



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES CUAUTITLÁN

IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL ÓRGANO DE CONTROL DE UN INSTITUTO GUBERNAMENTAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

INGENIERA MECÁNICA ELECTRICISTA

P R E S E N T A :

JANETTE CHÁVEZ ESCAMILLA

ASESOR:
M.I. ÁLVARO AYALA RUIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias:

A mis padres,

Por ser el mejor ejemplo a seguir dando amor, comprensión, paciencia y todo su apoyo para poder llevar acabo esta meta que es de ellos también.

A mi madre,

Por enseñarme a ser una mujer responsable, compartiendo su tiempo y sabiduría.

A mis hermanas,

Por el cariño, confianza, apoyo y comprensión que en todo momento me han brindado.

A mis abuelos,

Por el amor y apoyo incondicional que siempre me han demostrado.

A mis familiares ,

Con quien he compartido momentos inolvidables.

A mis amigas,

Paty, Sofia e Isabel por compartir su vida conmigo.

A mis amigos,

Por todo lo que hemos aprendido juntos.

Muchas Gracias!!!

Agradecimientos:

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
Por haberme otorgado la mejor herencia que se puede legar a un ser humano:*

Educación y Cultura

*A la Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán,
Que me permitió aprender a ser responsable, trabajadora y honesta,
para ser una buena ciudadana que colabora con el desarrollo de su país.*

*Al M.I. Álvaro Ayala Ruíz
Por su tiempo, apoyo y disposición para dirigir la tesis con profesionalismo.*

A mis Sinodales,

*Ing. Reyes Hugo Torres Merino
Ing. Emiliano Fones Espinoza
Ing. Santos Carlos López Escobar
Ing. Marcos Belisario González Loria*

Por haberme otorgado el privilegio de ser su alumna y de compartir sus conocimientos y experiencias.

Í N D I C E

INTRODUCCIÓN	1
C A P Í T U L O I ANTECEDENTES DE LA CALIDAD	3
1.1 INTRODUCCIÓN	4
1.2 ANTECEDENTES	4
1.2.1 Historia de la calidad	4
1.2.2 Etapas de la Calidad	9
1.2.3 Definición de la calidad	10
1.2.4 Administración de la calidad	11
1.2.5 Perspectivas de la calidad.	14
1.2.6 Aseguramiento de calidad.	15
1.2.7 Estándares de calidad.	17
1. 3 ISO 9000	18
1.3.1 ¿Qué es ISO?	18
1.3.2 ¿Quién desarrolló la serie de estándares ISO 9000?	19
1.3.3 ¿Cómo trabajan las Series ISO 9000?	20
1.3.4 ¿Qué hay con respecto a México?	21
1.3.5 ¿Cuáles son los documentos que forman la serie ISO 9000?	22
1.4 BIBLIOGRAFÍA	23
C A P Í T U L O II ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN	24
2.1 INTRODUCCIÓN	25

2.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	25
2.3 FUNCIONES DE LOS TITULARES DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	27
2.3.1 Introducción	27
2.3.2 Titular del Órgano Interno de Control	28
2.3.3 Titular del Área de Auditoría Interna	30
2.3.4 Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	31
2.3.5 Titular del Área de Quejas	33
2.3.6 Titular del Área de Responsabilidades	34
2.3.7 Coordinador de Órganos Internos de Control Delegacionales	35
2.3.8 Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos	37
2.3.9 Coordinación Administrativa	38
2.4 DIAGRAMAS DE FLUJO DE LAS ÁREAS DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	40
2.4.1 Área de Auditoría Interna	40
2.4.2 Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	44
2.4.3 Área de Quejas	48
2.4.4 Área de Responsabilidades	52
2.4.5 Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales	56
2.4.6 Unidad de Asuntos Jurídicos	61
2.4.7 Coordinación Administrativa	66
2.5 DETECCIÓN DE NECESIDADES	72
2.6 BIBLIOGRAFÍA	73

C A P Í T U L O III DEFINICIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	74
3.1 INTRODUCCIÓN	75
3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS	77
3.2.1 Elaboración de Procedimientos	81
3.2.2 Elaboración del Manual de Gestión de la Calidad	84
3.2.3 Elaboración del Manual del Plan de Calidad	88
3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCESOS	91
3.4 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS	106
3.4.1 Documentos de Origen Externo	112
3.4.2 Lista Maestra de Documentos y Lista de Control de Documentos de Origen Externo	113
3.5 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE REGISTROS DE CALIDAD	117
3.6 PROCEDIMIENTO PARA AUDITORÍAS INTERNAS DE CALIDAD	124
3.7 PROCEDIMIENTO PARA PRODUCTO NO CONFORME	137
3.8 PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS	143
3.9 PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVAS	151

CAPÍTULO IV IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA	159
4.1 INTRODUCCIÓN	160
4.2 MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD M-DCA-1	161
4.3 MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD M-DCA-2	162
4.4 MANUAL DE PROCESOS M-DCA-3	163
4.4.1 Proceso de Auditorías Internas de Calidad	164
4.4.2 Proceso de Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad	165
4.4.3 Proceso de Mejora Continua del OIC	166
4.4.4 Proceso de Comunicación Interna	167
4.4.5 Proceso de Revisión por la Dirección	168
4.4.6 Proceso de Atención Ciudadana	169
4.4.7 Proceso de Conciliación con Proveedores y Contratistas	170
4.4.8 Proceso de Usuario Simulado	171
4.4.9 Proceso de Atención Directa y Gestión Inmediata	172
CONCLUSIONES	173
TRABAJO POR REALIZAR	175

INTRODUCCIÓN

Ante el reclamo constante de una nación que pide a sus gobernantes no más corrupción, hoy en día basados en la Misión de la máxima autoridad, la Secretaría de la Función Pública, que es *“Abatir los niveles de corrupción en el país y dar absoluta transparencia a la gestión y al desempeño de la Administración Pública Federal”* [1]. Los Órganos Internos de Control (OIC) dentro de las dependencias y entidades gubernamentales son un punto clave que vigila el cumplimiento. Es por eso la elección y la importancia de mejorar los procesos y procedimientos de trabajo del OIC en una Institución de Salud, para que de forma estándar, eficiente y controlada cumplan con sus objetivos.

Existe la necesidad de fortalecer la metodología de operación de los OIC, que le permita planear y desarrollar los servicios que ofrece, cumpliendo los objetivos y requisitos de los clientes suministrando información confiable y a tiempo para la adecuada toma de decisiones.

Es por esto que el presente proyecto pretende sentar las bases para implantar un Sistema de Gestión de Calidad en un Órgano Interno de Control de una Institución de Salud, definido para mejorar continuamente el desempeño mediante la consideración primordial de las necesidades de las áreas, definiendo el alcance del sistema en su totalidad, con ocho procedimientos documentados que dan los parámetros para la elaboración de tres manuales y 29 procesos, los cuales aplican a todo el OIC, siendo para esta primer etapa la implantación de los procesos del sistema, el proceso de la Dirección y, por los objetivos del área de Quejas que contienen compromisos contraídos por el gobierno de la República Mexicana, los procesos de ésta. Quedando pendiente tres etapas más por implantar, la primera cubrirá el resto de las áreas sustantivas Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Responsabilidades, la Unidad de Asuntos Jurídicos y las Coordinaciones de Administración y de Órganos Internos de Control Delegacional; la segunda tendrá el objetivo de replicar el sistema en los treinta y cinco OIC's delegacionales desde la capacitación hasta la implantación del

mismo, y la tercera y última evaluará el funcionamiento total del sistema con Auditorías Internas de Calidad, para detectar servicios no conformes que den origen a tomar acciones correctivas y preventivas, cerrando el ciclo de aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad; sin embargo éste no se detiene ya que la mejora continua lo mantiene innovando constantemente.

Por lo tanto el objetivo de este trabajo de tesis será implantar las bases para un “Sistema de Gestión de Calidad” que establezca y describa los lineamientos basados en la norma internacional ISO 9001 2000 aplicados al Órgano Interno de Control de una Institución de Salud.

El desarrollo de este proyecto consta de cinco capítulos. En el capítulo I se darán a conocer los inicios de la calidad y su desarrollo en el mundo, mencionando su evolución en México, así como un panorama general de lo que es ISO y sus normas y estándares. El capítulo II explicará la estructura del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud, las funciones sustantivas y el análisis de la situación actual a través de los flujogramas de éstas, lo que permitirá realizar la detección de las necesidades. En el capítulo III se describirán los procedimientos para elaborar los manuales y procesos de forma estándar, así como, el manejo de los documentos internos y externos del sistema. Ya en el capítulo IV se propondrán los Manuales del Sistema de Gestión de Calidad y Plan de Calidad a implantar, así como los procesos elegidos para esta primera etapa. Y como capítulo V se hará un balance del cumplimiento del alcance del proyecto, dando a conocer las conclusiones del mismo.

[1] Manual de Organización General de la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (Hoy Secretaría de la Función Pública), 2002.

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE LA CALIDAD

1.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo nos remontamos a la historia de la calidad total que es el estado más evolucionado dentro de las sucesivas transformaciones que ha sufrido el término calidad a lo largo del tiempo. En un primer momento se habla de control de calidad, primera etapa en la gestión de la calidad que se basa en técnicas de inspección aplicadas a producción. Posteriormente nace el aseguramiento de la calidad, fase que persigue garantizar un nivel continuo de la calidad del producto o servicio proporcionado. Finalmente se llega a lo que hoy en día se conoce como calidad total, un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de mejora continua.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 Historia de la calidad

La evolución del concepto de Calidad tiene como referencia adyacente los planteamientos que comenzaron a hacerse a principios del siglo XX, innumerables maestros y escuelas del mundo de la administración contribuyeron al avance y prosperidad de la calidad. Frederick Taylor, padre de la administración científica, contribuye con un nuevo concepto en la producción, al descomponer el trabajo en tareas individuales, separando las tareas de inspección de las de producción y el trabajo de planificación del de ejecución. A partir de ésta mejora, en los años 20, la Western Electric Company crea un departamento de inspección independiente para respaldar a las compañías operativas de la Bell Telephone. De éste departamento nacen los pioneros del aseguramiento de la calidad, tales como: Walter Shewart, Harold Dodge, y George Edward.

A Walter Shewart se le considera el padre de los sistemas de Gestión de la Calidad actual, por la creación de las Gráficas o fichas de Control en 1924, las

cuales se hicieron muy populares a mediados de la Segunda Guerra Mundial. Con la creación y utilización de la producción en serie, Shewart contribuye una vez más con la creación del Ciclo PHVA (Planificar-Hacer-Verificar-Actuar), ciclo que posteriormente los japoneses rebautizan como Ciclo Deming.

Durante la Segunda Guerra Mundial, los militares estadounidenses comenzaron a utilizar procedimientos estadísticos de muestreo y a establecer requisitos o normas estrictas a sus proveedores. De ahí nacen las tablas de muestreo "**MIL-STD**" (**Military Standar, norma militar**).

En el año de 1944 se publicó la primera revista sobre Control de Calidad, la Industrial Quality Control y en 1946 se fundó la American Society for Quality Control (ASQC) con sede en Estados Unidos.

En la década de los años cincuenta, los japoneses adoptan las ideas del Control de Calidad con la finalidad de restablecer la economía quebrantada de postguerra. Es el auge de la JUSE, Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (1946), entidad independiente del gobierno y no lucrativa, que une a grupos de empresarios, gente del gobierno y académicos.

La JUSE se da a la tarea de desarrollar y difundir las ideas del Control de Calidad en todo el país. Para ello, invitan al Japón en 1950 al Dr. Walter Shewart, quien no se encontraba disponible, por lo que la invitación se hace extensiva al Dr. W. Edward Deming, profesor de la Universidad de Columbia, para que dictara una serie de seminarios y conferencias por espacio de 2 meses. Es así como Deming introduce en el Japón los conceptos actuales del Control de Calidad moderno; el Control de Calidad Estadístico y el PHVA de Shewart. En 1951 y como resultado de esta visita, los japoneses crean el Premio Deming de la Calidad para motivar a las empresas al mejoramiento continuo (kaizen). Pero esto no consigue una cultura de calidad en el país nipón, es por ello que JUSE invita en el año de 1954 al Dr. Joseph M. Juran, para que impartiera un seminario a ejecutivos y directores

del departamento y sección de calidad. Juran consigue resolver los inconvenientes relacionados a la poca motivación por parte de la alta dirección empresarial, como consecuencia inicia en el Japón una transición gradual desde el Control de Calidad Estadístico al Control de Calidad Total.

Mientras que en el Japón la calidad se convirtió en un asunto de estado, incongruentemente en occidente los niveles de calidad permanecieron estacionarios hasta los años 80. Entre tanto se dan a conocer nuevas publicaciones, en 1951, Armand Feigenbaum edita **Total Quality Control (TQC), (Control Total de la Calidad)**. En 1957, Kaoru Ishikawa publica un libro que resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce hoy como "Control de Calidad en Toda la Compañía". Al mismo tiempo Ishikawa pregonaba la difusión en el Japón de los Círculos de Calidad.

En los años sesenta Shigueo Shingo desarrolla Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente y para 1977 plantea formalmente el Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir el "Cero Defecto", ZD. En 1972, Yoji Akao y colaboradores desarrollan el DFC, Despliegue de la Función de Calidad, en el astillero de la Mitsubishi en Kobe, profundizando y centrando los conceptos del Hoshin Kanri. Se comienzan a utilizar las matrices de la casa de la calidad. En 1970 Estados Unidos sufre la importación masiva de productos japoneses de mejor calidad y mucho más baratos. En los 80 Japón se convierte en la primera potencia económica del planeta.

En esos años, Genichi Taguchi plantea la Función Taguchi de pérdida. Motorola crea sigma 6, una técnica para mejorar la calidad. En Estados Unidos, los consumidores se organizan y forman la "Comisión para la Seguridad de Productos al Consumidor", y en 1987 se crea el Premio Nacional Malcolm Baldrige. Hasta éstos años es cuando el mundo occidental empieza a tomar conciencia de la Gestión de la Calidad a la vez que adoptan gran parte de las ideas y prácticas del Control de Calidad japonés con la finalidad de producir los cambios necesarios

que requirieran en sus respectivos países, es así como se comienza a hablar de TQM (**Total Quality Management, Administración de la Calidad Total**).

Es importante reconocer que los cambios hacia una economía abierta no pueden ser evaluados en un periodo corto, ya que necesitan de un plazo mayor para traer los beneficios esperados en términos de bienestar, debido a que otras variables no económicas como turbulencias políticas asociadas a la consolidación de la democracia, el mejoramiento en la calidad de la educación y los cambios en valores culturales (honestidad, puntualidad, disposición al trabajo y al ahorro, etc.) requieren quizá de 20 o 30 años para madurar. Lo trascendental es que el proceso de la calidad total se ha iniciado a nivel global. En el caso de nuestro país, México, a través del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos de América y Canadá ha sentado las bases para mayores cambios estructurales en la economía nacional, ya que se pretende estimular nuevas inversiones y promover una mayor competitividad entre las empresas.

Aquellas organizaciones que están involucradas en programas de calidad total y que por ende han logrado niveles de productividad mayores al promedio, podrán reconocer y estimular la mejora continua con mejores salarios y compensaciones que las que actualmente se otorgan en las empresas mexicanas.

Una característica de la economía mexicana es el alto grado de concentración, ya que las grandes corporaciones dominan sus respectivos mercados haciendo parecer que se trata de monopolios en un régimen económico-legal que no lo admite. La micro y pequeña empresa, que representan el 95% del total de las empresas en México, son administradas en forma muy deficiente debido al poco apoyo y atención gubernamental que se les concede, ya que por lo general operan con tecnología obsoleta e ineficiente por lo que muy difícilmente pueden competir o es nula su participación en el ámbito internacional.

El gobierno mexicano optó por adoptar una política comercial menos proteccionista dando resultado a una mayor competencia para los productores nacionales, los cuales se vieron obligados a incrementar su eficiencia, productividad y calidad hacia niveles internacionales para poder permanecer en el mercado.

Las organizaciones internacionales de comercio a las que México se ha incorporado son: el GATT (OMC) en 1986, la OECD en 1993, un Acuerdo de Cooperación de la Unión Europea en 1991, el TLC en 1993, la APEC en 1993, y otros acuerdos bilaterales o trilaterales con diversos países de Latinoamérica.

En los últimos diez años, nuestro país se ha convertido en una nación estratégica para el resto del mundo, al ser el único que cuenta con tratados comerciales con los principales bloques económicos: TLC de América del Norte, TLC México Chile, TLC México Costa Rica, TLC México Nicaragua, TLC del Grupo de los Tres (Colombia, Venezuela y México), TLC México Unión Europea, TLC México Bolivia, TLC México Israel así como Negociaciones con Uruguay, Perú, Argentina y Brasil.

La mayor parte de los problemas en cuanto a imagen de calidad de países como México han sido provocados por las políticas de economía cerrada y la consecuente falta de competencia a la que se enfrentan sus organizaciones. Una vez que la economía se abrió, el país se encontró de pronto en medio de un mundo altamente competido y se vio forzado a mejorar rápidamente la calidad de sus productos y servicios sin contar con los conocimientos y bases tecnológicas adecuadas. Hoy por hoy la percepción de que México es un país que sólo ofrece mano de obra barata cambia gradualmente a paso constante. Actualmente muchas de las corporaciones más importantes en el ámbito mundial como American Express, Ford Motor Company, Chrysler y General Motors, reportan y reconocen que su fuerza laboral mexicana ofrece un nivel de calidad y confiabilidad que no han encontrado en otros países.

Con la finalidad de promover la competitividad entre las organizaciones mexicanas, se instituyó en 1989 el Premio Nacional de Calidad en reconocimiento a las empresas que logren resultados sobresalientes en los ámbitos de calidad, atención al cliente y calidad de vida en el trabajo. Las compañías que soliciten competir deberán cotejar en forma explícita su mejoramiento de calidad con respecto a otras compañías que participan en la misma categoría. Algunas de las empresas que se han hecho acreedoras al Premio Nacional de Calidad son: General Motors planta Toluca, Crysel, Xerox México, American Express México entre otras.

1.2.2 Etapas de la Calidad

La Calidad ha evolucionado a través de seis etapas: la de la Inspección (Siglo XIX que se caracterizó por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto; la era del control estadístico del proceso (década de los 30's) enfocada al control de los procesos y la aparición de métodos estadísticos para el mismo fin y la reducción de los niveles de inspección; la del aseguramiento de la calidad (década de los 50's) que es cuando surge la necesidad de involucrar a todos los departamentos de la organización en el diseño, plantación y ejecución de políticas de calidad, y la era de la administración estratégica de la calidad total (década de los 90s) donde se hace hincapié en el mercado y en las necesidades del consumidor, reconociendo el efecto estratégico de la calidad, como una oportunidad de competitividad, reingeniería de procesos (década de los 90s) donde el avance tecnológico y de sistemas administrativos propone un mejoramiento radical, empezar de nuevo, cambiar toda la organización, rearquitectura de la empresa y rompimiento de las estructuras del mercado (a finales del siglo XX y principios del XXI), donde se propone que el conocimiento es la base de los negocios actuales.

1.2.3 Definición de la calidad

La calidad se designa como la excelencia total en la realización de un producto o servicio, siendo su cualidad principal el adecuado manejo de todos los recursos con que cuenta una empresa para que el producto o servicio resulte como se había planeado y bajo condiciones óptimas o superiores a las demás.

