de las etapas de la gestión de servicios y atención de los usuarios y que en esa medida se



traduzca en nuevas pautas de interacción entre la gestión pública y los cuidados. Por tanto, constituye un reto fundamental superar los ejercicios aislados y pasar a la instrumentación de la calidad como política global, para impulsarla no solamente como estrategia de gestión interna, sino también como instrumento de innovación en la relación con los ciudadanos.

- Sin embargo la calidad como principio de gestión en el Sector Público, es todavía muy reciente, por ello vale la pena insistir en su estudio como nueva rama de la administración pública, por medio del análisis de sus implicaciones teóricas y al interior de estos, entre las diversas esferas del gobierno. Al llamar la atención sobre un nuevo campo de estudio, se avanzara hacia la mayor definición de las especialidades que la calidad adquiere cuando se incorpora dentro la Gestión Pública.
- Teniendo en cuenta las anteriores premisas los resultados de la presente investigación conduce afirmar que si bien el SEDES La Paz, cumple relativamente con la Ley 1178 y disposiciones conexas sobre la administración y control gubernamental, la institución solo se ha limitado a efectuar auditorías internas gubernamentales para evaluar el cumplimiento de disposiciones normativas y reglamentarias, empero no así auditorias para evaluar la calidad de gestión institucional que mejore los servicios que presta esta institución hacia los usuarios que acuden a esta entidad.





- Consecuentemente establecimos que el SEDES La Paz, carece de un Sistema de Gestión de Calidad, es comprensible que sus funciones desconozcan la finalidad de estos sistemas, aspecto que limita elevar su nivel de desempeño como institución pública, proporcionando un servicio que responda a las necesidades y expectativas de la sociedad. En el mismo sentido, los funcionarios desconocen sobre los métodos o mecanismos que utiliza la institución para elevar el sistema de gestión de calidad o el cumplimiento sus normas legales que utiliza
- Asimismo, se establece que el SEDES La Paz, carece de un mecanismo concreto para conocer las necesidades, expectativas y demandas de las personas que requieren sus servicios, lo que refleja la falta de directrices específicas que permitan obtener información sobre las expectativas de la población y responder de manera satisfactoria a las citadas demandas.
- Los resultados del estudio categóricamente permiten establecer que el SEDES La Paz, no ha implementado acciones concretas para medir y mejorar el servicio a la población, lo cual es consecuencia de la carencia de un sistema de gestión de calidad y Auditorias de Calidad que determinen las áreas claves a ser mejoradas dentro de la institución.
- La institución tampoco ha implementado otras medidas para mejorar la calidad de los servicios, excepto de recurrir a evaluaciones de informes que reporta cada unidad, sobre



tramites efectuados, registros cuantitativos, sin embargo estas medidas no son producto de los informes de Auditorías de Calidad, por lo que las acciones son aisladas, arbitrarias y carentes de criterios técnicos, observándose la necesidad de establecer indicadores específicos para medir la calidad.

- Por otra parte, los resultados de la investigación permiten concluir que en el SEDES La Paz, no se tienen implementados normas, estándares, ni sistemas de calidad, que puedan servir de base para orientar el desempeño de la institución en miras de lograr excelencia institucional dentro el sector publico particularmente de la salud, lo cual exige que las autoridades máximas de la citada entidad, deban adoptar los nuevos paradigmas de la gestión pública, que implica la implementación de normas y sistemas de gestión de calidad conforme lo exigen las normas internacionales ISO 9000.
- De la misma forma el SEDES La Paz, no fue objeto de procesos de certificación y/o acreditación de la gestión de calidad por las instituciones nacionales o internacionales autorizados para estos proceso, esto debido a la falta de una implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, por la cual se pueda establecer o medir el verdadero impacto de la calidad de los servicios que se brinda a los usuarios.
- El estudio demostró también que la institución no cuenta con instrumentos tendientes a prevenir riesgos y/o



contingencias al interior de la entidad y con sus usuarios; lo que plantea la necesidad de efectuar Auditorías de Calidad, de manera que se detecten oportunamente las contingencias y áreas conflictivas al interior de la organización y en relación con los servicios que presta a la población, para en consecuencia mejorar sus riesgos.

- Del mismo modo en el SEDES La Paz, no existe un adecuado sistema de protección de equipos infraestructura y seguridad para el personal que trabaja en sus dependencias, lo que denota la ausencia de una política de gestión de riesgos en la institución.

Asimismo, como resultado de las respuestas obtenidas de parte del equipo de auditores que cumplen funciones en la Unidad de Auditoría Interna del SEDES La Paz, se llegan a las siguientes conclusiones:

- La Unidad de Auditoría Interna no ejecuto Auditorías de Calidad, en la institución, al desestimarse tal hecho los funcionarios desconocen las ventajas que puede proporcionar esta herramienta en sus procesos de gestión y como a través de esta se pueden realizar mejoras administrativas y elevar cualitativamente la prestación de sus servicios a la población.
- Asimismo, se advierte que los funcionarios de auditoría solo relacionan la auditoría gubernamental con el control económico y administrativo a través de la auditorías específicas, tales como auditorías especiales, de



confiabilidad y SAYCO's, empero no así en lo referido a la gestión de la Institución.

- También se pudo determinar que desconocen de la metodología a seguir en el desarrollo de una auditoría de de calidad, debido a su desconocimiento por la mayoría de los auditores sobre los métodos y procedimientos que deben aplicarse.
- Con respecto a las bases legales en que se basan las auditorias de calidad, estas también no fueron precisadas correctamente, toda vez que dentro las normas de Auditoria Gubernamental de Bolivia, no se encuentran definidas las mismas.
- De la misma forma los auditores internos, del SEDES La Paz, no cuentan con la suficiente experiencia y capacitación, sobre auditorias de calidad, además de no contar con los instrumentos necesarios para la práctica de la auditoría mencionada y sus correspondientes etapas.
- Finalmente los auditores del SEDES La Paz, señalan que no cuentan con manuales o algún modelo de Planificación de Auditoria de Calidad, como una herramienta para llevar adelante este tipo de exámenes y contar con el mismo contribuiría a poder a llevar de manera adecuada este tipo de procesos.