El concepto de excelencia durante la Edad Media era considerado como aquella obra perfecta que no tuviera ningún defecto. La presencia de uno de estos por pequeño que fuera, era suficiente para calificar a la obra como imperfecta.

Los trabajos de manufactura en la época preindustrial, como eran prácticamente labores de artesanía, tenían mucho que ver con la obra de arte, el artesano ponía todo su empeño en hacer lo mejor posible cada una de sus obras cuidando incluso que la presentación del trabajo satisficiera los gustos estéticos de la época, dado que de la perfección y excelencia de su obra dependía su prestigio artesanal.

El juicio acerca de la calidad del producto tenía entonces como base la relación personal que se establecía entre el artesano y el usuario. Cuando alguien necesitaba de un producto, como podría ser una herramienta o un determinado vestido o traje, exponía sus necesidades al fabricante, quien lo elaboraba de acuerdo con los requerimientos establecidos por el cliente. Como eran trabajos hechos a la medida, el productor sabía de inmediato si su trabajo dejaba satisfecho al cliente o no.

Con el advenimiento de la época industrial surgen nuevas definiciones de calidad, las cuales han ido evolucionando hasta la fecha. A continuación se mencionan algunas de estas definiciones así como la persona que lo conceptualiza bajo la perspectiva de su época.

Calidad según Deming: Ofrecer a bajo costo productos y servicios que satisfagan a los clientes. Implica un compromiso con la innovación y mejora continuas. [1]

Calidad según Juran: Uno de los elementos clave de la definición de la calidad es la "adecuación de uso" de un producto. [2]

Calidad según Crosby: La explica desde una perspectiva ingenieril como el cumplimiento de normas y requerimientos precisos. Su lema es "Hacerlo bien a la primera vez y conseguir cero defectos". [3]

1.2.4 Administración de la calidad

En las dos últimas décadas ha revolucionado crucialmente la postura que tenía la alta gerencia con respecto a la calidad, debido al impacto que por su calidad, precio y contabilidad, han tenido los productos japoneses en el mercado internacional.

Por ello la administración muestra un cambio profundo en cuanto a la percepción del rol que juega la calidad en el mundo actual de los negocios. Si en épocas anteriores se pensaba que la falta de calidad era perjudicial a la compañía, ahora la calidad se concebirá como la estrategia fundamental para alcanzar competitividad y por consiguiente, como el valor más importante que no deberá de prescindir en ninguna de las actividades de la alta gerencia.

La calidad no pasa a ser estrategia competitiva sólo porque se apliquen métodos estadísticos para controlar el proceso; como tampoco es por el hecho de que todos se comprometan a elaborar productos sin ningún defecto, pues esto de nada serviría si no hay mercado para ellos. La calidad pasa a ser estrategia de competitividad en el momento en el que la alta gerencia toma como punto de partida para su planeación estratégica los requerimientos del consumidor y la calidad de los productos de los competidores. Se trata de planear toda actividad

de la empresa, de tal forma que entregar al consumidor artículos que respondan a sus requerimientos y que tengan una calidad superior a la que ofrecen los competidores.

Esto, sin embargo, implica cambios profundos en la mentalidad de los administradores, en la cultura de los organizadores y en las estructuras de las empresas. La experiencia que las empresas japonesas han tenido en la implantación de un sistema administrativo enfocado al logro de la calidad, ha contribuido en gran medida a visualizar cuáles deben ser estos cambios y por consiguiente, a comprender los pasos a dar para lograr que la calidad llegue a ser estrategia competitiva por excelencia.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos y que gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se pueden considerar como un proceso. Frecuentemente las actividades de un proceso constituyen directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión pueden denominarse como “enfoque basado en procesos”.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como su combinación e interacción. Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un Sistema de Gestión de la Calidad, enfatiza la importancia de:

- La comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- La necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.

- La obtención de resultados del desempeño y eficacia de procesos.
- La mejora continua de los procesos con base a mediciones objetivas.

El modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en procesos (Figura 1, Pág. 13), ilustra los vínculos entre los procesos.

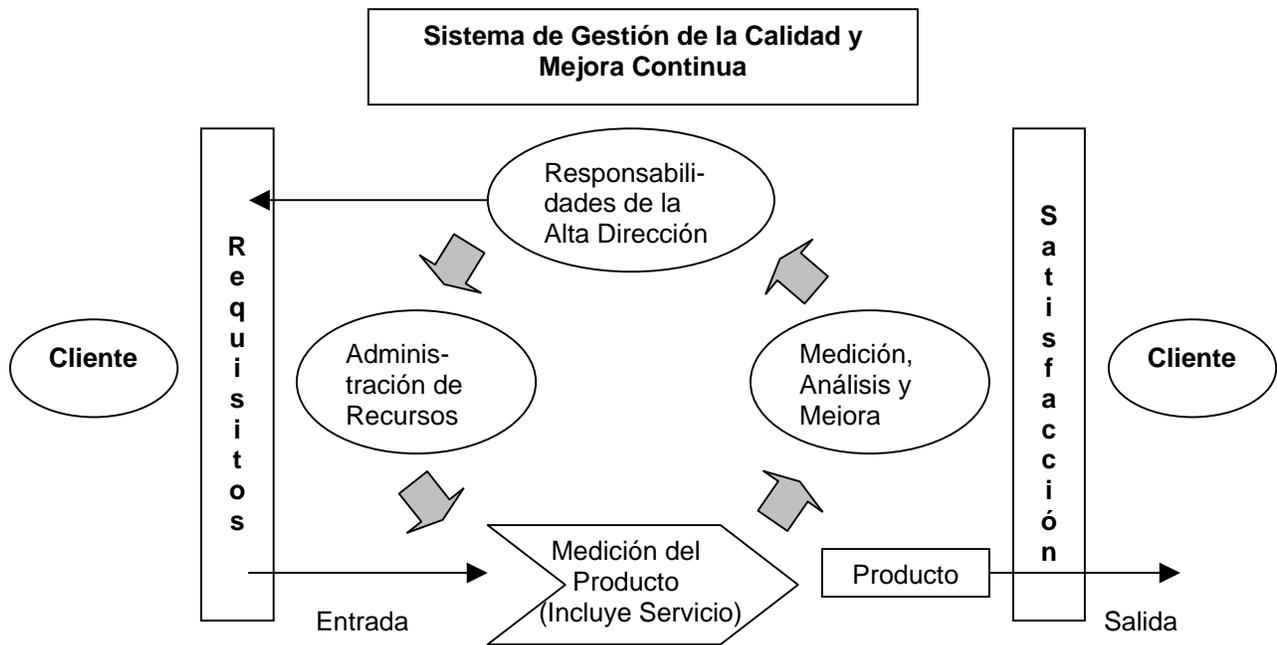


Figura 1

Esta figura muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada.

El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere de la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

De manera adicional puede aplicarse a todos los procesos la metodología conocida como “Planificar-Hacer-Verificar-Actuar” (PHVA).

PHVA puede describirse brevemente como:

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

Hacer: Implementar los procesos.

Verificar: Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos.

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

1.2.5 Perspectivas de la calidad

El análisis de la motivación de las organizaciones en lo que respecta a la orientación de su gestión hacia la calidad o excelencia arroja diferentes equilibrios entre la perspectiva económica, basada en la optimización del posicionamiento en el mercado y la búsqueda de un ansiado nivel de competitividad, fruto de la comprensión de la responsabilidad social y ética de la organización, de la búsqueda del bien común y la mejora continua de la sociedad, algo consustancial a nuestra naturaleza humana.

Ambas aproximaciones o perspectivas no son incompatibles. Es más, deben ser complementarias en aquellas organizaciones que busquen la excelencia.

Una organización, dentro de un mercado libre, junto con la búsqueda del logro de su misión y el desempeño de la actividad que le es propia, debe buscar de forma inseparable la construcción del bien común de la sociedad, por lo que albergará un conjunto de objetivos sociales irrenunciables.

Por otra parte, la responsabilidad social de la organización (y de sus directivos) conlleva garantizar la sostenibilidad del mercado (como institución social que es) y no sólo beneficiarse de él.

La sociedad exige de las organizaciones ya no sólo aspectos económicos, sino también otros aspectos que contribuyen a labrar la reputación de las mismas.

El nuevo escenario en el que se encuentra nuestra sociedad implica que los directivos de las organizaciones modernas lo sean tanto en función de su capacidad técnica, como también, y tal vez con mayor importancia, en razón de su especial sensibilidad ética en el desempeño de su cargo.

Al analizar en profundidad un determinado comportamiento humano que podemos juzgar como “bueno o elogiabile” se observan básicamente dos posibles motivaciones, sin perjuicio de que pudieran darse las dos de forma simultánea. Por una parte, una de las motivaciones estaría marcada por la orientación a hacer el bien presente en el individuo (fruto de su concepción moral). Por otra parte, la otra estaría marcada por normas externas al individuo, religión, etc. que, en algún caso, pudiera decirse que le están influyendo o condicionando para que obre de una determinada forma, no porque en esencia tenga que considerar que está bien o mal, sino porque así lo debe hacer al identificarse con la estructura a la que pertenece y que así lo establece. Aprovechando el símil anterior, y salvando las distancias, la aproximación a la calidad desde la perspectiva ética vendría a ser el primer caso, frente a la perspectiva económica, que se asemejaría al segundo caso, pudiéndose dar ambas de forma simultánea.

1.2.6 Aseguramiento de calidad

El Aseguramiento de la Calidad nace como una evolución natural del Control de Calidad, que resultaba limitado y poco eficaz para prevenir la aparición de defectos. Para ello, se hizo necesario crear sistemas de calidad que incorporasen la prevención como forma de vida y que, en todo caso, sirvieran para anticipar los errores antes de que estos se produjeran. Un Sistema de Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones

establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo.

El aseguramiento de la calidad es un aspecto importante de las operaciones de producción en toda la historia, pero es en la década de los años veinte cuando se consolidaría el término.

En esta época, los empleados del departamento de inspección de Western Electric fueron transferidos a Bell Telephone Laboratories. Las acciones de este grupo comprendían la formulación de nuevas teorías y métodos de inspección para mejorar y mantener la calidad.

Los pioneros del aseguramiento de calidad, Walter Shewnart, Harold Dodge y George Edwards fueron miembros de este grupo. Fue allí donde se acuñó el término aseguramiento de la calidad. La elaboración de gráficas de control por parte de Shewnart, de técnicas de muestreo por Dodge y de técnicas de análisis económicos para resolver problemas fueron la base del moderno aseguramiento de la calidad.

Hoy por hoy el aseguramiento de la calidad, se puede definir como el esfuerzo total para plantear, organizar, dirigir y controlar la calidad en un sistema de producción con el objetivo de dar al cliente productos con la calidad adecuada. Es simplemente asegurar que la calidad sea lo que debe ser.

En las industrias manufactureras se crearon y refinaron métodos modernos de aseguramiento de la calidad. La introducción y adopción de programas de aseguramiento de la calidad en servicios, ha quedado a la zaga de la manufactura, quizá tanto como una década.

Los administradores de organizaciones de servicio por costumbre han supuesto que su servicio es aceptable cuando los clientes no se quejan con frecuencia.

Sólo en ultimas fechas se han dado cuenta que se puede administrar la calidad del servicio como arma competitiva.

1.2.7 Estándares de calidad

Un estándar de proceso de proyecto esta ideado para delimitar cada paso de un proceso y sus requerimientos, documentación de diseño y contenidos, revisión de diseño, pruebas de software entre otros. El cumplimiento de un estándar proporciona a una organización la certeza de estar creando productos que cumplen con un cierto grado de calidad; éstos estándares más que nada evalúan los logros de una organización dentro del campo del Aseguramiento de la Calidad de Software (SQA) al tiempo que proveen guías para desarrollar o mejorar la forma del sistema en que se implementan.

Los principales beneficios que se ganan usando los estándares de calidad son: la habilidad de aplicar las mejores metodologías de desarrollo y mantenimiento; tener una mejor comunicación mutua y coordinación entre los equipos, especialmente entre los equipos de desarrollo y mantenimiento; mejor cooperación entre el desarrollador del software y los participantes externos del proyecto; mejor entendimiento y cooperación entre los proveedores y los clientes, que se basa en la incorporación de estándares conocidos en el contrato.

Muchas organizaciones se encargan de desarrollar, adaptar y dar fuerza a estándares SQA de procesos de proyectos. Un estudio realizado por Moore (1999), lista 315 estándares de software desarrollado por 46 diferentes organizaciones. Una de las organizaciones líder en esta área es el Instituto Americano de Ingeniería Eléctrica y Electrónica (IEEE) y la sociedad de computación asociada a IEEE. Una de las principales contribuciones de IEEE son la generación, promulgación y promoción de uso de estándares.

Para definir el alcance de un estándar, es importante primero determinar las metas que se desean lograr mediante la certificación: demostrar que la organización es capaz de asegurar la creación y mantenimiento de software de calidad que cumplan requerimientos de calidad, contar con un punto de referencia para una evaluación externa (basada en los requerimientos del estándar), o mejorar el desarrollo de software de la organización y así satisfacer las necesidades del cliente, por mencionar algunas.

Así como existen estándares de certificación, existen también estándares de evaluación, que pueden servir a una organización tanto como herramienta para realizar pruebas internas hacia sus técnicas de desarrollo de software, como documentación para la creación de un plan o guía a seguir para el entrenamiento y evaluación de asesores. Vemos así que, mientras que los estándares de certificación son internos, aquellos de evaluación funcionan dentro de la organización.

1. 3 ISO 9000

1.3.1 ¿Qué es ISO?

ISO es una abreviación de **International Organization for Standardization (Organización Internacional de Estandarización)** que es la agencia especializada en estandarización. Actualmente abarca los estándares nacionales de 91 países. En los Estados Unidos, la representación se llama **The American National Standards Institute (ANSI) (Instituto Nacional Americano de Normas)**.

ISO comprende alrededor de 180 Comités técnicos. Cada uno es responsable de una o más áreas de especialización que comprende desde asbestos hasta zinc. El propósito de ISO es promover el desarrollo de la estandarización y actividades mundiales relativas a facilitar el comercio internacional de bienes y servicios, así como desarrollar la cooperación intelectual, científica y económica. Los resultados

del trabajo técnico de ISO son publicados como estándares internacionales. En este sentido, la ISO 9000 es producto de dicho proceso.

La serie ISO 9000 es un conjunto de cuatro normas relacionadas entre sí, son normas genéricas, no específicas que permiten ser usadas en cualquier actividad ya sea industrial o de servicios. Las normas que han tenido mayor aceptación internacional son las normas ISO 9000 equivalentes a las normas NMX-CC.

Dentro de ellas se tienen 3 modelos de aseguramiento de la calidad: ISO 9001 (NMX-CC-003), 9002 (NMX-CC-004) y 9003 (NMX-CC-005), las cuales son útiles para demostrar la capacidad de la empresa para controlar sus procesos desde el diseño hasta el servicio posventa.

La importancia de la aplicación de las normas ISO 9000 para el desarrollo e implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad radica en que son normas prácticas. Por su sencillez han permitido su aplicación generalizada sobre todo en pequeñas y medianas empresas.

Las normas ISO Serie 9000 brindan el marco para documentar en forma efectiva los distintos elementos de un sistema de calidad y mantener la eficiencia del mismo dentro de la organización. Hoy empresas de todo el mundo, grandes y pequeñas, así como organizaciones dedicadas a la educación, a la salud y todo tipo de servicios desarrollan su sistema de calidad en base a las normas ISO serie 9000.

1.3.2 ¿Quién desarrolló la serie de estándares ISO 9000?

El Comité Técnico ISO 176 (ISO/TC176) fue formado en 1979 para armonizar el incremento de la actividad internacional en materia de administración de la calidad y aseguramiento de estándares de calidad.

El Subcomité 1 fue establecido para determinar terminología común. Este desarrollo la ISO 8402: Vocabulario de la Calidad, el cual fue publicado en 1986. (ASQC publicó ANSI/ASQC A8402-1994: Sistemas de Calidad Terminología. Aún y cuando este documento no es una adopción de ISO 8402, este contiene los mismos términos y definiciones de la ISO 8402). El Subcomité 2 fue establecido para desarrollar estándares de sistemas de calidad, resultando las series ISO 9000, publicadas en 1987 (revisadas en 1994).

Los Estados Unidos han entrado al desarrollo de este proceso a través de la membresía en ISO vía ANSI. Su entrada fue canalizada mediante un grupo técnico asesor "**Technical Advisory Group** (Grupo consultivo técnico, TAG)". ASQC administra a nombre de ANSI, el U.S. TAG y la ISO/TC 176. Los Estados Unidos continúan contribuyendo a este proceso de desarrollo de estándares internacionales en aseguramiento de calidad, y al apoyo en general de la tecnología necesaria para su total instrumentación.

1.3.3 ¿Cómo trabajan las Series ISO 9000?

ISO 9000 proporciona al usuario una guía para la selección y uso de ISO 9001, 9002, 9003 y 9004. ISO 9001, 9002 y 9003 son modelos de sistemas de calidad para el aseguramiento de calidad externa.

Estos tres modelos son actualmente subgrupos exitosos de otros. ISO 9001 es el más comprensible -abarca diseño, manufactura, instalación y sistemas de servicio. ISO 9002 cubre producción e instalación, e ISO 9003 cubre inspección y examen de productos finales.

Los tres modelos fueron desarrollados para ser utilizados en situaciones contractuales tales como aquellas entre un cliente y un proveedor. ISO 9004 proporciona una guía para uso interno para desarrollar sistemas propios de calidad de los negocios que se buscan y para aprovechar oportunidades.

La decisión de que modelo instrumentar, depende del enfoque de la operación. Por ejemplo, si la empresa diseña su propio producto o servicio, debe considerar el uso de la ISO 9001. Si solo manufactura (trabajando algo también de diseño) deben tomar en cuenta la ISO 9002. Finalmente, si no diseña o manufactura, debe analizar la posibilidad de utilizar la ISO 9003.

1.3.4 ¿Qué hay con respecto a México?

El 11 de diciembre de 1990, la Dirección General de Normas de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, a través del Diario Oficial de la Federación, aprobó las primeras ocho normas oficiales mexicanas NOM-CC. Con esta acción, México al igual que los países industrializados adopta el esquema de normalización de la serie ISO. Esta serie de normas surge como producto de los trabajos de evaluación de sistemas de calidad de proveedores, que realizaba en 1985 Petróleos Mexicanos con apoyo del Instituto Mexicano del Petróleo.

En agosto de 1988, la Dirección General de Normas distribuyó a las cámaras industriales y comités de normalización tres anteproyectos de normas oficiales mexicanas, basadas en las normas ISO 9000, presentados por el Instituto Mexicano del Petróleo, con objeto de recibir comentarios y proceder a su aprobación como normas oficiales mexicanas. Una vez conformado un grupo de trabajo adhoc, en marzo de 1989 fueron aprobadas. Posteriormente, el 7 de abril de 1989, la Dirección General de Normas emite una convocatoria para constituir formalmente el Comité Consultivo Nacional de Normalización en Sistemas de Calidad (CCONNSISCAL).

Desde entonces el CCONNSISCAL ha venido trabajando en la elaboración de normas oficiales mexicanas de sistemas de calidad, con la participación creciente de instituciones tanto del sector público como del sector privado. De esta manera

la versión mexicana equivalente a las series ISO 9000 se encuentra en las series NOM-CC.

1.3.5 ¿Cuáles son los documentos que forman la serie ISO 9000?

Los siguientes estándares actualmente forman la serie ISO 9000. Cabe señalar que los estándares están en continua revisión, y esta lista en cualquier momento puede sufrir cambios:

ISO 9000-1 Estándares de aseguramiento de calidad y gestión de calidad-Líneas de actuación para selección y uso.

ISO 9000-2 Líneas de actuación para la aplicación de ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003.

ISO 9000-3 Líneas de actuación para la aplicación de ISO 9001 al desarrollo, suministro y mantenimiento del *software*.

ISO 9001 Sistemas de calidad -Modelo para aseguramiento de calidad en diseño/desarrollo, producción, instalación y servicio post-venta.

ISO 9002 Sistemas de calidad -Modelo para aseguramiento de calidad en producción e instalación.

ISO 9003 Sistemas de calidad -Modelo para aseguramiento de calidad en inspección final y pruebas.

ISO 9004-1 Gestión de calidad y elementos del sistema de calidad-Líneas de actuación.

ISO 9004-2 Gestión de calidad y elementos del sistema de calidad-Líneas de actuación para servicios.

1.4 BIBLIOGRAFÍA

Aburto Jiménez, Manuel; Administración por calidad; 1992; México.

Acle Tomasini, Alfredo; Planeación estratégica y control total de calidad: Un caso real hecho en México; México : Grijalbo, 1990.

Cantú Delgado, Humberto; Desarrollo de una cultura de calidad; 1997; México.

Castañeda, Luis; La calidad la hacemos todos: guía de calidad total para empleados y trabajadores; 1992, México.

Heinz Wehrich, Harold Koontz, Administración: una perspectiva global; 1998; Mexico, D. F.

Ishikawa, Kaoru ; Que es el control total de calidad?: La modalidad japonesa; 1986; [Cali], Colombia.

[2] Juran, Joseph M.; Juran y la planificación para la calidad; 1990; Madrid.

Oakland, John S.; Administración por calidad total; 1999; México.

Valdés, Luigi; Conocimiento es futuro: hacia una sexta generación de los procesos de calidad; 1996; México.

Páginas de Internet:

<http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad>

<http://www.geocities.com/maestria2000mx>

<http://clio.rediris.es/fichas/hammurabi.htm>

<http://www.ucm.es/info/Psyap/Prieto/alum9596/psdifa9/texto8htm>

[1]<http://orbita.starmedia.com/unamosapuntes/principal/deming.htm>

<http://members.tripod.com.co/joraur1/juram.html>

<http://www.geocities.com/wallstreet/Exchange/9158/juran.htm>

[3]<http://www.philipcrosby.com.mx/biografia.htm>

<http://www.secofi.gob.mx>

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN

2.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo se documenta la situación actual de la empresa, dando a conocer su estructura orgánica, además de las funciones de cada una de sus áreas detallando éstas con sus respectivos diagramas de flujo.

Todo lo anterior es para tener el panorama de estudio y realizar la detección de necesidades que nos permita proponer alternativas de solución para eficientar los procesos de trabajo.

2.2 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Los Órganos Internos de Control (OIC), como su nombre lo indica, son órganos de vigilancia incorporados a las dependencias, entidades y a la Procuraduría, con el fin de garantizar el óptimo ejercicio de las facultades de los servidores públicos que en ellas laboran, asignados y supervisados por la Secretaría de la Función Pública (SFP), la cual apoya su existencia en la declaración de su misión y visión, como enseguida se detalla.

Misión. "Abatir los niveles de corrupción en el país y dar absoluta transparencia a la gestión y el desempeño de las instituciones y los servidores públicos de la Administración Pública Federal".

Visión. "La sociedad tenga confianza y credibilidad en la Administración Pública Federal".

Objetivos:

- Prevenir y abatir prácticas de corrupción e impunidad, e impulsar la mejora de la calidad en la gestión pública.
- Controlar y detectar prácticas de corrupción.

- Sancionar las prácticas de corrupción e impunidad.
- Dar transparencia a la gestión pública y lograr la participación de la sociedad.
- Administrar con pertinencia y calidad el Patrimonio Inmobiliario Federal.

Para el presente proyecto, el Órgano Interno de Control que nos ocupa, se encuentra en una Institución de salud, la cual constituyó su ley en México como la primera para responder a una visión integral de la seguridad social, cubriendo tanto asistencia a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, cuyos beneficios se extendían y se extienden a los familiares de los trabajadores.

El Instituto de Salud, creado por decreto presidencial el 30 de diciembre de 1959, es un organismo descentralizado con administración, personalidad jurídica y patrimonio propio, éste último conformado por las aportaciones que los trabajadores hacen quincenalmente por dos conceptos fundamentales:

- Fondo de pensiones.
- Servicio médico y maternidad.

A ello se suman las aportaciones que hace el Gobierno Federal en los mismos conceptos por cada uno de sus empleados.

La administración del Instituto está presidida por una Junta Directiva, principal órgano rector integrado por cinco representantes del Gobierno Federal, quienes deberán ser los titulares de las secretarías de Salud; de Trabajo y Previsión Social; de Desarrollo Social; de Hacienda y Crédito Público; de la Función Pública y cinco de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, además del propio Director General.

Actualmente el Instituto de Salud ha celebrado convenios con gobiernos estatales y organismos públicos descentralizados para ofrecer seguridad social a sus trabajadores. Atiende a más de dos millones de trabajadores y a más de cuatro

derechohabientes por trabajador en promedio, con lo que en este momento son más de diez millones de mexicanos beneficiados.

Porque su principal función es la seguridad social, el Instituto se sustenta en el derecho constitucional a la protección de la salud de los servidores públicos, por lo que está obligado a dar cumplimiento a la Ley General de Salud y a todo el marco normativo inherente a su función primordial.

Por todo lo anterior, la Misión del Órgano Interno de Control es vital, para “Contribuir al abatimiento de la corrupción en el Instituto de Salud, a la transparencia de su gestión y a su desempeño eficaz, eficiente y ético”. Además de la propia Visión que necesita proyectar como Órgano de Vigilancia, debe “Constituirse en instancia que aporte valor agregado al buen funcionamiento del Instituto, que sea reconocida por su ética, calidad y productividad; generando así, confianza y credibilidad de los derechohabientes y de la sociedad en general, en la función del Instituto y del sector público en su conjunto”.

2.3 FUNCIONES DE LOS TITULARES DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

2.3.1 Introducción

Para mayor claridad y conocimientos de los niveles y áreas del Órgano Interno de Control, enseguida se muestra su estructura orgánica, en la que vale la pena mencionar, que las Áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas y Responsabilidades, son sus áreas sustantivas y sus titulares son nombrados por la Secretaría de la Función Pública (Figura 1, Pág. 28).

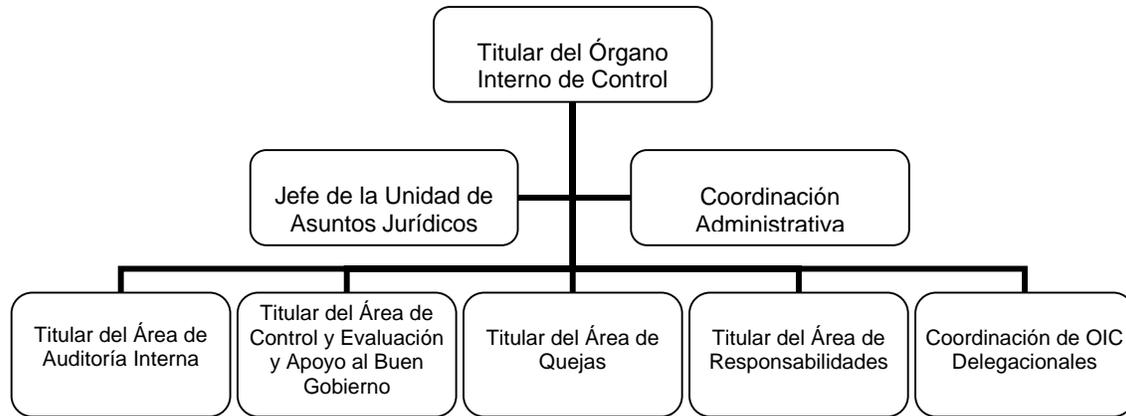


Figura 1

2.3.2 Titular del Órgano Interno de Control

Objetivo.- Apoyar a la función directiva del Instituto de Salud, a través de la fiscalización de la gestión administrativa; la vigilancia sobre el cumplimiento de las obligaciones y el apego a la legalidad de los servidores públicos en el desempeño de sus funciones; el control, seguimiento y evaluación de los compromisos establecidos en los programas de trabajo; a fin de promover el mejoramiento de la gestión de la misma, coadyuvando a la elevación de sus niveles de eficiencia, eficacia y productividad.

Atribuciones.- Recibir Quejas y Denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los Servidores Públicos y darles seguimiento; investigar y fincar las responsabilidades a que hubiere lugar e imponer las sanciones aplicables en los términos de Ley, con excepción de las que deba conocer la Dirección General de Responsabilidades y Situación Patrimonial; así como calificar y constituir los pliegos de responsabilidades a que se refiere la Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal y su Reglamento, salvo los que sean competencia de la Dirección General mencionada.

Dictar las resoluciones en los recursos de revocación que interpongan los servidores públicos, y de revisión que se hagan valer en contra de las resoluciones de las inconformidades previstas en la Ley de Adquisiciones y Obras Públicas, que compete conocer al Titular del Área de Responsabilidades.

Realizar la defensa jurídica de las resoluciones que emita ante las diversas instancias jurisdiccionales, representando al Titular de la Secretaria, así como expedir las certificaciones de los documentos que obren en los archivos del Órgano Interno de Control.

Implementar el Sistema Integral de Control Gubernamental y coadyuvar a su debido funcionamiento; proponer las normas y lineamientos que al efecto se requieran, y vigilar el cumplimiento de las normas de control que expida la Secretaria, así como aquellas que regulan el funcionamiento del Instituto.

Programar y realizar auditorias, inspecciones o visitas de cualquier tipo; informar periódicamente a la Secretaria sobre el resultado de las acciones de control que hayan realizado; y proporcionar a esta la ayuda necesaria para el adecuado ejercicio de sus atribuciones.

Recibir, tramitar y dictaminar, en su caso, con sujeción a lo dispuesto por el Artículo 33 de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, las solicitudes de los particulares relacionadas con servidores públicos del Instituto al que se le comunicará el dictamen para que reconozca, si así lo determina, la responsabilidad de indemnizar la reparación del daño en cantidad líquida y ordenar el pago correspondiente.

Lo anterior, sin perjuicio de que el instituto, conozca directamente de la solicitud del particular y resuelva lo que en derecho proceda.

Coordinar la formulación de los anteproyectos de programas y presupuesto del Órgano Interno de Control, y proponer las adecuaciones que requiera el correcto ejercicio del presupuesto.

Denunciar ante las autoridades competentes los hechos de que tenga conocimiento y puedan ser constitutivos de delitos, e instar al Área Jurídica respectiva a formular cuando así se requiera, las querellas a que hubiere lugar.

Requerir a las Unidades Administrativas del Instituto, la información necesaria para cumplir con sus atribuciones, y brindar la asesoría que le requieran en el ámbito de su competencia.

Las demás que le atribuya expresamente el Titular de la Secretaría y aquellas que le confieran las Leyes y Reglamentos al Órgano Interno de Control.

2.3.3 Titular del Área de Auditoría Interna

Objetivo.- Prevenir, verificar, vigilar y evaluar el grado de honestidad, economía y transparencia con que se manejan los recursos públicos, impulsar el desarrollo administrativo, así como la eficiencia, eficacia y calidad con que se alcanzan las metas y objetivos institucionales, conforme a las normas, políticas y lineamientos establecidos (Figura 2, Pág. 31).

Atribuciones.- Realizar por sí, o en coordinación con las unidades administrativas de la Secretaría de la Función Pública, con aquellas instancias externas de fiscalización que se determine, las auditorías o revisiones que se requieran, con el propósito de verificar la eficacia, economía y eficiencia de las operaciones, la confiabilidad de la información financiera y operacional y el debido cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas aplicables. Vigilar la aplicación oportuna de las medidas correctivas y recomendaciones, derivadas de las auditorías o

revisiones practicadas, por sí o por las diferentes instancias externas de fiscalización.

Requerir a las unidades administrativas del Instituto y órganos desconcentrados, la información, documentación y su colaboración para el cumplimiento de sus funciones y atribuciones.

Proponer al Titular del Órgano Interno de Control, las intervenciones que en la materia se deban incorporar al Plan Anual de Trabajo y las demás que le atribuya expresamente el Titular de la Secretaría de la Función Pública.

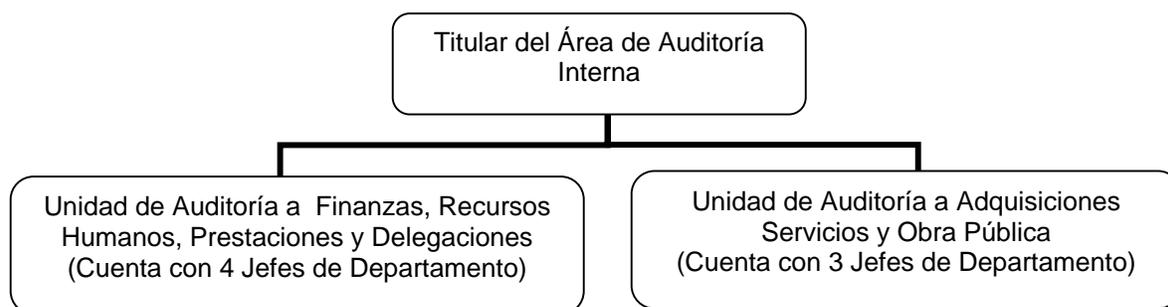


Figura 2

2.3.4 Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno

Objetivo.- Coordinar la elaboración e integración del programa anual de control y auditoría, conforme a los lineamientos de la Secretaría de la Función Pública así como de los informes instruidos en el sistema de información periódica, y los demás que determine dicha dependencia (Figura 3, Pág. 33).

Atribuciones.- Coordinar la evaluación e integrar los informes de avance y cumplimiento del Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y de los demás programas establecidos por las dependencias

globalizadoras, promoviendo que el manejo y utilización de los recursos se lleven a cabo en términos de economía, eficacia, eficiencia y que las metas y objetivos se cumplan en los tiempos y términos programados; así mismo, promover recomendaciones tendentes a corregir deficiencias y desviaciones, fortaleciendo mecanismos de control interno y la mejora de procesos; así como, coordinar el seguimiento y control de las observaciones relevantes determinadas por los órganos fiscalizadores; apoyando con los elementos necesarios de información al Titular del Órgano Interno de Control para su participación en los diversos Órganos Colegiados.

Realizar la supervisión y evaluación de las Unidades Médicas de segundo y tercer nivel de atención, y coordinar la realización de esta actividad por parte de los Órganos Internos de Control delegacionales a las Unidades de primer nivel de atención. Así mismo, supervisar y evaluar la operación de los Órganos Internos de Control delegacionales, emitiendo los informes correspondientes.

Coordinar la elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT) e integrar y conjuntar la información de las diversas áreas del OIC, para la presentación y autorización del PAT, así como para los informes del Sistema de Información Periódica y demás informes instruidos por el titular del OIC. Promover la difusión y el cumplimiento de las leyes, normas y lineamientos que emita la SFP y otras instancias competentes, cuyas disposiciones afecten al Instituto.

Realizar por sí, o en coordinación con otras Unidades, las auditorías o revisiones que se requieran, particularmente en materia de control interno y mejora de procesos, así como a Unidades y aspectos médicos, y proponer y vigilar la aplicación de las medidas correctivas y recomendaciones que correspondan.

Auxiliar al Titular del Órgano Interno de Control en la formulación de requerimientos, información y demás actos necesarios para la atención de los asuntos en la materia, así como solicitar a las Unidades Administrativas del Instituto la información requerida para el cumplimiento de sus funciones. Opinar

sobre quejas médicas que le turne el Área de Quejas y sobre aspectos médicos que le solicite el Área de Responsabilidades u otras instancias, y realizar actos de fiscalización para revisar la autenticidad y debida procedencia de la expedición de licencias médicas o de la dictaminación de pensiones por invalidez o incapacidad.

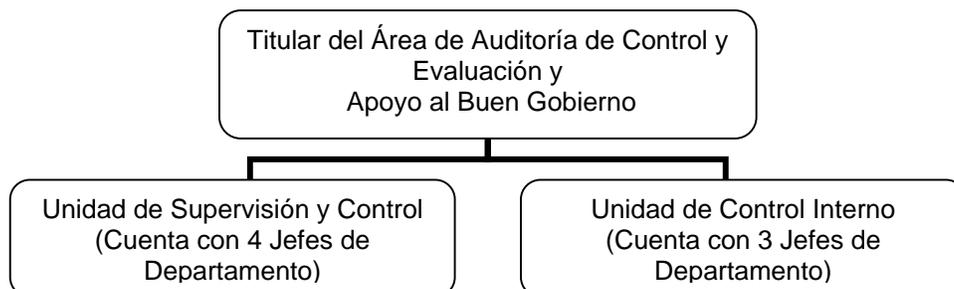


Figura 3

2.3.5 Titular del Área de Quejas

Objetivo.- Atender oportunamente Quejas, Denuncias, Peticiones y Sugerencias formuladas por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos del Instituto, registrándose a través de medios electrónicos que permitan dar control, seguimiento y orientación a la ciudadanía con apego a legalidad; de manera que se mejore la prestación de los servicios en beneficio de la derechohabiente con calidad y calidez, así como atender las solicitudes de intervención que requieran las empresas (Figura 4, Pág. 34).

Atribuciones.- Coadyuvar en la recepción de Quejas y Denuncias que se formulen por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos del Instituto de Salud, y dar cumplimiento a los lineamientos y criterios técnicos que emita la SFP en materia de atención de Quejas y Denuncias.

Turnar al área de responsabilidades cuando así proceda, las Quejas y Denuncias respectivas y realizar el seguimiento del procedimiento administrativo disciplinario correspondiente hasta su resolución.

Conocer previamente a la presentación de una inconformidad, de las irregularidades que a juicio de los interesados se hayan cometido en los procedimientos de adjudicación de adquisiciones y servicios, así como de las obras públicas que lleven a cabo con la finalidad de que las mismas se corrijan cuando así proceda.

Auxiliar al titular del Órgano Interno de Control en la formulación de requerimientos, información y demás actos necesarios para la atención de los asuntos en la materia, así como solicitar a las unidades administrativas la información requerida para el cumplimiento de sus funciones.

Las demás que le atribuya expresamente el Titular de la Secretaría.

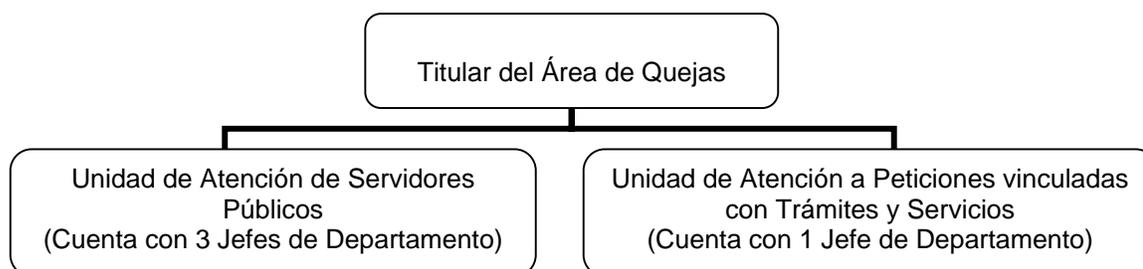


Figura 4

2.3.6 Titular del Área de Responsabilidades

Objetivo.- Estudiar y valorar los elementos constitutivos de presuntas responsabilidades derivadas de irregularidades cometidas por servidores públicos adscritos al Instituto, instruyéndose el procedimiento administrativo disciplinario y resolver sobre la imposición o no de sanciones administrativas.