## 8.2 RECOMENDACIONES

Con la finalidad de mejorar la comprensión de la implantación de un sistema y el ejercicio de Auditorías de Calidad por parte de los funcionarios de nivel jerárquico y operativo y Auditores del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz), se sugieren las siguientes recomendaciones:

### 8.2.1 A los funcionarios de nivel jerárquico y operativo del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz)

- Incorporar dentro su proceso de gestión, sistemas de gestión de calidad, para cuyo efecto, alcanzar el logro óptimo deben considerar aspectos como diseño de la calidad (consiste en planear y desarrollar el proceso), control de la calidad (que es el seguimiento, evaluación y supervisión que asegure que cada trabajador y cada unidad de trabajo alcancen aquellos estándares y servicios de calidad), mejoramiento de la calidad (apunta al incremento de la calidad y a promover estándares mediante la resolución continua de problemas y el mejoramiento de procesos)
- Implementar sistemas, normas, y auditorías de calidad, como instrumento para mejorar la gestión y orientar la actividad estatal a la satisfacción de necesidades y expectativas de la sociedad.
- Considerando que la auditoría de calidad permite verificar el grado en que una organización da cumplimiento con sus normas o sistemas de calidad, además identificar sus defectos



y los medios de mejora, esta debe ser adoptada por los ejecutivos del SEDES La Paz, para lo cual será fundamental implementar programas de capacitación en temas de normas de calidad, sistemas de calidad, gestión de riesgos y otros, de manera que los funcionarios operativos estén plenamente familiarizados y asuman una cultura de calidad.

- En lo que respecta a la gestión de riesgos, es pertinente que los ejecutivos del SEDES La Paz, deban establecer indicadores que permitan comparar niveles estimados de riesgo contra los criterios preestablecidos. Esto posibilitará que los riesgos sean ordenados como para identificar las prioridades de administración. Si los niveles de riesgo establecidos son bajos los riesgos podrían caer en una categoría de aceptable. Esta medida permitirá evitar contingencias al interior de la organización como en las demandas de la población, teniendo en cuenta que la administración de riesgos es un proceso interactivo que debe contribuir a la mejora organizacional.

#### **8.2.2 A la Unidad de Auditoría Interna del Servicio Departamental de Salud La Paz (SEDES La Paz)**

- Efectuar acciones para la implementación del modelo de Planificación de Auditoría de Calidad propuesto en la presente investigación, debiendo ser actualizada y adecuada en función a las características de la institución.
- Realizar cursos de formación orientadas a la comprensión empírica y metodológica para el ejercicio de auditorías de



calidad, de tal manera que puedan lograr obtener una mayor experiencia para su puesta en práctica inmediata.

- Fomentar a través de su plan operativo, el requerimiento para la capacitación de los profesionales del área de auditoría, sobre las estrategias, las etapas, procedimientos que abarca la elaboración de este tipo de auditorías.

### **8.2.3 A la Universidad**

- Realizar Foros con la participación de Docentes y Autoridades Universitarias de la carrera de Auditoría – Contaduría Pública de la UMSA, en los cuales se explique y se analice la importancia de la Auditorías de Calidad.
- Estimular a las autoridades Universitarias de la Facultad de Cs. Económicas y Financieras, se estudie la inclusión de la Auditoría de Calidad como asignatura dentro los pensum de pre-grado o de post-grado, o a través de otros mecanismos, con el fin de crear un plantel de profesionales especializados en esta área de la auditoría.



## 9. BIBLIOGRAFIA

- ANDER – EGG, Ezequiel, 1992. “Técnicas de investigación social”. Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- BARRIGA L. A., 2007, “La calidad de los servicios sociales”
- BERRY, Leonard. “Un Buen Servicio ya no Basta”. Edit. Norma, Colombia, 1996.
- BUNGE, Mario. “La ciencia, su método y su filosofía”, Edit. Siglo Veinte, Buenos Aires, 2001.
- CAICEDO Amparo, CUELLAR Guillermo y MONTILLA Adolfo, “Estado actual y futuro Próximo de la Auditoria”. Disponible en [http://www.ucauca.edu.co/investigaciones/inv-infogral\\_naturaleza.php](http://www.ucauca.edu.co/investigaciones/inv-infogral_naturaleza.php)
- Calidad: la auditoria de calidad como herramienta de gestión empresarial. En: <http://www.gestionempresarial.info/formulario.asp>
- CARDONA, Omar, 1999: “Evaluación de la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo. Elementos para el ordenamiento y la planeación del desarrollo” en: Los desastres no son naturales, A. Maskrey (compilador). LA RED, Tercer Mundo Editores, Bogotá.
- CASTELLO. E. y LIZCANO, J., 1997. “Costes y Gestión de Calidad. Experiencias Sectoriales”. Edita AECA Monográficos. Madrid, 1997. Medición de la Calidad y Gestión de las actividades del Sector público.
- CONSUDE – AMUNIC, 2008: “Instrumentos de apoyo para el análisis y gestión de riesgos naturales en el ámbito municipal de Nicaragua”. EDISA, Managua.
- COTTLE, David. “El Servicio Centrado en el Cliente”. Edit. Díaz de Santos Madrid, 1998.
- DROR, Yehezkel: “La capacidad de gobernar”, Ed. FCE, México, 1999.





- EVERS. 1997, Developing quality in personal services. European Centre Vienna Ashgate.
- GMITS, ISO/IEC TR 13335-1:1996, "Concepts and models for IT security" Publicado como UNE 71501-1
- Guía metodológica para la realización de Auditoria de Gestión, Ministerio de Finanzas y Precios, Cuba, 1995
- HAMMETT, P.,2009: "The Philosophy of TQM, An Overview". Disponible en: <http://www.engin.umich.edu/class/eng401/003/LCNotes/phil.pdf>
- HERNANDEZ HATRE, Alonso, "Implantación de Sistemas de Calidad Normas ISO 9000: 2000". Centro para la calidad de Asturias e Instituto de Fomento Regional, 2010.
- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto y OTROS, 2008. "Metodología de la Investigación" México Mc GRAW HILL.
- HOROVITZ, Jacques. "La Calidad del Servicio". Edit. McGraw-Hill Colombia, 2008.
- JCAHO. "Características de los indicadores clínicos. Control de Calidad Asistencial", 2007.
- JURAN, J.M. 1990 "Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos" Ed. Díaz de Santos, México.
- KLIKSBERG, Bernardo, "El Pensamiento Organizativo". (Tomo I y II), Ed. Paidos, Buenos Aires, Argentina, 209.
- La AGN y la auditoria de gestión gubernamental. Auditoría General de la Nación (AGN), Republica de Argentina, 2004.
- Las Tres E: Economía, Eficacia y Eficiencia. Auditoría General de la Nación, Republica de Argentina, 1995.
- MAÑAS José A. "Herramientas para el análisis y la gestión de riesgos". Dept. Ingeniería de Sistemas Telemáticos. ETSI de Telecomunicación Universidad Politécnica de Madrid, 2010.