Asimismo, recibir, tramitar y resolver las inconformidades que se presenten en materia de adquisiciones y obras públicas, así como determinar en su caso sobre la imposición de sanciones a proveedores y contratistas (Figura 5, Pág. 35).

Atribuciones.- Citar a los presuntos responsables a efecto de que asistan ante esta instancia administrativa para hacer sus derechos.

Celebrar las diligencias que correspondan para la debida instrucción del procedimiento administrativo disciplinario.

Determinar mediante el pronunciamiento respectivo, las responsabilidades que procedan conforme a derecho e imponer, en su caso, las sanciones administrativas conforme a las disposiciones previstas en la Ley de la materia.

Resolver los asuntos que se presenten en el Órgano Interno de Control, derivados de los procesos licitatorios de adquisiciones y obras públicas, y determinar en su caso, la imposición de sanciones a proveedores y contratistas.

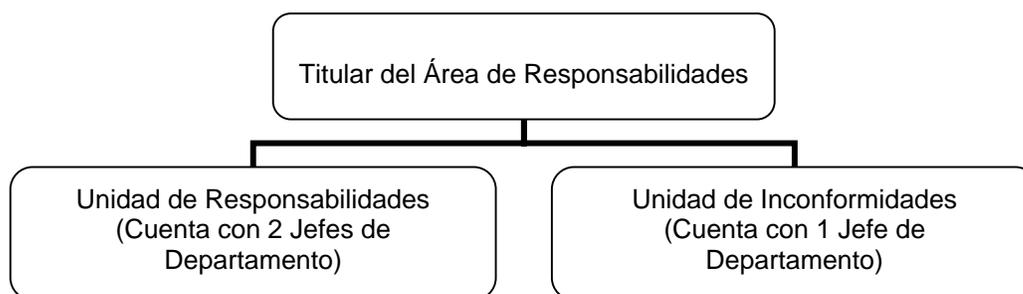


Figura 5

2.3.7 Coordinador de Órganos Internos de Control Delegacionales

Objetivo.- Apoyar al titular del OIC en el Instituto de Salud en la planeación, coordinación, supervisión y evaluación de las actividades encomendadas a los órganos internos de control delegacionales (OICD), para que las mismas se

desarrollen de acuerdo con la normatividad, políticas y procedimientos establecidos por la Secretaría de la Función Pública, con la finalidad de lograr su homogeneidad e incrementar su eficiencia y eficacia en el cumplimiento de sus objetivos y metas (Figura 6, Pág. 37).

Atribuciones.- Mantener estrecha comunicación con los órganos internos de control delegacionales (OICD), para asegurar la coordinación efectiva de los programas asignados, así como brindarles el apoyo para el desarrollo de las funciones encomendadas, informando periódicamente al titular del OIC sobre los asuntos relevantes detectados.

Planear conjuntamente con los OICD la elaboración del plan anual de trabajo, para su integración y autorización.

Coordinar y supervisar que la ejecución del plan anual de trabajo a cargo de los OICD, se desarrolle conforme al marco jurídico y normativo emitido por la SFP.

Supervisar que los OICD realicen sus revisiones bajo un enfoque sistemático, preventivo e integral, aplicando para ello las diferentes guías de auditoría emitidas por la SFP y las técnicas y procedimientos establecidos en el ámbito de su competencia.

Conciliar, validar, y mantener el sistema computarizado de control y auditoría de los órganos internos de control delegacionales, del registro de las observaciones relevantes y ordinarias, a efecto de supervisar el avance de su solventación.

Revisar los expedientes enviados por los OICD, relativos a presuntas responsabilidades de los servidores públicos derivadas de quejas, denuncias y auditorías, para su turno al área de quejas o a la de responsabilidades, según corresponda, para su dictaminación.

Coadyuvar con el área administrativa, la detección de las necesidades de capacitación y desarrollo profesional del personal de los OICD y coordinar su asistencia a los cursos, con observancia del cumplimiento del PAT.

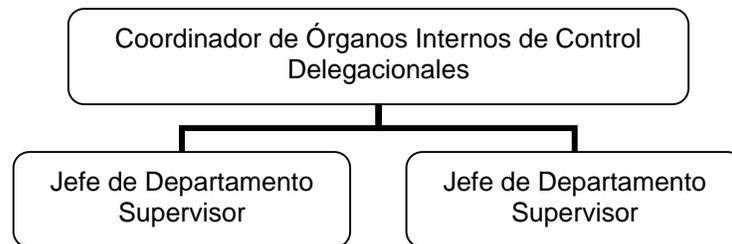


Figura 6

2.3.8 Jefe de la Unidad de Asuntos Jurídicos

Por la importancia de esta Jefatura de Unidad depende directamente del Titular del Órgano Interno de Control.

Objetivo.- Resolver los recursos de revocación que interpongan los servidores públicos en contra de las resoluciones emitidas por el Titular del Área de Responsabilidades.

Llevar a cabo la defensa jurídica de las resoluciones que emita el Titular de este Órgano Interno de Control, así como el Área de Responsabilidades, ante las diversas instancias jurisdiccionales, representando al Titular de la Secretaría de la Función Pública, en materia de Juicios de Nulidad; así como realizar la defensa jurídica en los Juicios de Amparo en los que el Titular de este Órgano Interno de Control, Área de Quejas o Responsabilidades sean señalados como autoridades responsables (Figura 7, Pág. 38).

Atribuciones.- Implementar los mecanismos necesarios que coadyuven a la debida aplicación de la ley federal de responsabilidades de los servidores

públicos, de la ley de adquisiciones y obras públicas. Así como de aquellas otras que incidan en el ámbito de competencia del Órgano Interno de control.

Coadyuvar en el debido registro, control y atención de los juicios de nulidad y amparo, así como de los recursos de revisión y revocación interpuestos en contra de resoluciones emitidas por el Órgano Interno de Control.

Asesorar a las Áreas responsables del Órgano Interno de Control para debido análisis y determinación de la procedencia de formular denuncia penal en contra de servidores o ex servidores públicos por irregularidades cometidas en el ejercicio de sus funciones que puedan dar origen a la comisión de un ilícito de carácter penal y seguimiento de las mismas para su reporte a la Secretaría de la Función Pública.

Registrar, controlar y atender las solicitudes de consulta formuladas al Órgano Interno de Control en materia de Responsabilidades e Inconformidades.

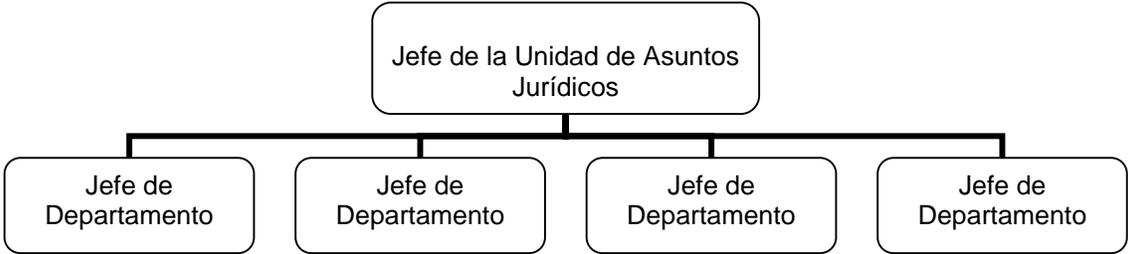


Figura 7

2.3.9 Coordinación Administrativa

Esta área es la que provee de todo el apoyo humano, financiero y de sistemas para el buen funcionamiento de todo el órgano, por lo que depende directamente del Titular del Órgano Interno de Control.

Objetivo.- Coadyuvar en la administración y control de los recursos humanos, materiales y financieros asignados al Órgano Interno de Control, optimizando su aprovechamiento en base a los criterios de austeridad, racionalidad y disciplina presupuestal, así como en apego a los lineamientos, políticas y procedimientos establecidos (Figura 8, Pág. 39).

Atribuciones.- Reclutar y proponer candidatos a las áreas, así como tramitar la contratación del personal requerido por el Órgano Interno de Control ante la Subdirección de Recursos Humanos del Instituto, de conformidad a los perfiles y descripción de puestos establecidos en la normatividad.

Registrar y controlar las incidencias del personal ante la Subdirección de Recursos Humanos del Instituto.

Elaborar el anteproyecto del presupuesto para el ejercicio del gasto del Órgano Interno de Control, así como la comprobación de las mismas ante las instancias correspondientes del Instituto.

Registrar, controlar y evaluar el ejercicio del gasto conforme a los techos financieros autorizados.

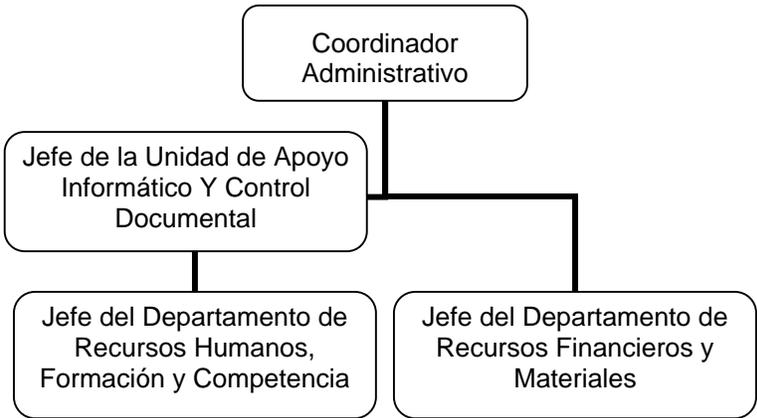


Figura 8

2.4 DIAGRAMAS DE FLUJO DE LAS ÁREAS DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

2.4.1 Área de Auditoria Interna

2.4.1.1 Diagrama de Flujo del Proceso de Auditorias Públicas.

Describe los trámites necesarios y las actividades propias de una auditoria pública.

2.4.1.2 Diagrama de Flujo del Control y Seguimiento de Observaciones.

Son las acciones a seguir después de haber hallado observaciones ordinarias o relevantes en el área auditada.

2.4.1.3 Diagrama de Flujo de la Integración de Expedientes de Responsabilidades.

Derivado de una Auditoria se determina si hay elementos para integrar un expediente de presunta responsabilidad para ser evaluado por el área correspondiente.

Diagrama de Flujo del Proceso de Auditorías Públicas

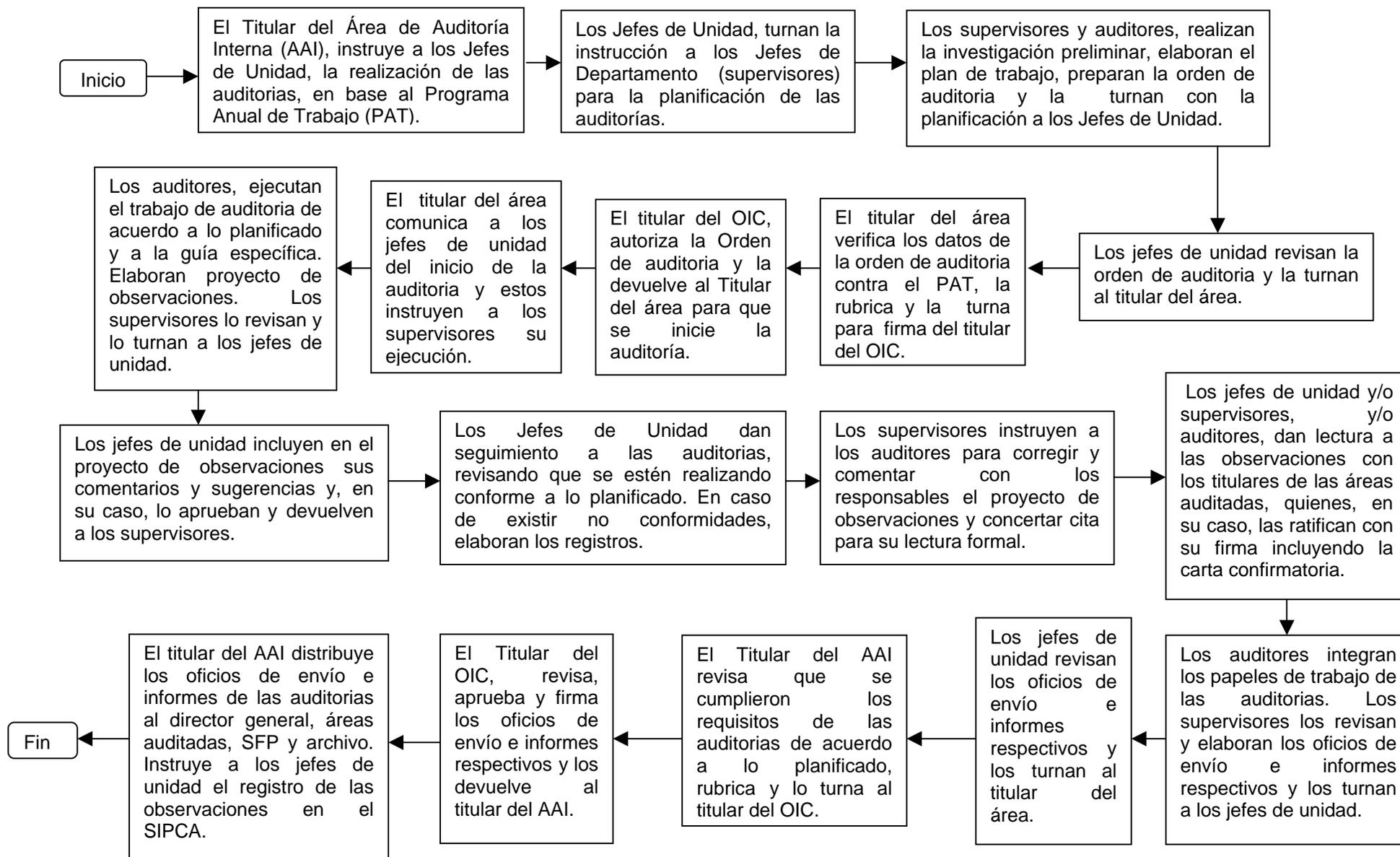


Diagrama de Flujo del Control y Seguimiento de Observaciones

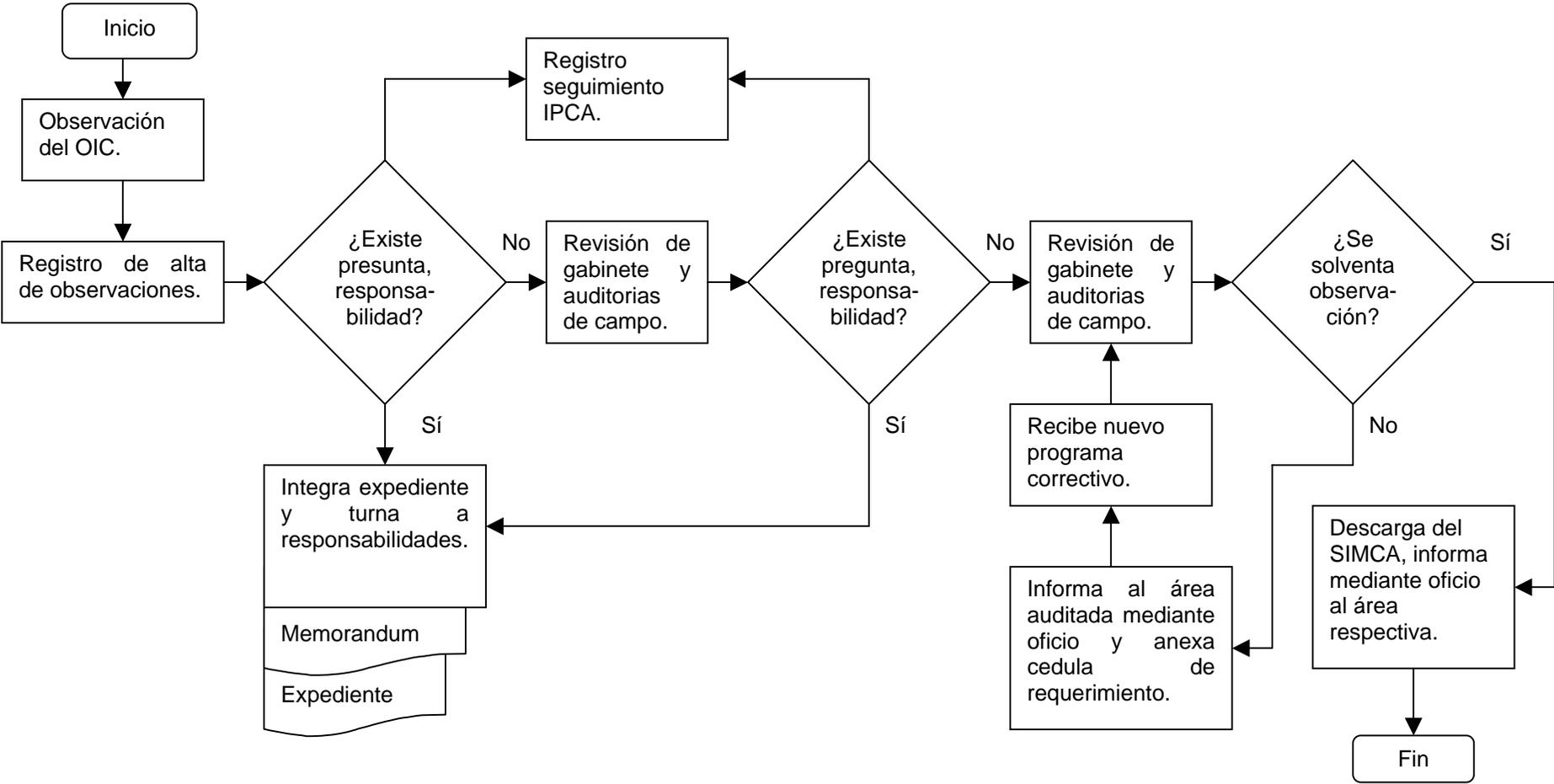
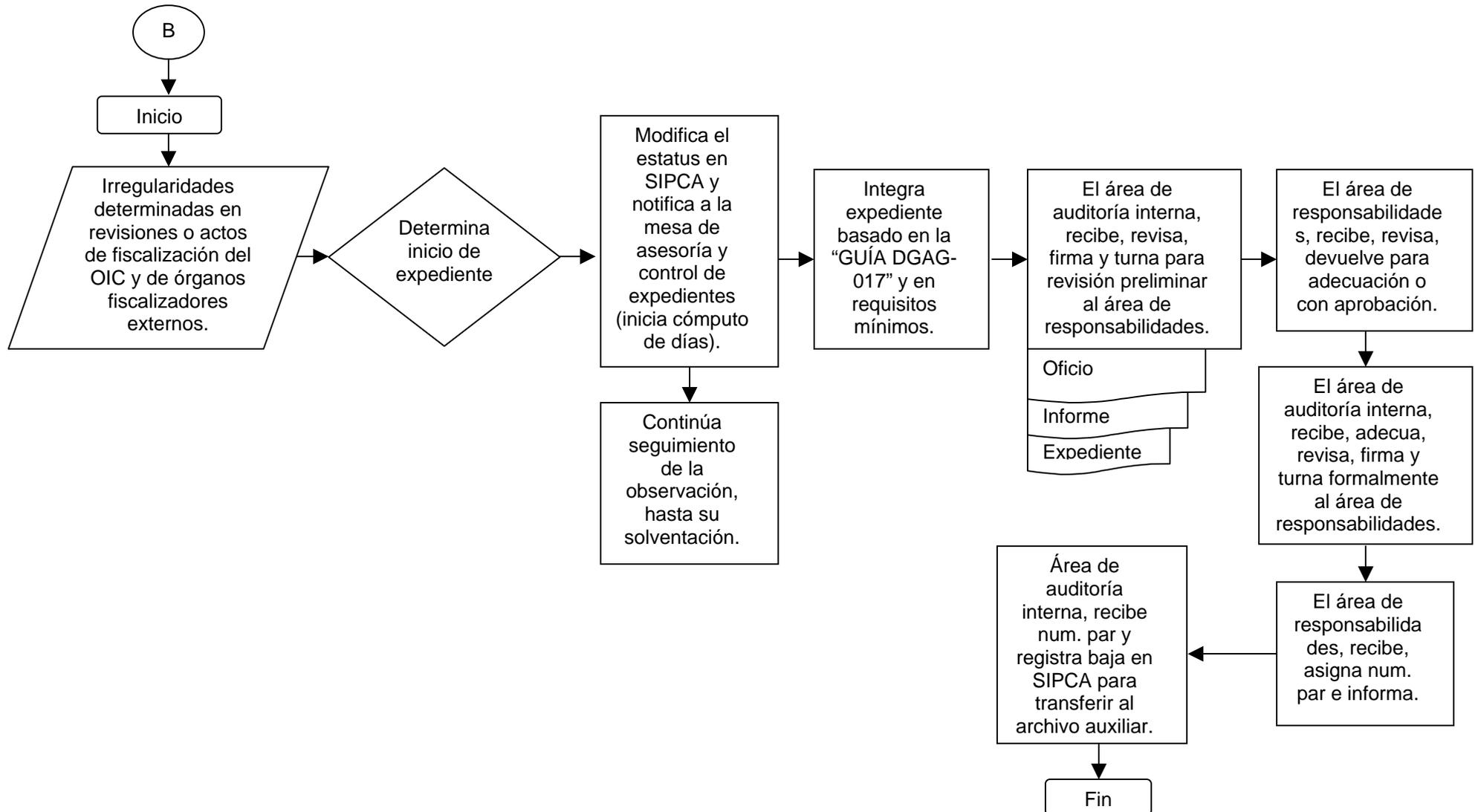


Diagrama de Flujo de la Integración de Expedientes de Responsabilidades



2.4.2 Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno

2.4.2.1 Diagrama de Flujo del Programa Anual de Trabajo.

Indica las tareas para dar cumplimiento al Programa Anual de Trabajo y el tiempo y forma de informar a la Secretaría de la Función Pública.

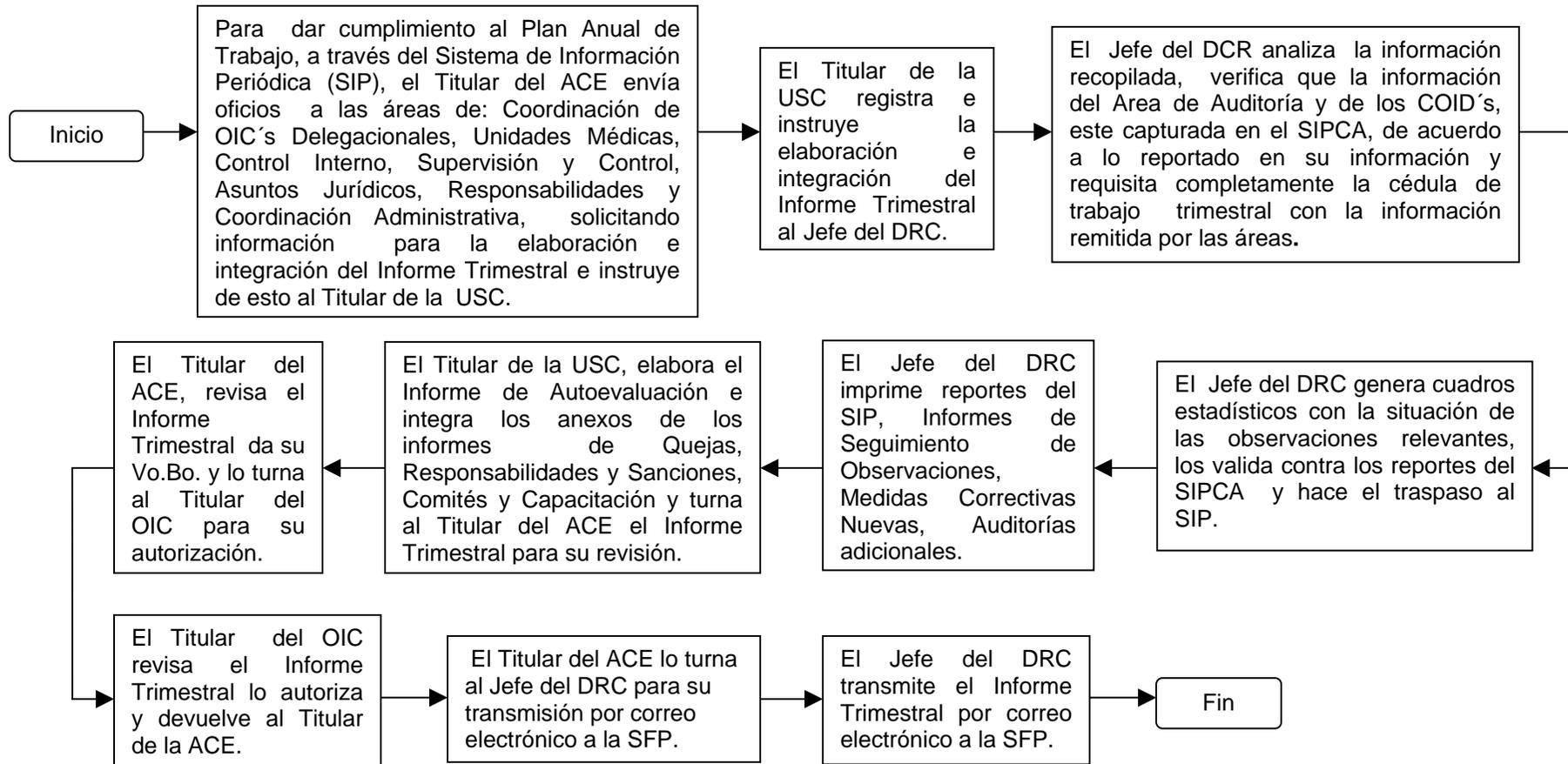
2.4.2.2 Diagrama de Flujo de Revisiones de Control Interno.

Describe los trámites necesarios y las actividades propias de una auditoría de control, es decir preventiva.

2.4.2.3 Diagrama de Flujo de Supervisión de Unidades Médicas de 2º Y 3º Nivel.

Explica el proceso de evaluación a las Unidades Médicas del Instituto, basado en un cuadro con conceptos ya definidos.

Diagrama de Flujo del Programa Anual de Trabajo



ACE: Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno
 USC: Unidad de Supervisión y Control
 DRC: Departamento de Registro y Control

Diagrama de Flujo de Revisiones de Control Interno

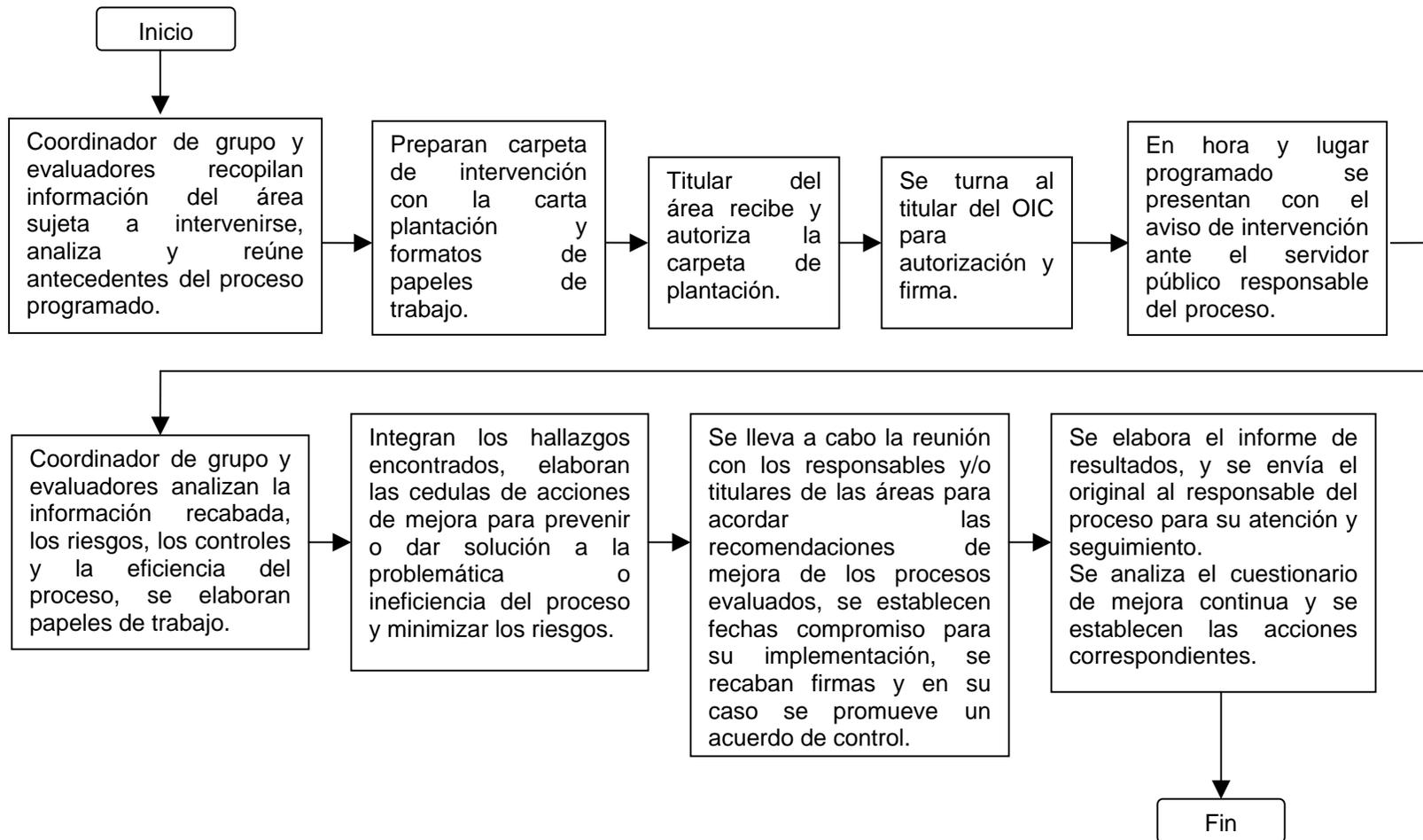
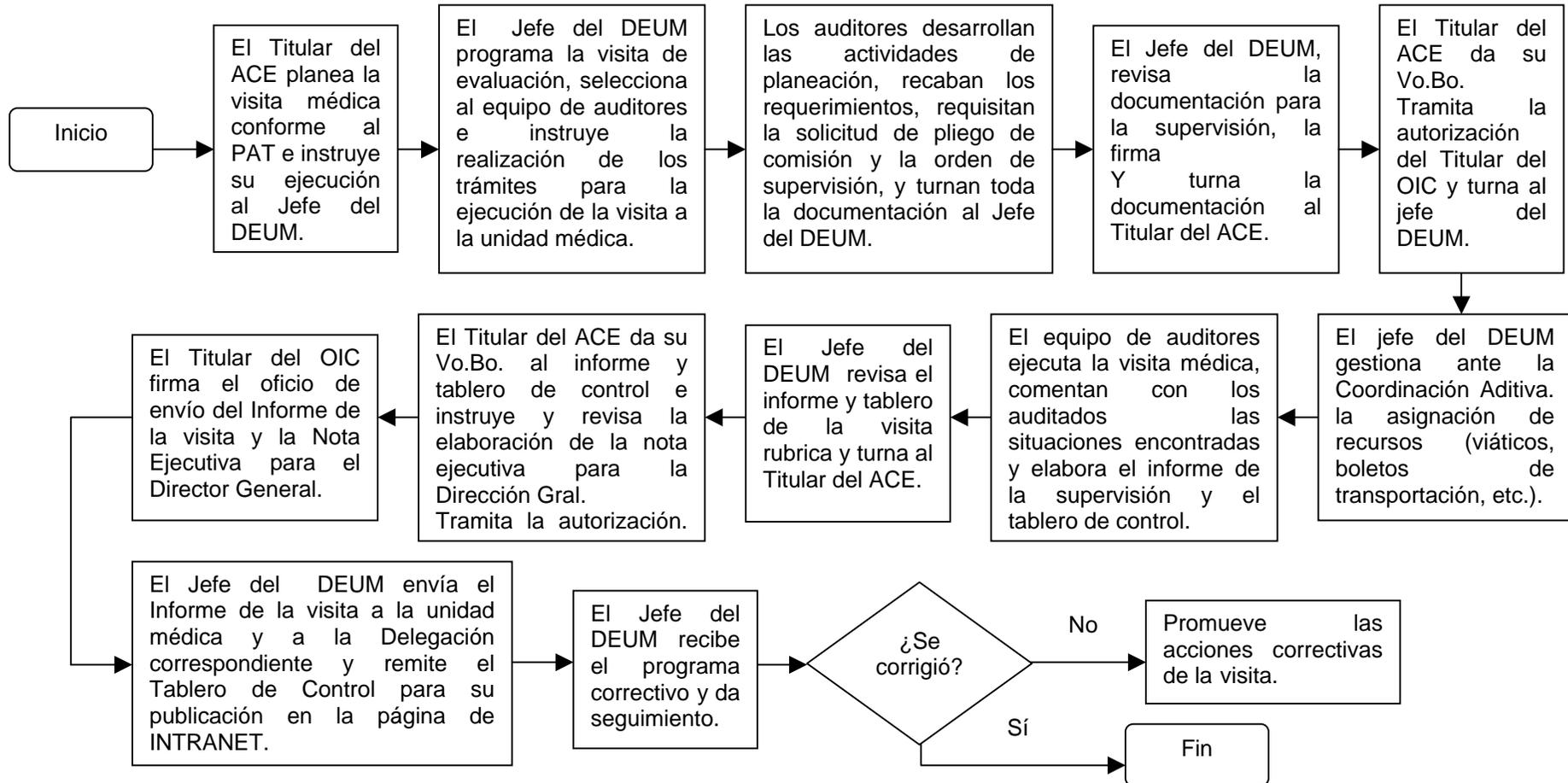


Diagrama de Flujo de Supervisión de Unidades Médicas de 2º Y 3º Nivel



ACE: Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno
 DEUM: Departamento de Evaluación de Unidades Médicas

2.4.3 Área de Quejas

2.4.3.1 Diagrama de Flujo de Atención Ciudadana.

Explica la forma de atender las Quejas y Denuncias relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos y/o el Instituto de Salud.

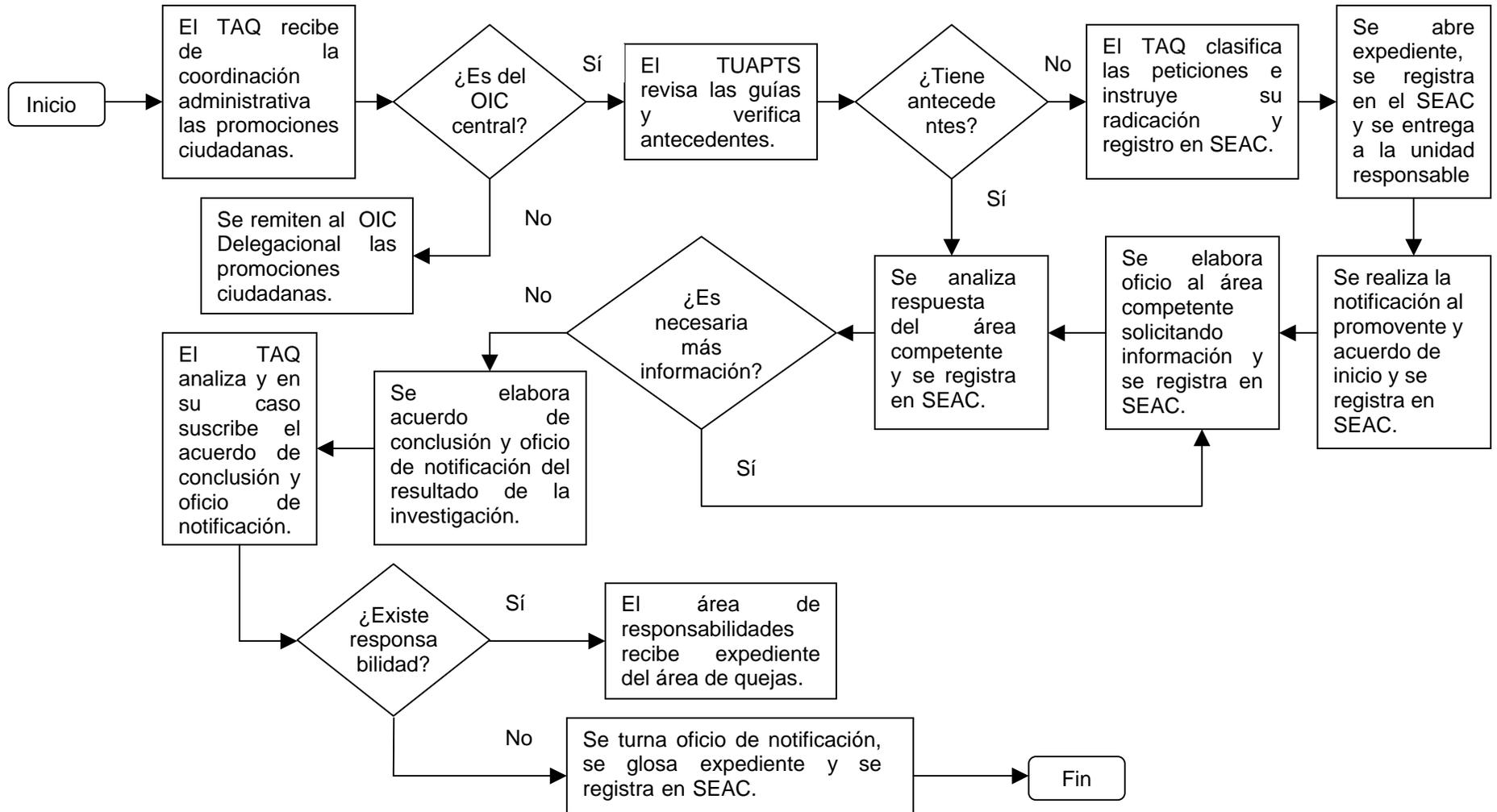
2.4.3.2 Diagrama de Flujo de Conciliaciones con Proveedores y Contratistas.

Indica los pasos a seguir para la atención a las solicitudes de conciliaciones realizadas por los proveedores o contratistas.

2.4.3.3 Diagrama de Flujo de Usuario Simulado.

Desarrollo los pasos a seguir para las visitas a Unidades Médicas como usuario simulado, con el objetivo de verificar la autenticidad de los servicios.