- MASEDA Pola, “ISO 9000:2000 y la base documental”, Barcelona: ODE, 1997.
- MENDEZ ALVAREZ, CE. “Metodología, guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas” Bogotá, Edit. Mc Graw Hill, 2010.
- MONTILLA Omar de Jesús y HERRERA Luis Guillermo, “El deber ser de la auditoria” Estudios Gerenciales N° 98, Enero – Marzo de 2010.
- MONZON Iliana y PRENDES Ramón, “Implantación de los Sistemas de Gestión de Calidad ISO 9000. Una guía práctica”, Consultoría gestión de la calidad, CIGET Cienfuegos, 2009\*.
- MÜNCH Lourdes, ANGELES, Ernesto. 2003. “Métodos y Técnicas de Investigación”. México, Edit. Trillas.
- PEREZ FDEZ DE VELASCO, José A. “Gestión de la Calidad Empresarial” Edit. ESIC. Madrid 1994.
- Revista de Servicios Sociales y Política Social: Dossier Calidad I y II números 49 y 50 Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social.
- RODRIGUEZ Carrera, Ramón “Situación actual y perspectiva de la Administración de Riesgos en Cuba”, en el 1er. Seminario Nacional sobre Administración de Riesgos, Mayo 2004
- ROMERO Jenaro, “Auditoria del sistema de gestión de calidad” disponible en. [www.Gestiopolis.com](http://www.Gestiopolis.com)
- RUIZOLALLA, CL. (2001): “Gestión de calidad del servicio”. Control de Gestión disponible en <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.
- SILVIA ARISTEGUIETA, Alberto “Introducción a la gerencia publica” Caracas, 2006 Publicaciones de la Contraloría General de la Republica.



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**

---



- TANZI, Vito “El papel del estado y la calidad del sector público”, en la Revista de la CEPAL N° 71, Agosto de 2010.
- TORRENTE SERA Teresa, “¿Está usted preparado para recibir una auditoria?” disponible en [www.gestiopolis.com/canales4/ger/estaustedprepa.htm](http://www.gestiopolis.com/canales4/ger/estaustedprepa.htm)
- VILLORA Manuel. “La Modernización de la Administración como instrumento al servicio de la democracia”. MAP, España, 2003.

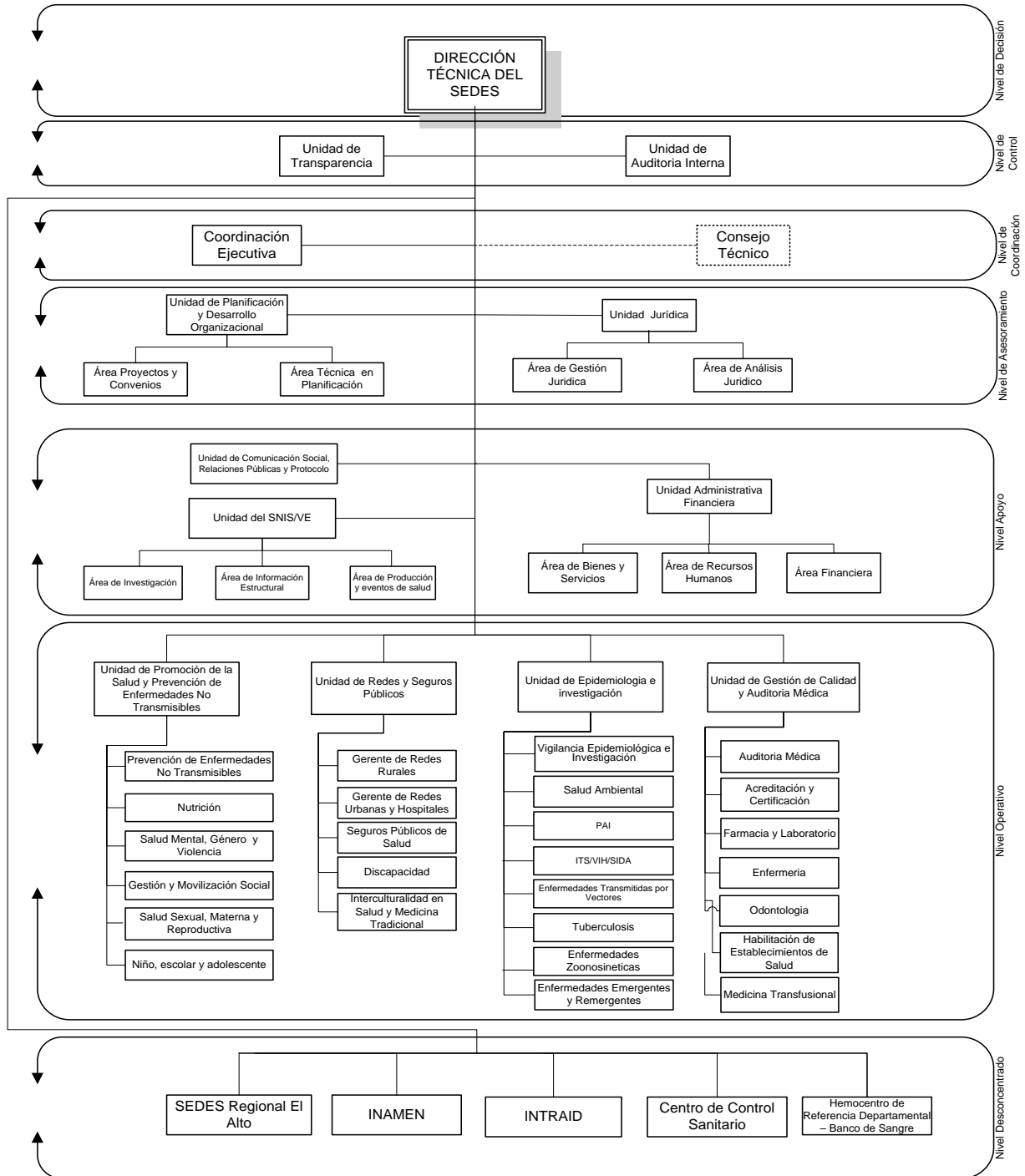


# AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



## 10. ANEXO I:

### ORGANIGRAMA SEDES – LA PAZ





## AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



### 11. ANEXO II:

### PROGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

CALENDARIO ANUAL DE AUDITORIA																SP FP
Período: Diciembre 20X1 a Enero 20X3																
Actividades	Tipo de Auditoría		dic-X1	ene-X2	feb- X2	mar- X2	abr- X2	may- X2	jun- X2	jul- X2	ago- X2	sep- X2	oct- X2	nov- X2	dic- X2	ene- X3
	AI	AE														
Planificación de Auditoria	X		10													
Realización de la Auditoria	X		27 - 28													
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas	X			23 - 24												
Planificación de Auditoria	X					18										
Realización de la Auditoria	X					26										
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas	X						9									
Planificación de Pre-Auditoria		X						15								
Realización de Pre-Auditoria		X							11							
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas		X							23							
Planificación Auditoria de Certificación		X								2						
Realización Auditoria de Certificación		X								21						
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas		X								23						
Planificación de Auditoria de Seguimiento del SGC	X										6					
Realización Auditoria de Seguimiento del SGC	X										14					
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas	X											12				
Planificación de Auditoria de Seguimiento del SGC	X												1			
Realización Auditoria de Seguimiento del SGC	X												15			
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas	X													12		
Planificación de Auditoria de Seguimiento del SGC	X														19	
Realización Auditoria de Seguimiento del SGC	X														22	
Verificación de las Acciones Correctivas/Preventivas	X															26