Diagrama de Flujo de Atención Ciudadana

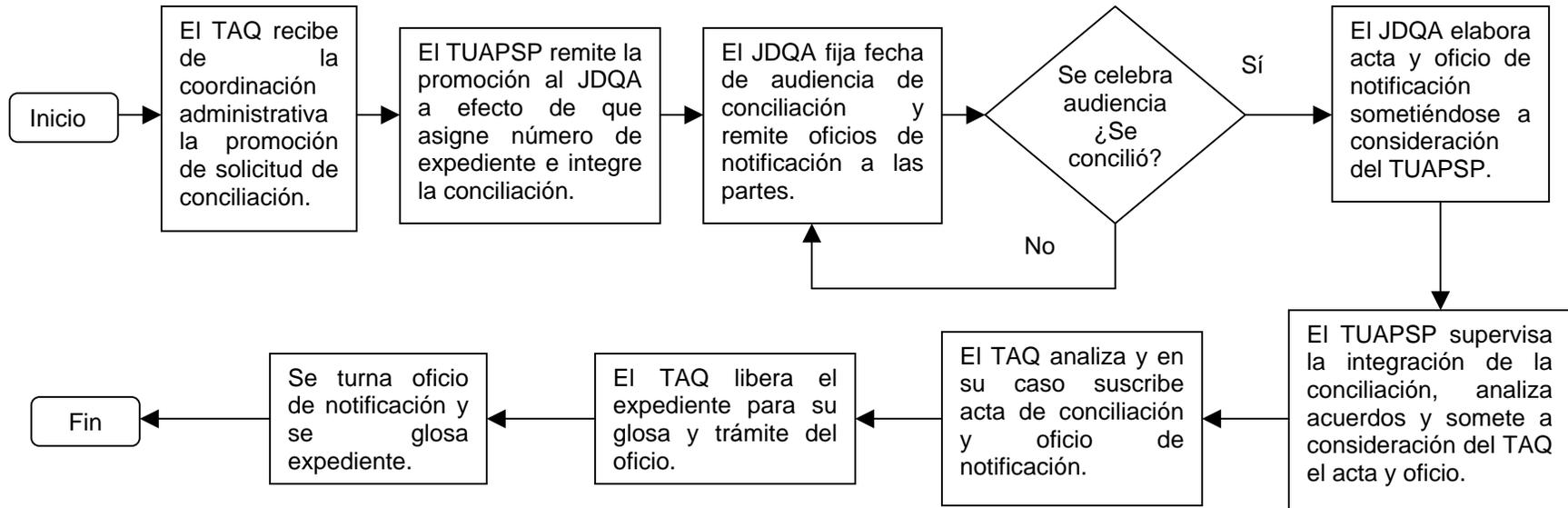


TAQ: Titular del Área de Quejas

TUAPTS: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Vinculadas con Trámites y Servicios

TUAPSP: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos

Diagrama de Flujo de Conciliaciones con Proveedores y Contratistas

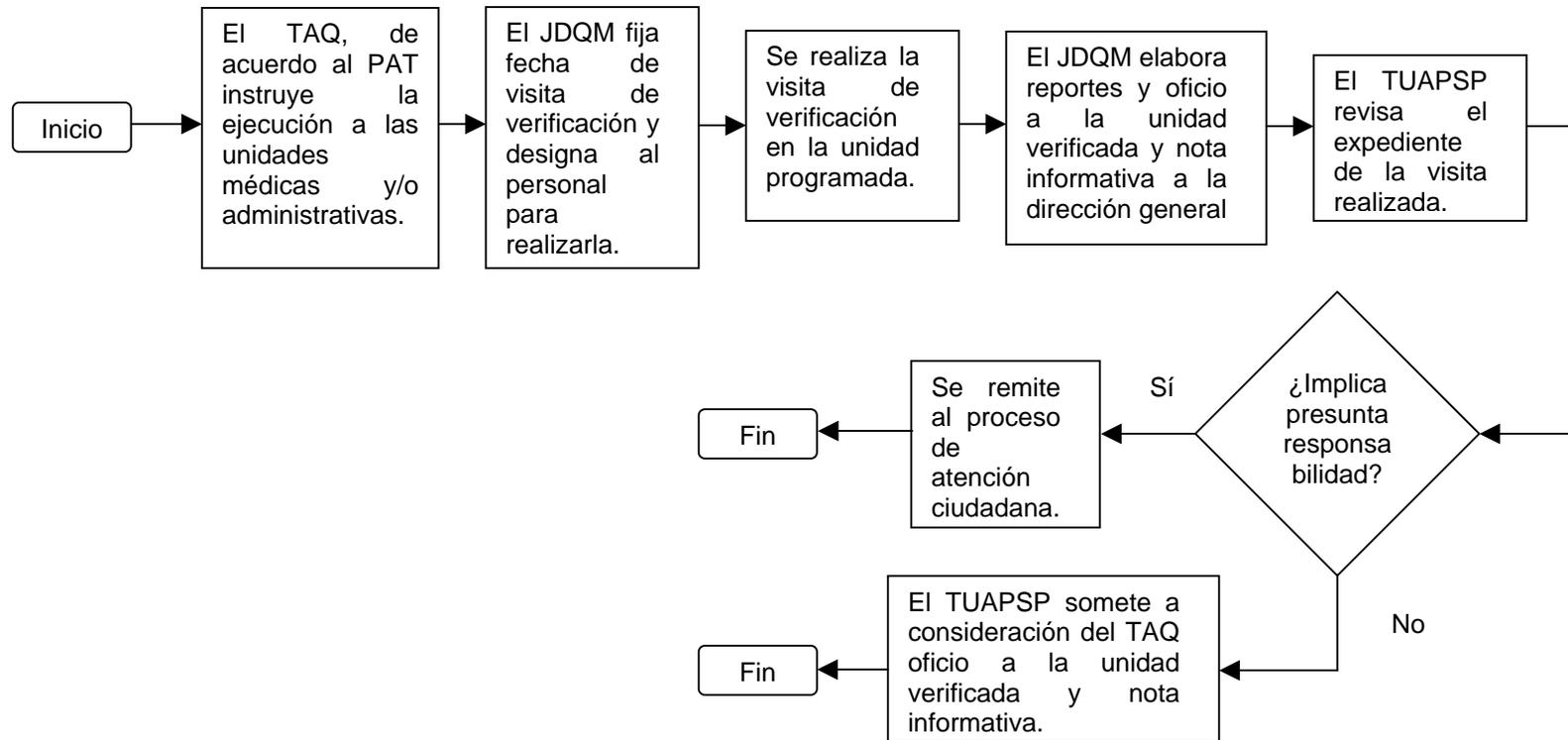


TAQ: Titular del Área de Quejas

TUAPSP: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos

JDQA: Jefe de Departamento de Quejas Administrativas

Diagrama de Flujo de Usuario Simulado



TAQ: Titular del Área de Quejas

TUAPSP: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos

JDQA: Jefe de Departamento de Quejas Administrativas

PAT: Programa Anual de Trabajo

2.4.4 Área de Responsabilidades

2.4.4.1 Diagrama de Flujo de Responsabilidades.

Es el trámite para valorar los elementos constitutivos de presuntas responsabilidades, cometidas por servidores públicos adscritos al Instituto.

2.4.4.2 Diagrama de Flujo de Inconformidades.

Es la atención y resolución que se le da a las inconformidades interpuestas por los proveedores en materia de Adquisiciones y Obras Públicas.

2.4.4.3 Diagrama de Flujo de Pliegos de Responsabilidades.

Indica el trámite de un pliego preventivo de responsabilidades y su calificación.

Diagrama de Flujo de Responsabilidades

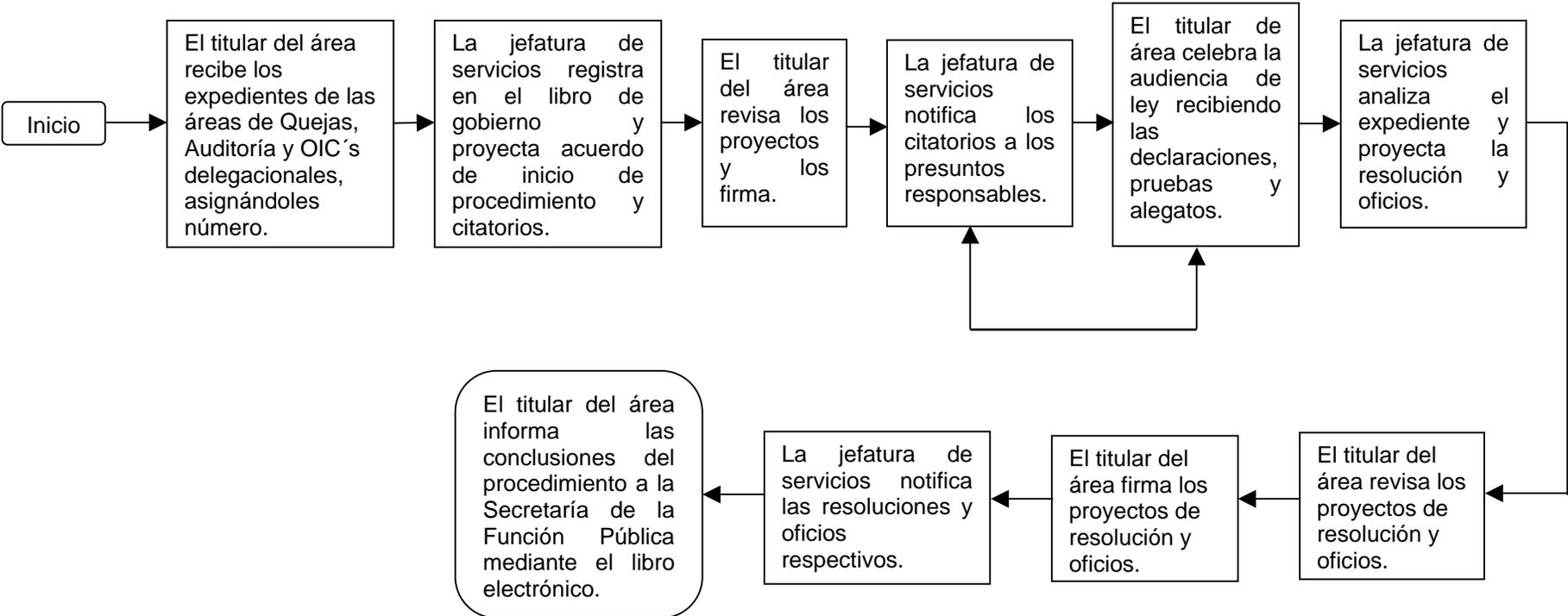


Diagrama de Flujo de Inconformidades

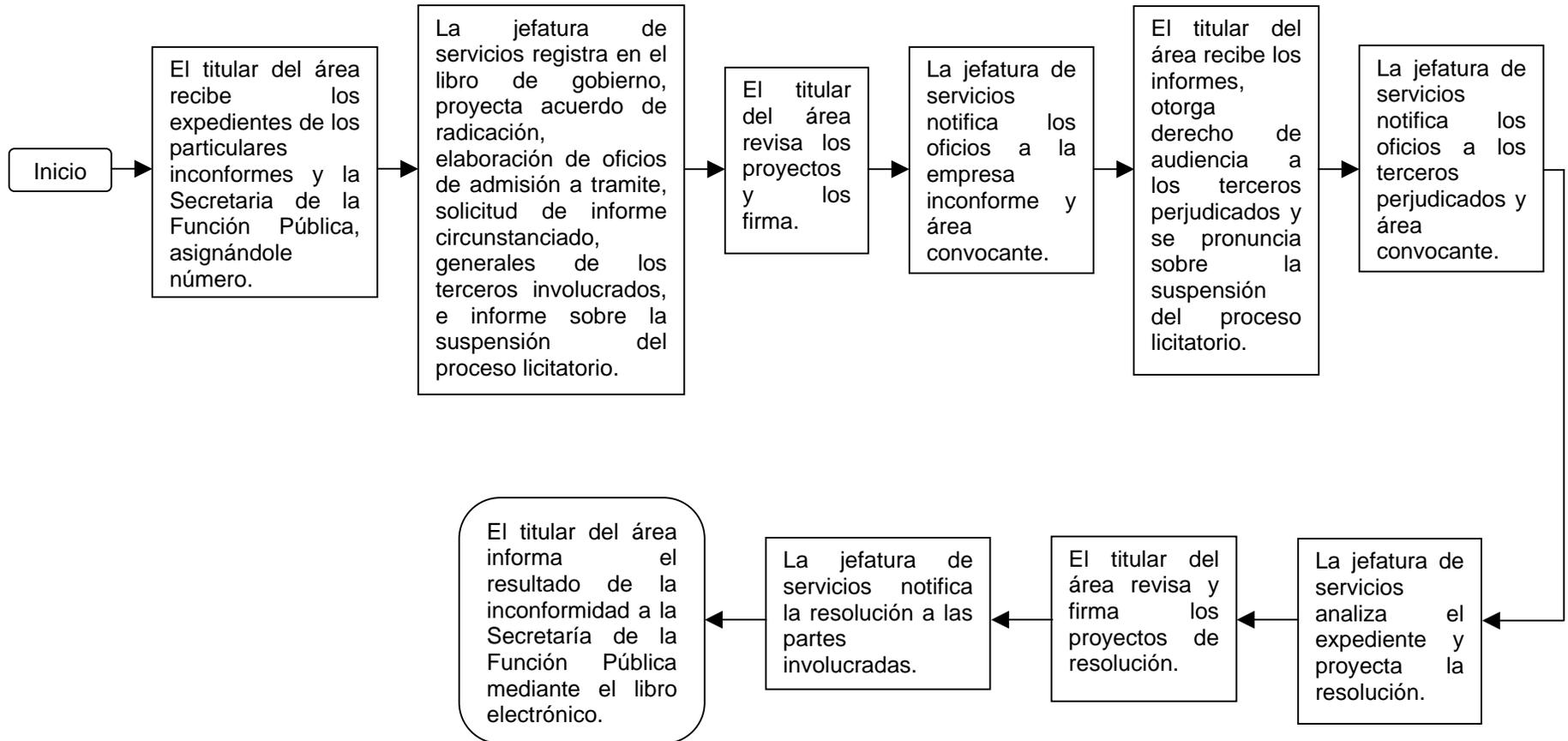
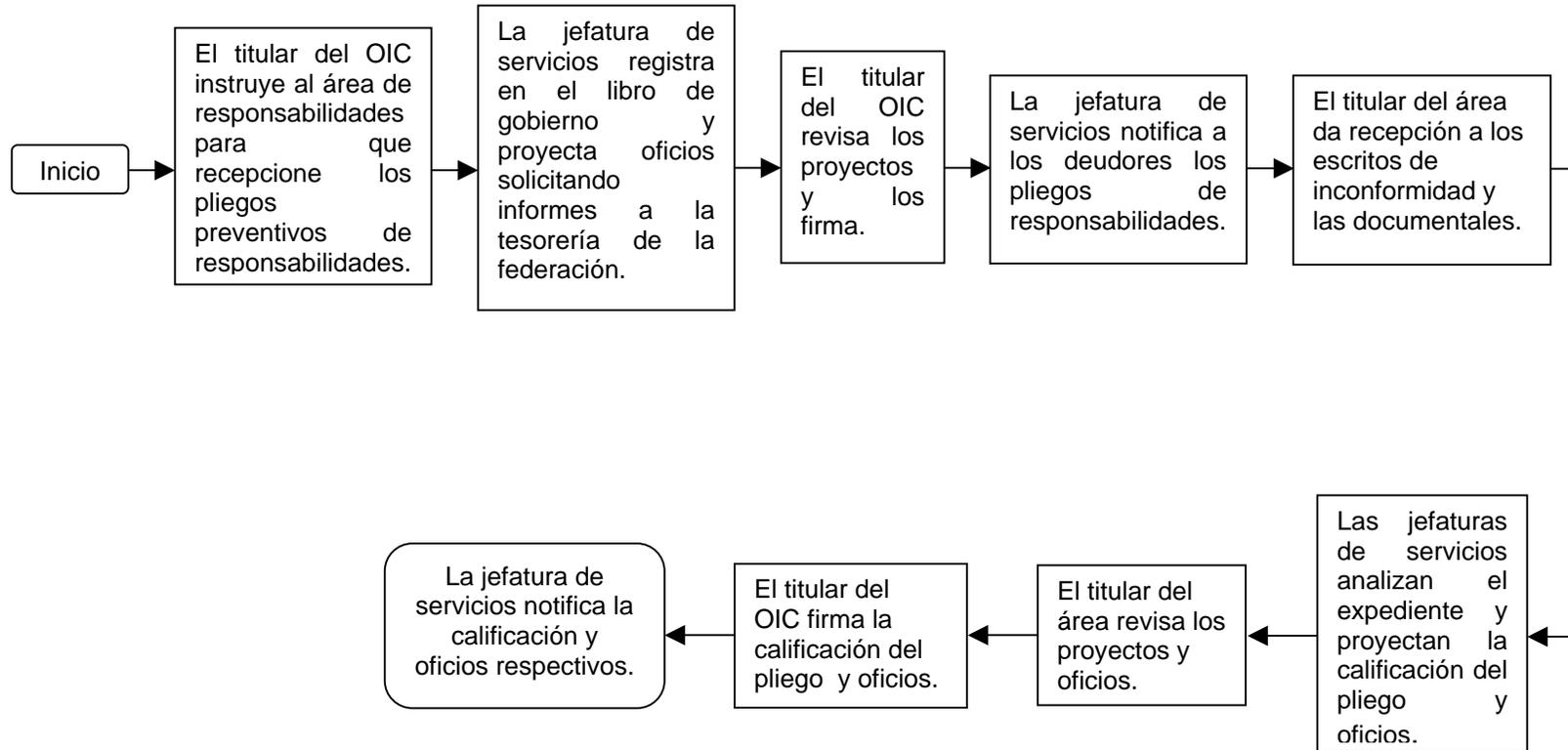


Diagrama de Flujo de Pliegos de Responsabilidades



2.4.5 Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales

2.4.5.1 Diagrama de Flujo de Control de los OICD.

Indica el flujo de la información y los filtros de revisión de la misma, para consolidar los informes a nivel nacional.

2.4.5.2 Diagrama de Flujo de Auditoria para los OICD.

Describe los trámites necesarios y las actividades propias de una auditoria pública en un Órgano Interno de Control Delegacional.

2.4.5.3 Diagrama de Flujo de Atención a Quejas para los OICD.

Es la atención de las Quejas y Denuncias relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos y/o el Instituto de Salud en un Órgano Interno de Control Delegacional.

2.4.5.4 Diagrama de Flujo de Intervenciones de Control Interno en los OICD.

Describe los trámites necesarios y las actividades propias de una auditoria de control, es decir preventiva, en un Órgano Interno de Control Delegacional.