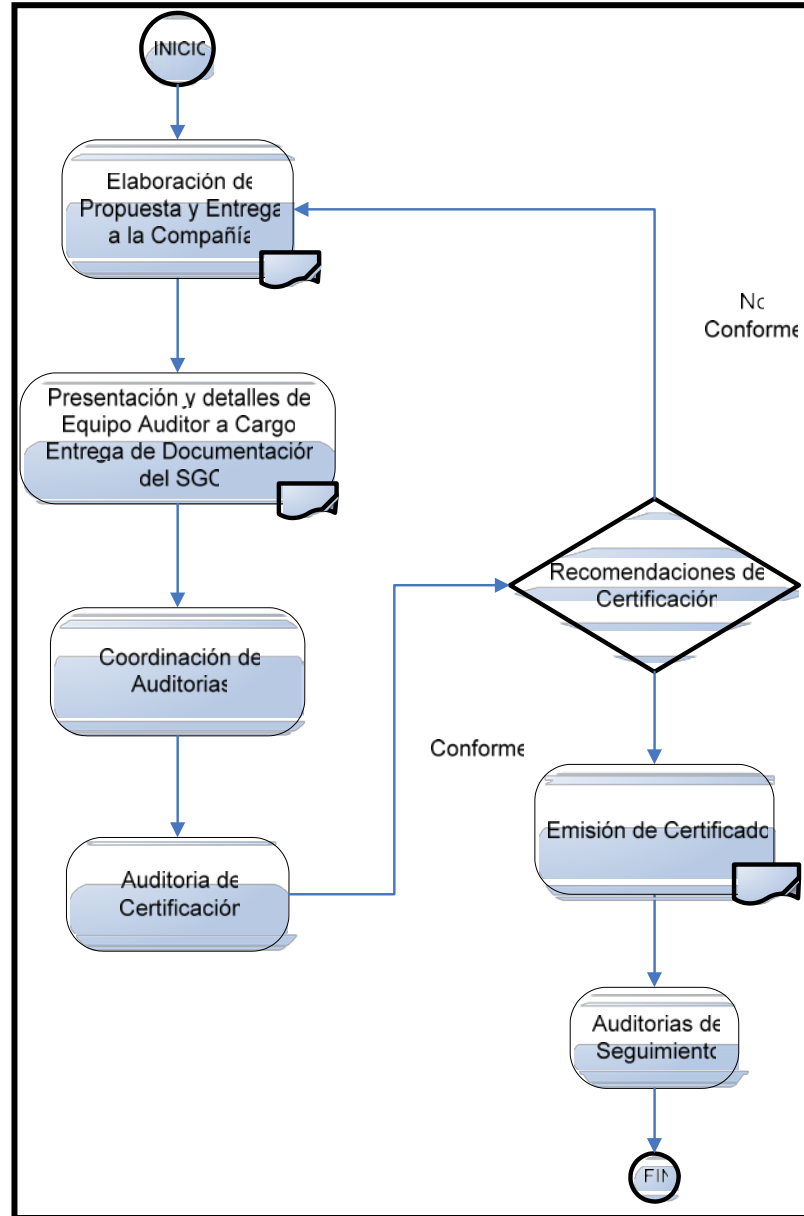
AI: Auditoría Interna  
AE: Auditoría Externa

*Fuente: Elaboración Propia según Normas ISO 9000:2000*



12. ANEXO III:

PROCESO CERTIFICACION NORMA ISO



Fuente: Elaboración en base Normas ISO 9000:2000



### 13. ANEXO IV:

#### MANUAL DE CALIDAD

		<b>LOGO ENTIDAD</b>	
<b>Fecha de Aprobación:</b> 01/01/20XX		<b>Número de Página:</b> 1	
		SP MC 01	
<b>MANUAL DE CALIDAD</b>			
<b>No.</b>	<b>Fecha</b>	<b>Cambio</b>	<b>Responsable</b>
01	01/01/20XX	Emisión original.	Director
02	01/01/20XX	Descripción explícita de alcance y Filosofía del Sistema.	Director

#### 1. PRESENTACIÓN

##### 1.1 Presentación de la Entidad

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, fue constituido mediante Decreto Supremo N° 7299 del 1 de Septiembre de 1965, como “Unidad Sanitaria de La Paz” para coordinar las actividades de salud en el Departamento.

De conformidad en el artículo 30 del Decreto Supremo N° 25060, en razón al Decreto Supremo N° 25233 del 27 de Noviembre de 1998, se emitió la reglamentación respecto a la nueva estructura organizativa del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, que establece un modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento, como órgano desconcentrado de las Prefecturas del Departamento con independencia de gestión administrativa, competencia de ámbito departamental y dependencia lineal del Prefecto y funcional del Director de Desarrollo Social. Asimismo, el artículo 5 inciso e) establece que el Ministerio de Salud y Deportes es el Órgano Rector normativo de la gestión de salud en el orden nacional y los SEDES que articulan las políticas nacionales y la gestión municipal, responsables de coordinar, ejecutar y supervisar la gestión de los Servicios de Salud en cada departamento.



## **Misión**

Todas las organizaciones de salud, persiguen objetivos sociales y para llegar a cumplirlos, se cuenta con una relación de actividades que involucra el uso de diferentes recursos (materiales, humanos y financieros), el desarrollo de éstas actividades es más efectivo a través de una buena administración de los Recursos Humanos, que establezca una clara definición, en cuanto a qué es lo que trata de hacer, “visión” y en que se quiere convertir, “misión”. El SEDES La Paz, tiene como misión institucional:

- Ejercer como autoridad de salud en el ámbito departamental.
- Establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud en el Departamento.
- Promover la demanda de salud y planificar, coordinar, supervisar y evaluar su oferta.
- Velar por la calidad de los servicios de salud, a cargo de prestadores públicos y privados.

## **Visión**

El Servicio Departamental de Salud La Paz, los DILOS y gerencias de red renovadas, han implementado la gestión descentralizada y participativa, trabajando en equipo, con mentalidad pro-activa, con mejorada productividad y en base a evidencias y resultados:

A los establecimientos de salud con mayor calidad en las atenciones, garantizando la disposición, la equidad y el acceso universal a los servicios, mediante la adopción de la estrategia de la atención primaria e implementando los programas y proyectos sectoriales con eficacia y eficiencia. Las asistencias del Servicio Departamental de Salud La Paz son: Altamente productivos, competitivos y de calidad.

## **Política de Calidad**

El SEDES La Paz es una entidad dedicada a la prestación de servicios de salud comprometida a:

- Responder de forma oportuna y diligente las demandas de la población buscando su satisfacción.
- Presentar a la población nuevas alternativas en prestación de servicios de salud acordes con los requerimientos de la sociedad.





- Establecer lineamientos que nos permitan controlar y mejorar continuamente nuestros procesos.
- Mejorar el nivel de competencias de nuestros colaboradores.

## 2. ALCANCE

Para cumplir con este alcance la entidad gestiona sus procesos y actividades de acuerdo al mapa de procesos y de interrelación de los mismos. El sistema además tiene como lineamientos dados en el documento de la Planificación Estratégica Organizacional.

### EXCLUSIONES

Validación de Procesos de las Prestaciones de Servicios (7.5.2):

Se realizan las verificaciones de los procesos empleando seguimientos con equipos e instrumentos de medición para controlar la calidad del producto, por los que excluimos esta cláusula.

## 3. PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS

El Sistema de Gestión de Calidad de la entidad comprende los siguientes procedimientos documentados para:

- Control de Documentos.
- Control de Registros.
- Auditorías Internas.
- Producto No Conforme.
- Acciones Correctivas y Preventivas.

Adicionalmente la organización cuenta con instructivos y documentos específicos para su gestión los cuales se encuentran descritos en el Listado Maestro de Documentos y Listado Maestro de Registros, que consta como anexos del Procedimiento de Control de Documentos y del Procedimiento de Control de Registros.

## 4. PROCESOS E INTEGRACIÓN

La descripción de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, así como su interacción podrán ser definidos en el documento electrónico Inter procesos, el cual se podrá crear la ruta de ISO 9000-2000 en servidor.



## 14. ANEXO V:

### CONTROL DE DOCUMENTOS

Control de Documentos			
No.	Fecha	Cambio	Responsable
01	01/01/20XX	Emisión original.	Coordinador de Calidad
02	01/01/20XX	4.0 Política de Estructura de documento. 5.0 Procedimiento.	Coordinador de Calidad

#### 1. FINALIDAD

Definir los controles para la elaboración, revisión, aprobación y distribución de los documentos del SGC de la entidad.

#### 2. CAMPO DE APLICACIÓN

Aplica a los documentos de origen interno y externo, indicados en los listados maestros respectivos.

#### 3. DEFINICIONES

- **SGC.-** Sistema de Gestión de Calidad.
- **Copia Controlada.-** Documento que puede ser remplazado en caso de una actualización al constar en la Lista Maestra de Documentos.
- **Copia No Controlada.-** Documento que no puede ser reemplazado en caso de una actualización al no constar en la Lista Maestra de Documento.
- **Lista Maestra de Documento:** Archivo en donde consta todos los Documentos de Calidad manejados por la Compañía.

#### 4. POLÍTICAS

- El Manual de Calidad, la política y objetivos de Calidad serán revisados cada 6 meses para analizar su eficaz cumplimiento.
- El Manual de Calidad, los procedimientos e instructivos del SGC llevarán en el encabezado la fecha de la aprobación inicial y en el control de cambios llevarán las fechas de las revisiones realizadas. La fecha de la última actualización de dichos documentos se las registrará en la LISTA MAESTRA DE DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD.



- Para los Documentos Externos, no aplica distribución. Los documentos originales reposan en manos del Coordinador del SGC, y es responsabilidad de él mantenerlos actualizados y conservarlos en buen estado para garantizar su legibilidad.
- Los Responsables de los Procesos tendrán una copia controlada de sus documentos y aquel que no posee el sello no tendrá validez para realizar alguna gestión dentro de la entidad.
- Los documentos tendrán 3 formatos que se aplicarán en todo el sistema. El encabezado del Manual de Calidad, procedimientos e instructivos del Sistema tendrá el siguiente esquema:
  - Logo de la Entidad.
  - Fecha de Aprobación.
  - Numero de Página.
  - n = Número total de páginas.
  - Código del Documento.- Tiene el siguiente significado:
    - SP: Nombre de la Entidad.
    - AA: (MC: Manual de Calidad - PS: Procedimiento del Sistema -IP: Instructivo del Proceso – PP: Políticas del Proceso).
    - XX: Numero Asignado al Proceso.

<b>PROCESO</b>	<b>NUMERO ASIGNADO AL PROCESO</b>
Procesos Gerenciales.	01
Ingreso.	02
Diseño y Desarrollo.	03
Compras.	04
Recepción y Despacho de Materiales e Insumos.	05
Planificación para las prestaciones de servicios.	06
Prestaciones de servicios.	07
Recepción y Despacho de reclamos.	08
Sistemas Gerenciales.	09
Gestión de Recursos Humanos.	10
Mantenimiento de Equipos.	11
Sistema de Medición y Mejora.	12



- Para el caso del Manual de Calidad y Procedimiento del Sistema, el código tendrá el siguiente significado:

**SP:** Nombre de la Entidad.

**MC:** Manual de Calidad.

**PS:** Procedimiento del Sistema.

**XX:** Número Asignado al Proceso (que en este caso todos se les asignado el 01.

**YY:** Número Asignado al Procedimiento.

PROCEDIMIENTO	NUMERO ASIGNADO AL PROCESO
Control de Documento.	01
Control de Registro.	02
Auditoría Interna.	03
Acciones Correctivas y Preventivas.	04
Producto No Conforme.	05

- Nombre del Documento.  
Estructura de los Registros de Calidad.  
Para los registros de calidad se requiere:
  - En la parte superior izquierda el logotipo de la Entidad.
  - En la superior derecho, el código del registro, que tendrá la siguiente estructura.

**SP:** Inicial de la Entidad.  
**FP:** Formato del Proceso.  
**FS:** Formato del Sistema (para el caso de los registros de los procedimientos).  
**XX:** Número Asignado al Proceso (ver número asignado al proceso del Sistema).  
**YY:** Secuencia de Registro.
- Y en el centro el nombre del registro. Los Registros de calidad son inherentes al procedimiento, por lo cual su aprobación y vigencia se realizan simultáneamente.



**El cuerpo del documento comprende:**

Como primera parte el manual de calidad, procedimientos e instructivos tendrán el cuadro para control de cambios.