Diagrama de Flujo de la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales

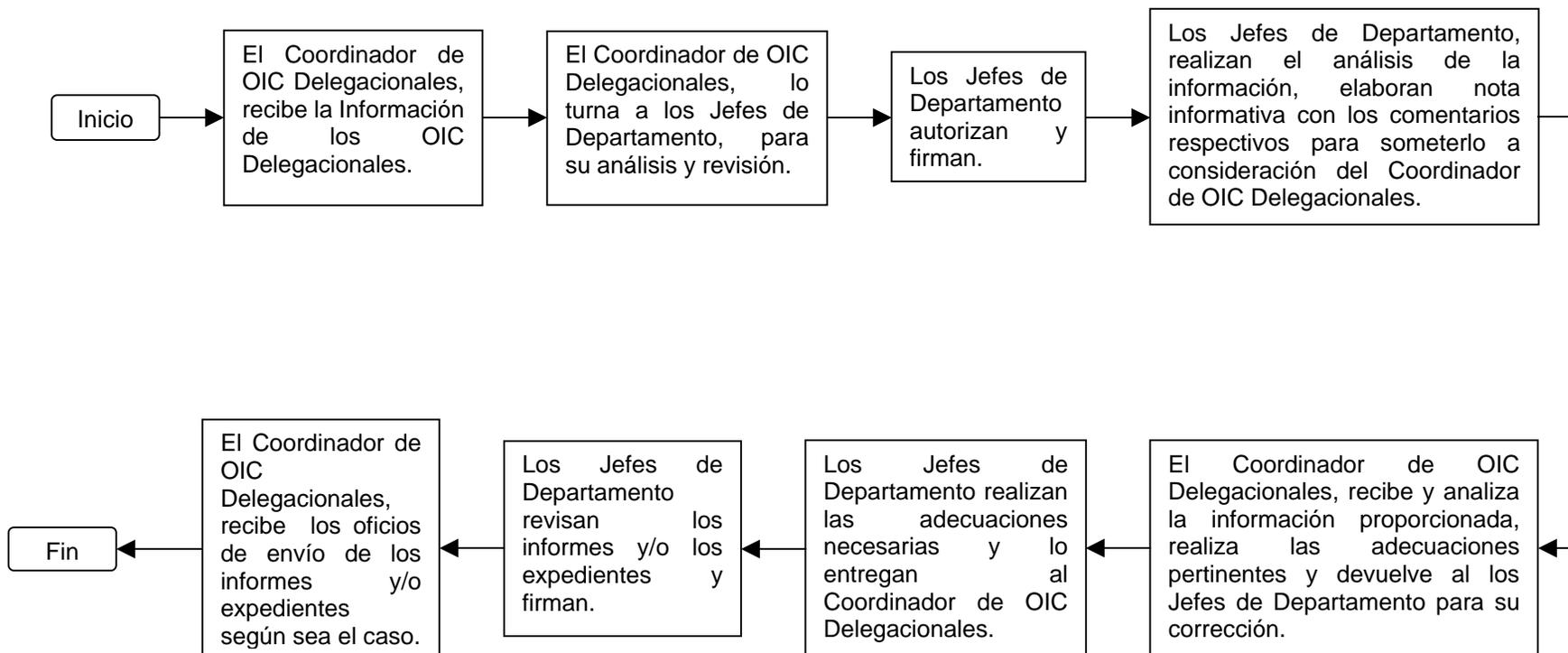


Diagrama de Flujo de Auditoría para Órganos Internos de Control Delegacionales

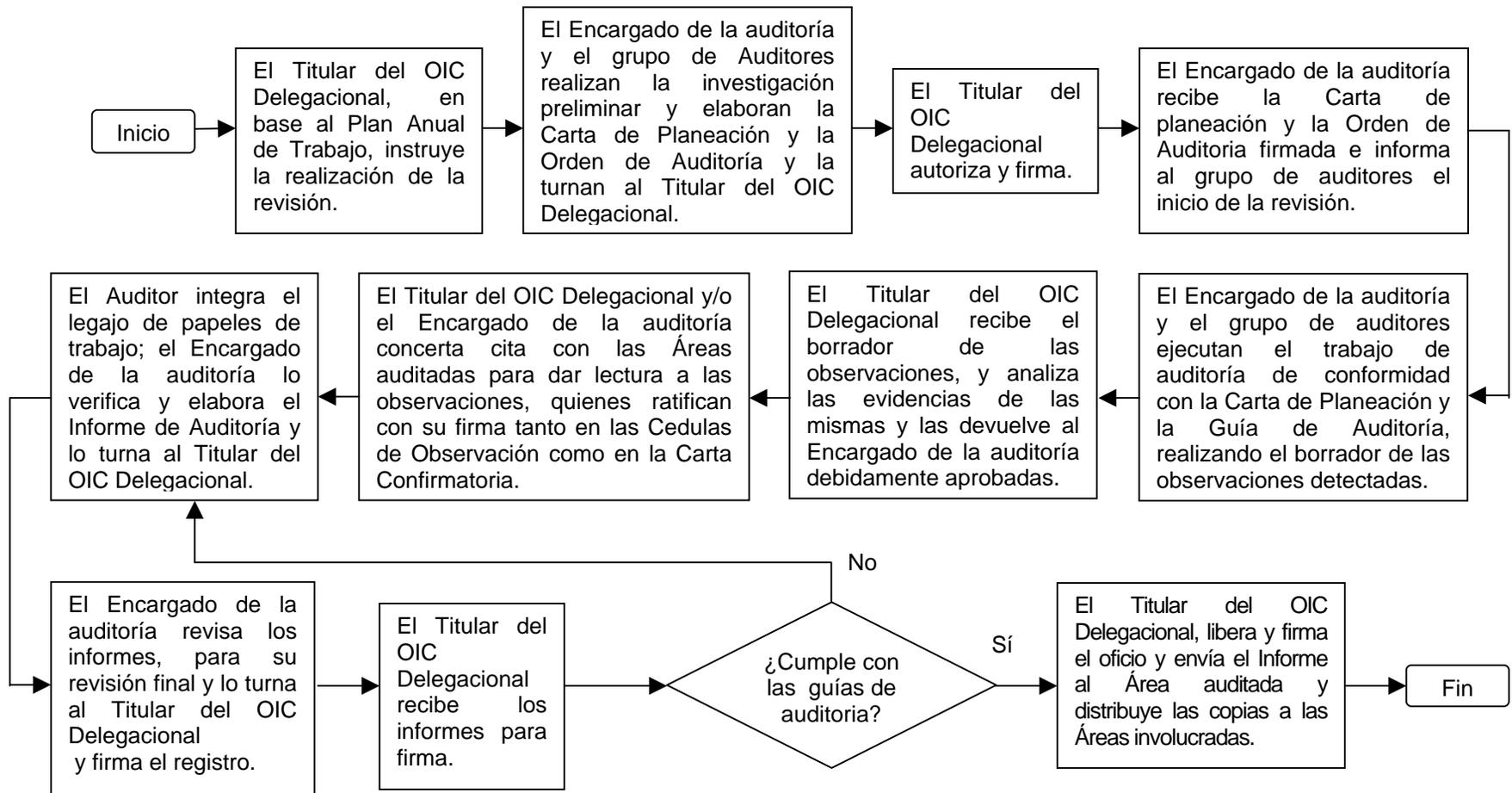


Diagrama de Flujo de Atención de Quejas para los Órganos Internos de Control Delegacionales

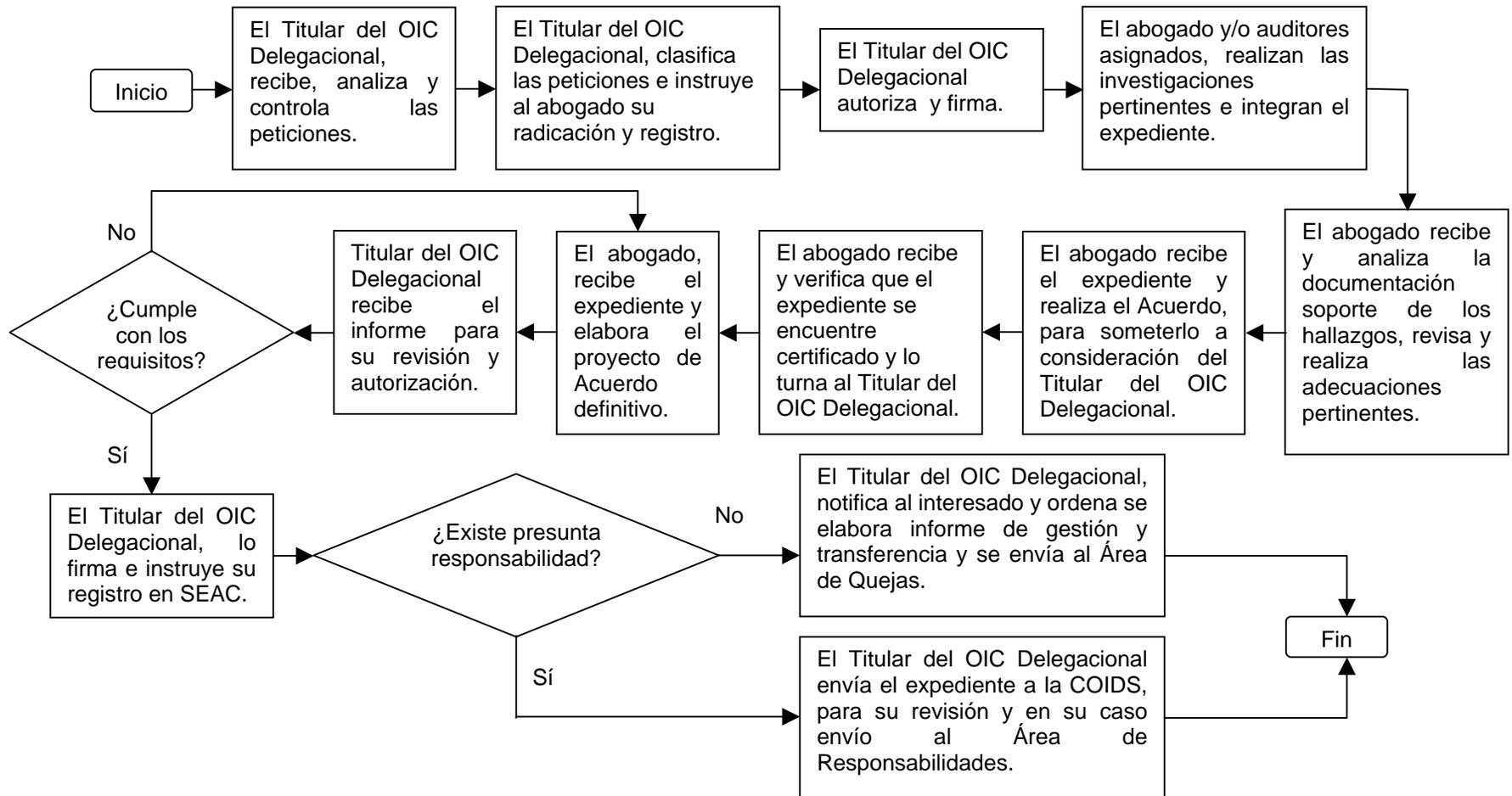
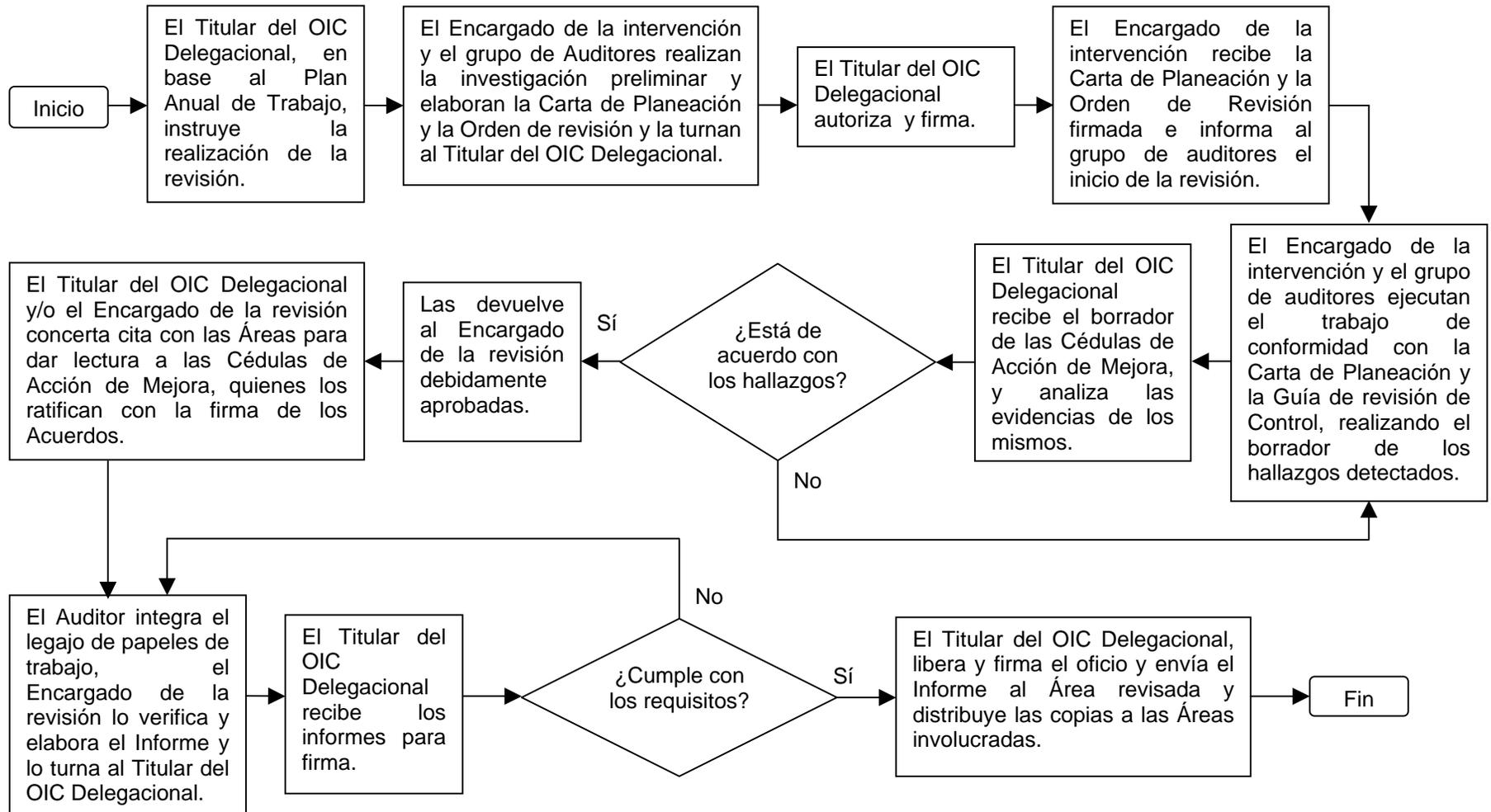


Diagrama de Flujo de Revisiones de Control para los Órganos Internos de Control Delegacionales



2.4.6 Unidad de Asuntos Jurídicos

2.4.6.1 Diagrama de Flujo de Juicios de Nulidad.

Es la defensa Jurídica de las resoluciones que emita por el Titular del OIC o el Titular del Área de Responsabilidades.

2.4.6.2 Diagrama de Flujo de Juicios de Amparo.

Es la defensa jurídica en la que el titular del OIC o los Titulares de las Areas de Responsabilidades, Auditoría o Quejas sean señalados como autoridades responsables.

2.4.6.3 Diagrama de Flujo de Recursos de Revocación.

Es el trámite de resolución de los recursos de revocación interpuestos por los servidores públicos en contra de las resoluciones emitidas por el Titular del Area de Responsabilidades.

2.4.6.4 Diagrama de Flujo de Recursos de Revisión Administrativa.

Es el trámite de resolución de los recursos de revisión administrativa interpuestos por los personas en contra de las resoluciones emitidas por el Titular del Área de Responsabilidades, al resolver las inconformidades.

Diagrama de Flujo de Juicios de Nulidad

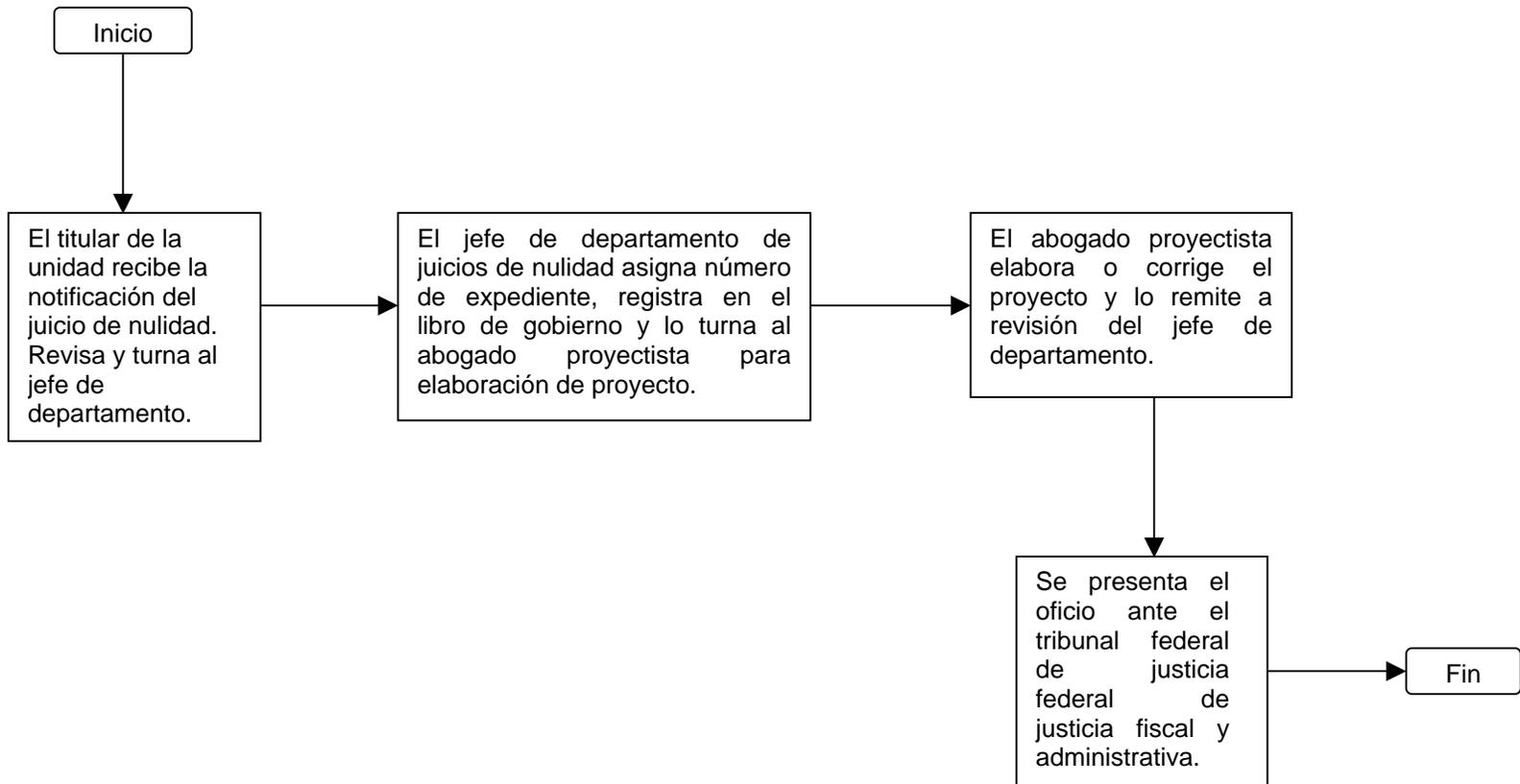


Diagrama de Flujo de Juicios de Amparo

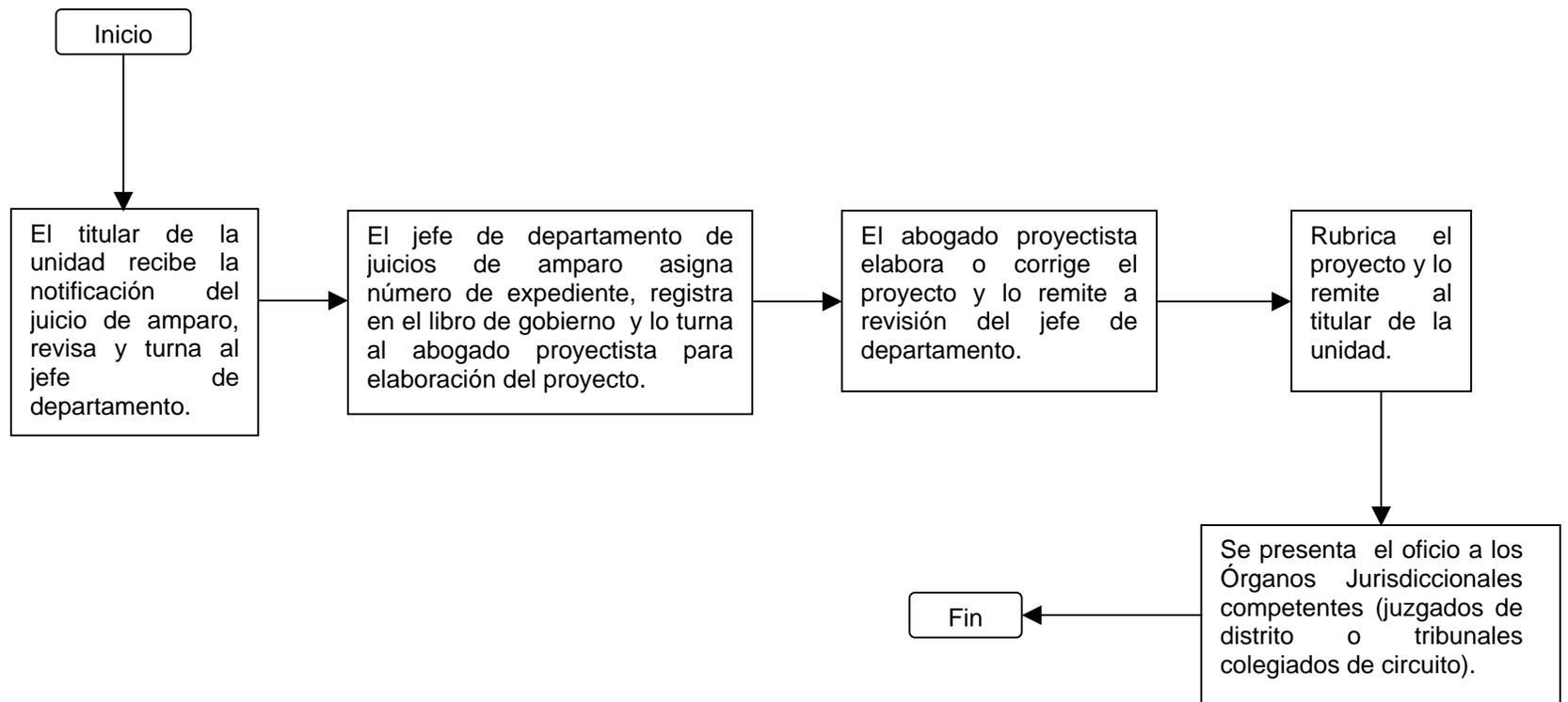


Diagrama de Flujo de Recursos de Revocación

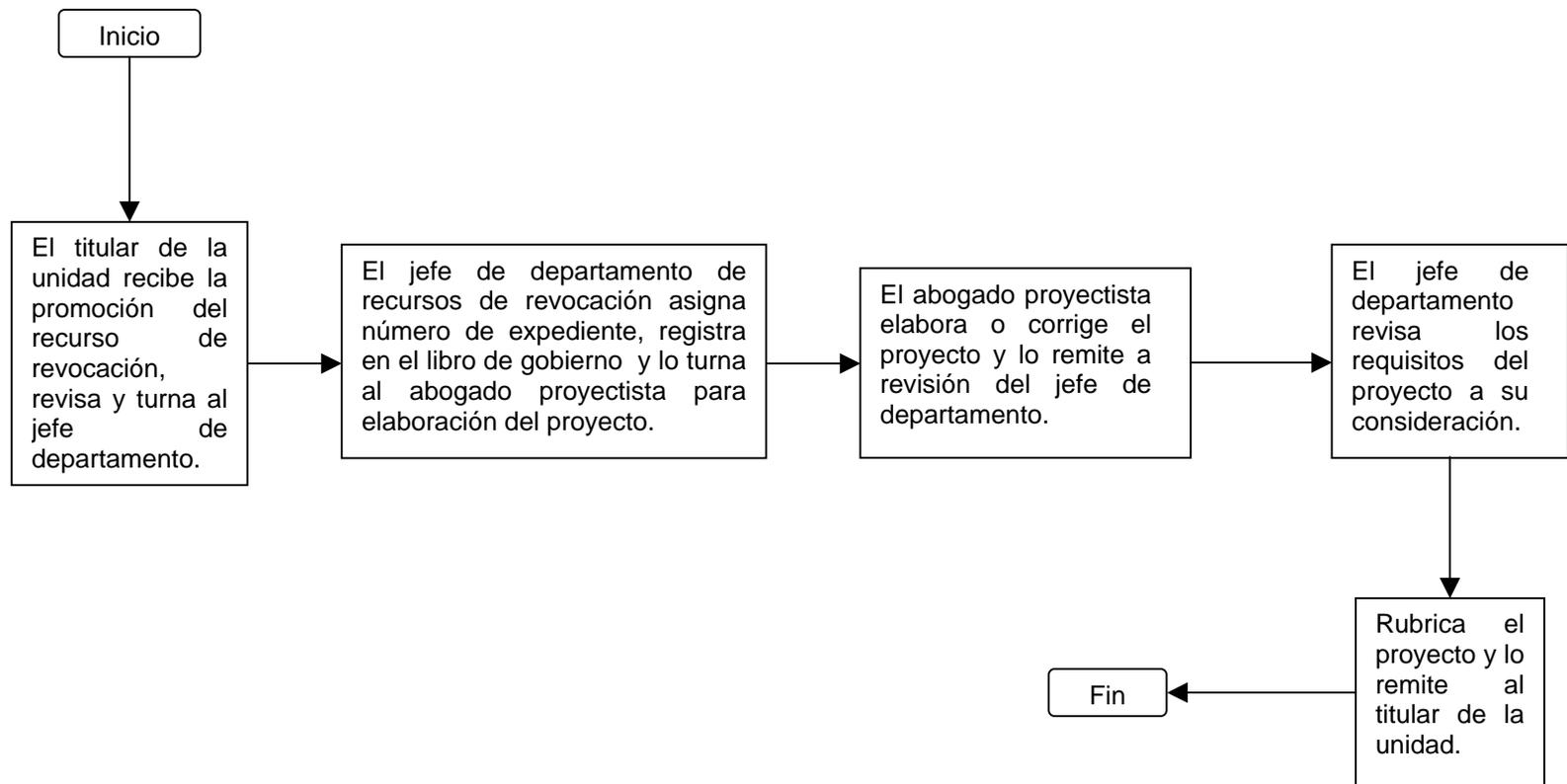
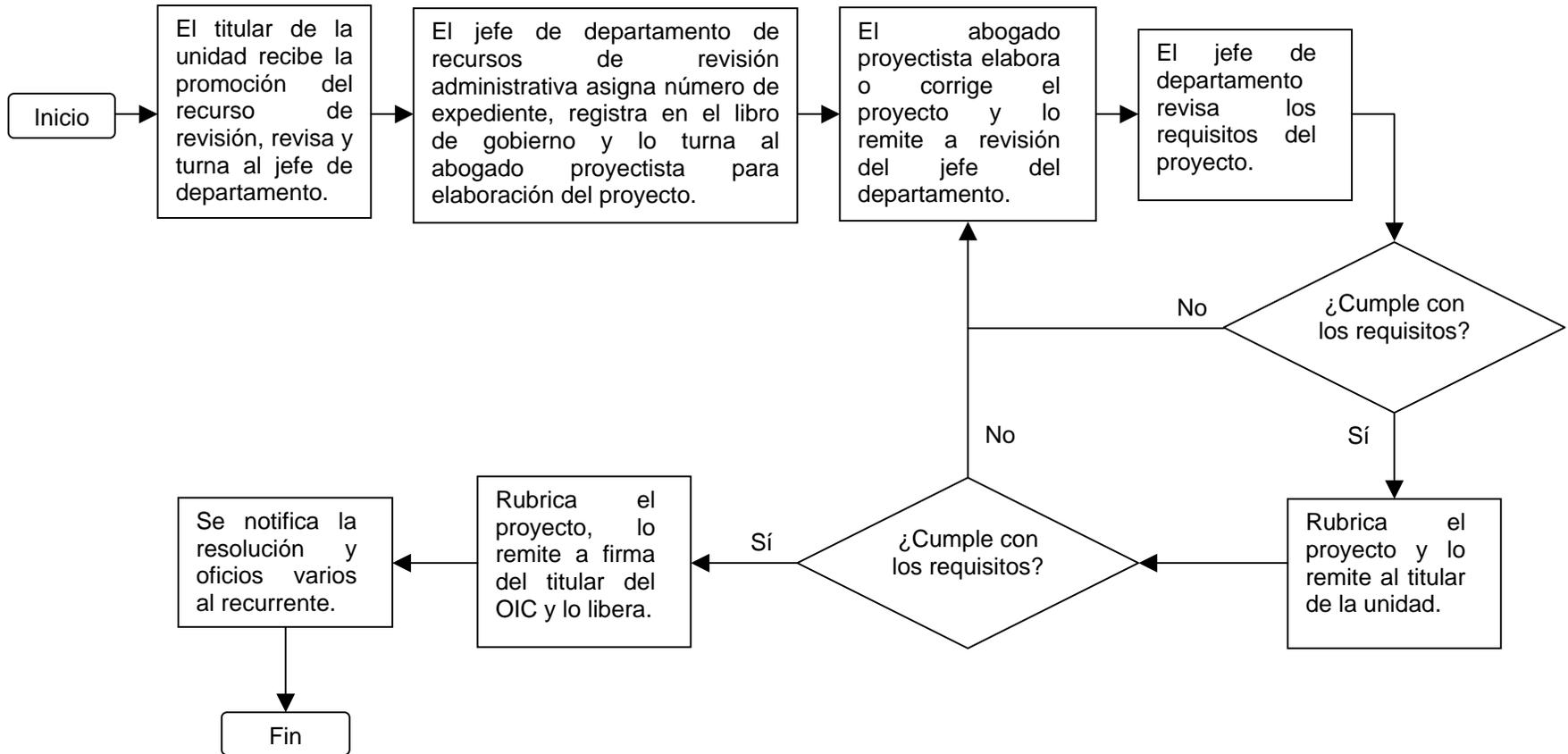


Diagrama de Flujo de Recursos de Revisión Administrativa



2.4.7 Coordinación Administrativa

2.4.7.1 Diagrama de Flujo de Recursos Materiales.

Con base en las necesidades del OIC, se realiza un programa de adquisiciones a través del área compradora del Instituto.

2.4.7.2 Diagrama de Flujo de Recursos Financieros.

Es la programación y el control de los recursos financieros necesarios para cubrir las necesidades del OIC.

2.4.7.3 Diagrama de Flujo de Recursos Humanos.

Es el control de incidencias y trámites del personal del OIC ante la Subdirección de Personal del Instituto.

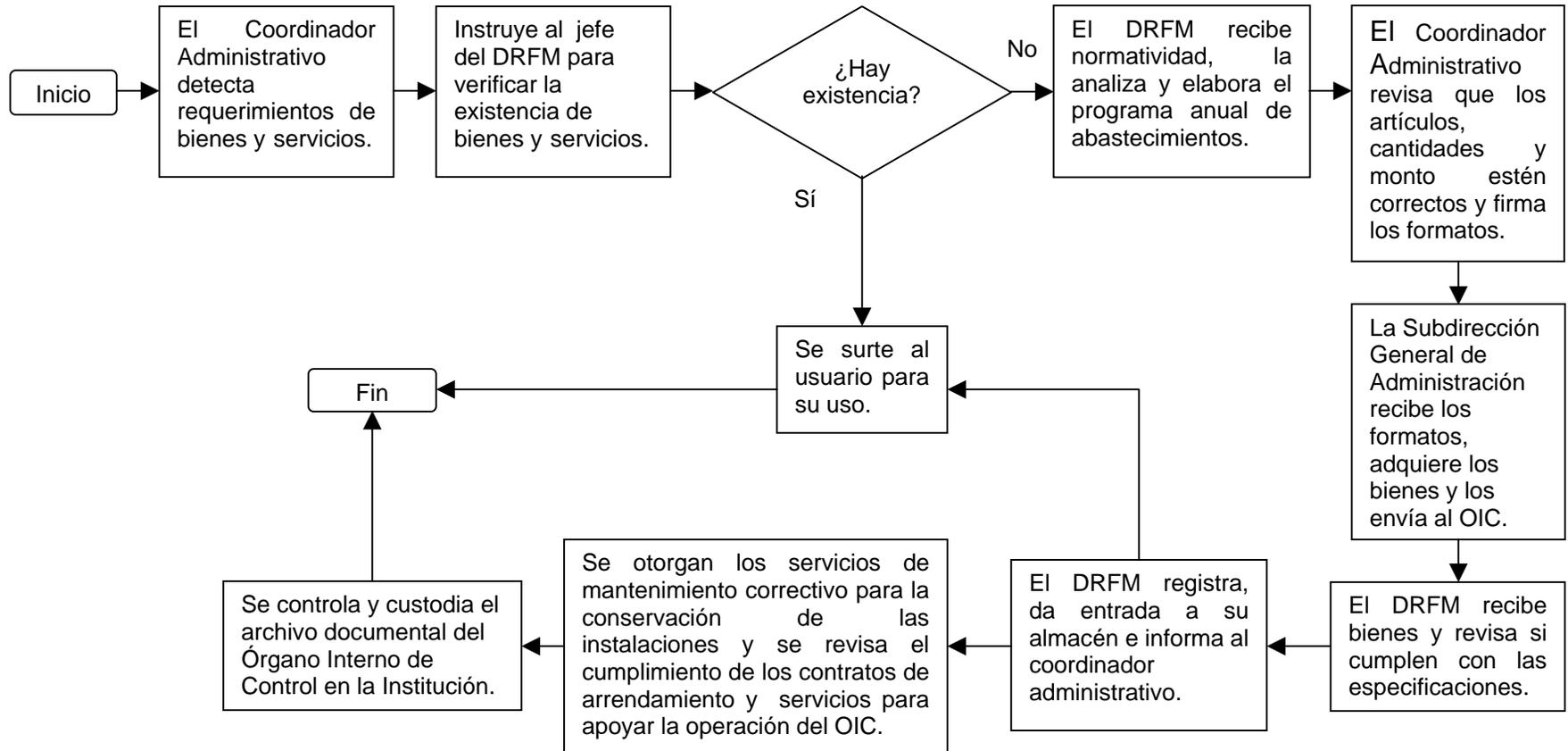
2.4.7.4 Diagrama de Flujo de Formación y Competencia.

Es la programación y control de la capacitación anual a los servidores públicos del OIC.

2.4.7.5 Diagrama de Flujo de Apoyo Informático.

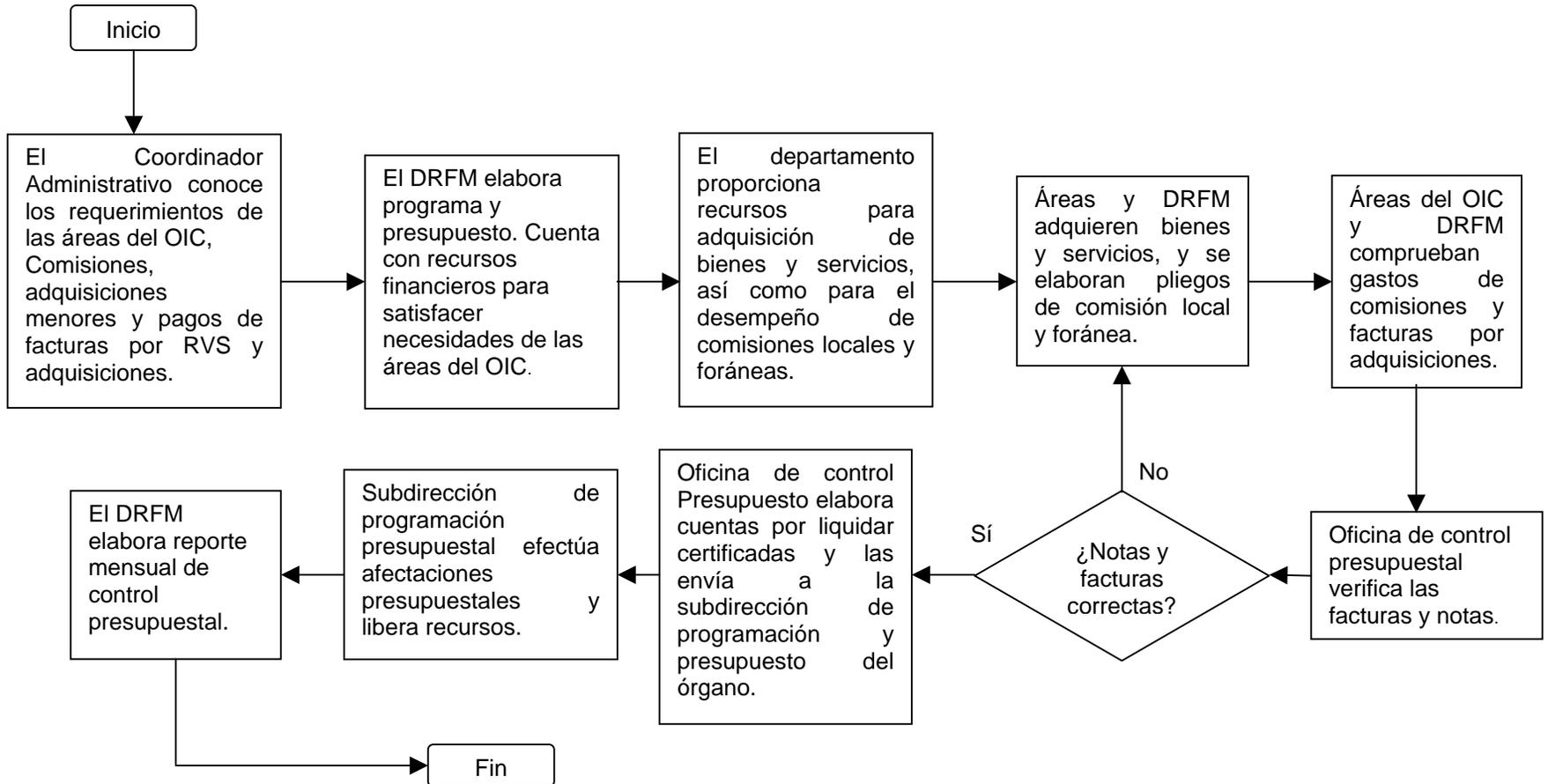
Es la programación para la adquisición y mantenimiento de bienes informáticos, red local y sistemas del OIC.

Diagrama de Flujo de Recursos Materiales