Para el caso del Manual de Calidad, tendrá el siguiente esquema:

1. Presentación.
  - 1.1 Presentación de la Entidad.
2. Alcance Exclusiones.
3. Procedimientos Documentados.
4. Procesos e Interacción.

Para el caso de los procedimientos e instructivos de cada proceso:

- 1.0 Finalidad.- Propósito del procedimiento, instructivo.
- 2.0 Campo de Aplicación.- Ámbito de aplicación (procesos o áreas).
- 3.0 Definiciones.- Definiciones que se consideren necesarias para la comprensión de ciertos términos utilizados en los procedimientos.
- 4.0 Políticas.- Instrucciones importantes para el desarrollo de actividades relacionadas con el procedimiento.
- 5.0 Procedimiento.- En este campo se detallará la secuencia de las actividades, las actividades, responsable y documento asociado, aplicando el cuadro que se indica a continuación:

El siguiente formato se aplicará a instructivos en su explicación no amerite gráficos tendrá el siguiente formato:

Responsable	Sec.	Actividad	Documentos Asociados
	01		
	02		
	03		

Para el caso de los instructivos de los procesos en el que se incluyan gráficas para realizar explicaciones de trabajo se detallarán de la siguiente manera las actividades.

**Responsable de Actividad:** Se describe la actividad. En caso de que amerite la descripción un gráfico, lo llevara a



continuación:

GRAFICO O FIGURA  
REPRESENTATIVA DE LA  
ACTIVIDAD DESCRITA

**6.0 Anexos y Registros.**- Cuando sea necesario, se introducirán anexos al final del procedimiento o instrucción como información de soporte para la aplicación del procedimiento, también se indicarán los registros de la actividad que deben considerarse registros de la calidad y guardarse como evidencia de la información obtenida de la aplicación del documento.

**Nota:** En caso de que uno de los campos indicados no aplica, indicar como N/A o No aplica.

Al final del documento se especificará el Responsable de la Elaboración y Aprobación, indicando nombre y cargo.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre</b>	<b>Nombre</b>
<b>Cargo</b>	<b>Cargo</b>

## 5. PROCEDIMIENTO

### 5.1 Control de Documentos Internos del Sistema de Gestión de Calidad

<b>Responsable</b>	<b>Sec.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Documentos Asociados</b>
Responsable de Proceso	01	Define los documentos internos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad y en caso de ser necesario establece nuevos Documentos.	Lista Maestra de Documentos de la Entidad



AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	02	Analiza que los documentos sean aplicables y estén en conformidad con el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9000:2000 y con el Sistema de Gestión Organizacional.	N/A
Director	03	Realiza y aprueba los siguientes documentos : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Política y Objetivos de Calidad.</li><li>➤ Manual de Calidad.</li></ul>	N/A
Jefe de Área	04	Aprueba los siguientes documentos : <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Instructivos.</li><li>➤ Registros.</li></ul>	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	05	Coloca el (los) archivo(s) correspondiente(s) en el servidor con el formato original con protección contra cambios y cuya clave es manejada también por el Director.  En el nombre del procedimiento debe incluirse la fecha inicial de aprobación (ejemplo Control Documentos 01 Enero-20XX que significa Procedimiento de Control de Documentos aprobado el 01 Enero del 20XX). El manual de Calidad, los instructivos y registros no llevarán la fecha inicial de aprobación.	N/A



AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	06	La distribución de los documentos será a través del servidor ruta ISO 9000:2000 en servidor también por medios impresos. Los documentos impresos tendrán el sello de <b>COPIA CONTROLADA.</b>	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	07	Distribuye la Documentación.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	08	Considera los documentos originales aquellos que tienen las firmas de elaboración del responsable del proceso y aprobación del Jefe de Área reposarán en Centro de Documentación, que está a cargo del CSGC.	N/A
Coordinador de Sistema	09	Garantiza la legibilidad de los documentos electrónicos al manejarse un software de versiones compatibles.	N/A
Responsables de los Procesos	10	En caso de que los documentos o los indicadores tengan que ser revisados, informa al CSGC sobre el cambio.	N/A
Responsable de Proceso	11	Solicita a CSGC vía e-mail que envíe el archivo para realizar dicho cambio.	Solicitud de Creación, Modificación y Eliminación de Documentos y Registros
Responsable de Proceso	12	Anota en el "Control de documentos" la modificación realizada en caso de ser manual la calidad, procedimientos e instructivos.	N/A





AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)



Jefe de Área	13	Revisa que la modificación propuesta este acorde al SGC y aprueba cambio realizado.	N/A
Director	14	Aprueba la modificación realizada en caso de ser indicadores del Sistema.	Solicitud de Creación, Modificación y Eliminación de Documentos y Registros Ficha de Proceso
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	15	Sube al servidor los documentos con los cambios realizados.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	16	Informa vía mail a todos los usuarios del nuevo documento modificado y que se encuentra en el servidor.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	17	Reemplaza el documento impreso previo retiro del antiguo de ser el caso. En caso de documentos electrónicos solicita a Responsable de Sistema su reemplazo en el servidor.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	18	Archiva la versión anterior original como documentos obsoletos, identificados en C:/Documentos /Calidad/escritorio/ Medición y Mejora /Control de Modificaciones de Documentos.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	19	Actualiza el listado de documentos.	Lista Maestra de la Entidad



Representante de la Dirección Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	20	Revisa al menos al año la documentación del SGC. Si se necesita modificación se vuelve al punto 11, y, si no necesita se registra la revisión del documento con la nueva fecha del documento.	Lista Maestra de Documentos de la Entidad
Representante de la Dirección Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	21	Se consideran copias no controladas del documento las copias impresas sin sello de copia controlada. Así mismo, toda documentación en formato electrónico fuera del servidor (en otras computadoras).	N/A

## 5.2 Control de Documentos Externos del Sistema de Gestión de Calidad

Responsable	Sec	Actividad	Documentos Asociados
Representante de la Dirección Responsable de Proceso	01	Define los documentos externos del Sistema de Gestión de Calidad.	Listado de documentos: externos
Responsable de Proceso Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	02	El responsable de proceso: Identifica los documentos externos con un nombre e informa al CSGC para que lo incluya en el listado maestro de documentos	Listado Maestro de Documentos Externo de la Entidad



Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	03	Reemplaza el documento en caso de que el documento sea modificado, en el usuario. Si necesita mantener el documento, guarda el original en archivo identificándolo como obsoleto. Si no es necesario mantener el documento elimina los documentos obsoletos y vuelve al punto 01.	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	04	Actualiza la documentación trimestralmente.	Listado Maestro de Documentos Externo de Nombre de la Entidad

## 6.0 ANEXOS Y REGISTROS

- 6.1 Lista Maestra de Documentos de la Entidad.
- 6.2 Lista Maestra de Registros de la Entidad.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b> Coordinador de	<b>Cargo:</b> Director



15. ANEXO VI:

PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS

1. FINALIDAD

Definir los lineamientos para planificar, ejecutar y emitir informe de las Auditorías que se realicen al SGC de La Entidad.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

Aplica a todas las auditorías del SGC de La Entidad.

3. DEFINICIONES

**Auditoria.-** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoría.

**Programa de la auditoría.-** Conjunto de una o más auditorías planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**Plan de la auditoría.-** Descripción de las actividades en el sitio y arreglos para una auditoría.

**Alcance de la auditoría.-** Extensión y límites de una auditoría.

**Criterios de la auditoría.-** Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia.

**Equipo auditor.-** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoría.

4. POLÍTICAS

Se podrá realizar auditorías internas por parte auditores externos, previa autorización de la Dirección.

5. PROCEDIMIENTO

Responsables	Sec.	Actividad	Documentos asociados
Coordinador de Sistema de Gestión de Calidad	01	Elabora el programa anual de auditorías internas y calificación de auditores.	Programa Anual de Auditorías



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



Jefe Auditor	02	Designa o selecciona a los auditores responsables y observadores en el caso que los hubiera.	Listado de auditores
Coordinador de Sistema de Gestión de Calidad	03	Distribuye la copia del Programa de Auditorías a los Auditores designados	N/A
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	04	Prepara el Plan de Auditoría, toda la documentación y los recursos necesarios para llevar a cabo la auditoría.	Plan de Auditoría
Coordinador del Sistema de Gestión de Calidad	05	Entrega el Plan de Auditoría al auditado con una semana de anticipación.	Mail
Jefe Auditor Auditor	06	Inicia la auditoría con la reunión de apertura.	N/A
Jefe Auditor Auditores	07	Empieza la auditoría verificando el cumplimiento con los requisitos del SGC y resultados de auditorías previas.	N/A
Jefe Auditor Auditores	08	Realiza reuniones periódicas entre los Auditores para analizar y verificar la información.	N/A
Jefe Auditor	09	Finaliza el evento de la auditoría con una reunión de cierre e informe verbal preliminar.	N/A
Jefe Auditor	10	Prepara el Informe de Auditoría y anexa el Registro de No Conformidades.	Informe de Auditoría Registro de Control de Acciones Correctivas/Preventivas
Jefe Auditor	11	Entrega el Informe de Auditoría, y el RNC al Representante de la Dirección.	N/A



Jefe Auditor	12	Distribuye las no conformidades a los dueños de proceso para el levantamiento de acciones correctivas.	Solicitud de Acciones Correctivas y Preventivas
Auditor	13	Se asegura de que se eliminan las no conformidades de acuerdo al Procedimiento de Acciones Correctiva/Preventiva.	Solicitud de Acciones Correctivas y Preventivas Registro de Control de Acciones Correctivas/Preventivas
Coordinadora de Sistema de Gestión de Calidad	14	Archiva los registros de la auditoria de acuerdo al Procedimiento de Control de Registros.	N/A

## 6. ANEXOS Y REGISTROS

- 6.1 Instructivo para calificación de auditores.
- 6.2 Competencia y parámetros de evaluación de auditores internos.
- 6.3 Solicitud de Acciones Correctivas y Preventivas.
- 6.4 Registro de Control de Acciones Correctivas/Preventivas.

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b> Coordinador SGC	<b>Cargo:</b> Director



16. ANEXO VII:

PROCEDIMIENTO PARA CALIFICACIÓN DE AUDITORES

Responsables	Sec.	Actividad	Documento asociado
Jefe Auditor	01	Realiza una convocatoria (de la forma que se considere adecuada) a inscribirse para ser formados como auditores internos.	N/A
Jefe Auditor	02	Verifica que los convocados hayan participado en al menos una auditoria como	Listado de auditores internos potenciales
Jefe Auditor	03	Realiza una primera selección y evaluación de acuerdo a las características demostradas en su trabajo diario (atributos personales	Competencia de auditores
Externo Jefe Auditor	04	Recibe/dicta el curso sobre la norma, su aplicación a la organización y procesos, con una duración mínima de tiempo.	N/A
Externo Jefe Auditor	05	Evalúa de manera teórico práctica el curso recibido y envía vía mail los resultados obtenidos de la evaluación al Representante de la Dirección o al Coordinador de Calidad	Competencia de auditores Resultados de la evaluación
Equipo Auditor	06	Participa en al menos una auditoría interna semestral.	N/A
Jefe Auditor	07	Evalúa la participación del equipo auditor en el informe de Auditoría.	Informe de Auditoria



**AUDITORIA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS  
EN EL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ (SEDES)**



Auditor	08	Al año de su calificación, si no ha demostrado actualizaciones participación en seminarios, auditorías), deberá seguir un curso de actualización de auditores internos.	Reevaluación de auditores
Auditor	09	De acuerdo al tamaño de la organización, al menos debe formarse un auditor por proceso (mínimo cinco en la organización) y deberá incrementarse paulatinamente el número de auditores.	N/A





## 17. ANEXO VIII:

### COMPETENCIA Y PARÁMETROS DE EVALUACIÓN DE LOS AUDITORES INTERNOS

Los auditores internos de la organización deberán poseer y demostrar las siguientes habilidades y competencias, de acuerdo al instructivo de calificación de auditores:

#### EDUCACIÓN:

Educación Universitaria Profesional en Auditoria y/o Contador Publico

#### ATRIBUTOS PERSONALES MINIMOS:

	FUENTE	EVALUADOR	NOTA /100
1. Ético, es decir, imparcial sincero, honesto y discreto.	Personal	GG/JA/RD	100
2. Observador.	Personal	GG/JA	80
3. Tenaz, persistente, orientado hacia el logro de objetivos.	Personal	GG/JA	70
4. Seguro de sí mismo, es decir funciona e interactúa de forma independiente.	Personal	GG/JA	80
5. Empático, es decir que tenga la habilidad de comprender los puntos de vista de los demás.	Personal	GG/JA	70
6. Cumplido en su trabajo.	Personal	GG/JA	80
7. Comunicador.		GG/JA	80

#### ATRIBUTOS COMPLEMENTARIOS DESEABLES:

	FUENTE	EVALUADOR	NOTA /100
1. Mentalidad abierta, dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos.	Personal	GG/JA	70
2. Perceptivo, capaz de entender las situaciones.	Personal	GG/JA	80
3. Versátil, es decir se adapta fácilmente a las situaciones.	Personal	GG/JA	70
4. Planificador.	Personal	GG/JA	80



**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES:**

		<b>FUENTE</b>	<b>EVALUADOR</b>	<b>NOTA /100</b>
1.	Conocimiento de principios de auditoría.	Curso	JA	80
2.	Conocimiento de la norma y su interpretación aplicada a la organización.	Curso	JA	80
3.	Conocimiento de procesos.	Curso	JA	80
4.	Conocimientos básicos de metrología.	Curso	JA	80

**EXPERIENCIA:**

1. Haber participado en al menos una auditoría como asistente.

		<b>FUENTE</b>	<b>EVALUADOR</b>	<b>NOTA /100</b>
1.	Aplicación de principios de auditoría.	Práctica	JA	80
2.	Aplicación de la norma y su interpretación aplicada a la organización.	Práctica	JA	80
3.	Conocimiento de procesos.	Práctica	JA	80
4.	Conocimiento de los términos de la industria.	Práctica	JA	80
5.	Normas y leyes aplicables a la industria.	Práctica	JA	80
6.	Participación proactiva en auditoría.	Práctica	JA	70
7.	Empatía con la gente.	Práctica	JA	70
8.	Aportes.	Práctica	JA	70

<b>Elaborado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
<b>Nombre:</b>	<b>Nombre:</b>
<b>Cargo:</b> Coordinador	<b>Cargo:</b> Gerente



18. ANEXO IX:

**PLAN DE AUDITORIA**

**Auditoría:** No.  
**Alcance:** Todo el Sistema de Gestión de Calidad.  
**Objetivo:** Verificar la implementación del SGC.  
Verificar el cumplimiento de leyes y reglamentos Verificar cumplimiento de Política y Objetivos de Calidad.  
Verificar la toma de acciones correctivas/preventivas de la XXX auditoría.  
**Criterio de Auditoría:** Manual de SGC y demás documentos del SGC, y norma ISO 9000:2000.  
Informe de XX Auditoría.  
**Fechas de Auditorías:** XX de XXX 20XXX  
**Equipo Auditor:**  
**Auditor Líder:**  
**DIA:** XX de XXXX 20XX



**19. ANEXO X:**

**LISTA DE VERIFICACIÓN**

<b>LISTAS DE VERIFICACIÓN</b>	
<b>RESPONSABLE DE PROCESO AUDITADO.</b>	
<b>AREA AUDITADA.</b>	
<b>FECHA AUDITARIA.</b>	
<b>AUDITOR RESPONSABLE.</b>	

<b>VENTAS</b>	<b>CUMPLE</b>			<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>NO APLICA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>Gestión de Prestación de Servicios</b>				
¿Existe un instructivo para Gestión de Prestación de Servicios?				
¿Tiene una base de datos de los Contactos de los beneficiarios de los servicios?				
¿Existe una lista actualizada de contactos con: nombre, teléfono comercial, teléfono residencial y otras informaciones relevantes?				
<b>Clasificación de los Beneficiarios</b>				
¿Tiene clasificados a los beneficiarios por tipos?				
¿Tiene alguna clasificación de beneficiarios según prestación de servicios?				
<b>Planificación de Ingresos</b>				
¿Tiene algún Plan de Ingresos?				
¿Existe un responsable del cumplimiento del Plan de Ingresos?				
¿Qué controles emplean?				
<b>Recepción de Pedido</b>				
¿Tiene un proceso de recepción de pedidos?				
¿Cómo controlan las modificaciones de los pedidos de los beneficiarios?				
¿Son comunicados al departamento correspondiente las modificaciones cuando la orden ya ha sido entregada a dicho departamento?				



<b>Reclamaciones de Beneficiarios</b>				
¿Hay procedimiento escrito para gestión de reclamos?				
¿Los reclamos son recibidos a través de algún departamento?				
¿Se establecen acciones correctivas (investigación, evaluación) para las reclamaciones?				
¿El beneficiario recibe, en un plazo máximo, retorno sobre la investigación/ evaluación/ acciones correctivas referente a las reclamaciones?				

**ALCANCE:**

La auditoría se realizó a los procesos del SGC de LA ENTIDAD que se encuentran declarados en el Manual de Calidad.

**OBJETIVOS:**

- Verificar la implementación del SGC.
- Verificar el cumplimiento de leyes y reglamentos.
- Verificar cumplimiento de Política y Objetivos de Calidad.
- Identificar oportunidades de mejora.

**CRITERIO DE AUDITORÍA:**

Manual de SGC y demás documentos del SGC, y norma ISO 9001:2000.  
Informe de Primera Auditoría

**EQUIPO AUDITOR:**

**Auditor Líder:**

**REPRESENTANTE DEL AUDITADO**

Representante de la Dirección:

**FECHAS Y HORARIO**

DIA:

Fecha y Hora	Procesos	Auditado	Auditor	Lugar
Reunión de Enlace de Equipo Auditor				



## 20. ANEXO XI:

### INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE LA ENTIDAD

#### **PUNTOS POSITIVOS ENCONTRADOS**

Se puede destacar entre los puntos positivos encontrados los siguientes procesos:

#### **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Las oportunidades de mejora, que se han dividido entre No Conformidades (NC) que aplican a las desviaciones detectadas y Observaciones (OBS) que evidencian una potencial no conformidad. Se adjunta Solicitudes de Acciones Correctivas- Preventivas.

#### **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

#### **CONCLUSIONES**

#### **DISTRIBUCIÓN INFORME DE AUDITORÍA**

El presente informe se ha enviado a la Representante de la Dirección en la siguiente dirección electrónica.

#### **REQUISITO DE CONFIDENCIALIDAD**

El equipo auditor garantiza la confidencialidad de la información recopilada en este reporte, misma que podrá utilizarse únicamente con autorización previa escrita de la entidad.

Auditor Interno Líder



21. ANEXO XII:

FORMULARIO DE APLICACIÓN

A nombre de:

Solicitamos los servicios de Auditoria de Calidad, para la Certificación de nuestro Sistema de Gestión y estamos de acuerdo en cumplir con los Códigos de Práctica y Condiciones Generales de Servicios de Certificación, así como pagar los costos cotizados en la Propuesta No. XX con fecha XX de Enero de 20XX. Así mismo confirmamos que la información proporcionada a los auditores y que se encuentra detallada en los datos generales de la propuesta es correcta.

PRE-CERTIFICACION (OPCIONAL) Acepto: SI o NO: Fecha Tentativa \_\_

AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN FASE 1      Fecha Tentativa \_\_\_\_\_

AUDITORIA DE CERTIFICACIÓN FASE 2      Fecha Tentativa \_\_\_\_\_

Nombre:	Firma:
Cargo:	
Fecha:	

Nombre Contacto Financiero:	
Cargo:	NIT EMPRESA:
Teléfono:	Email: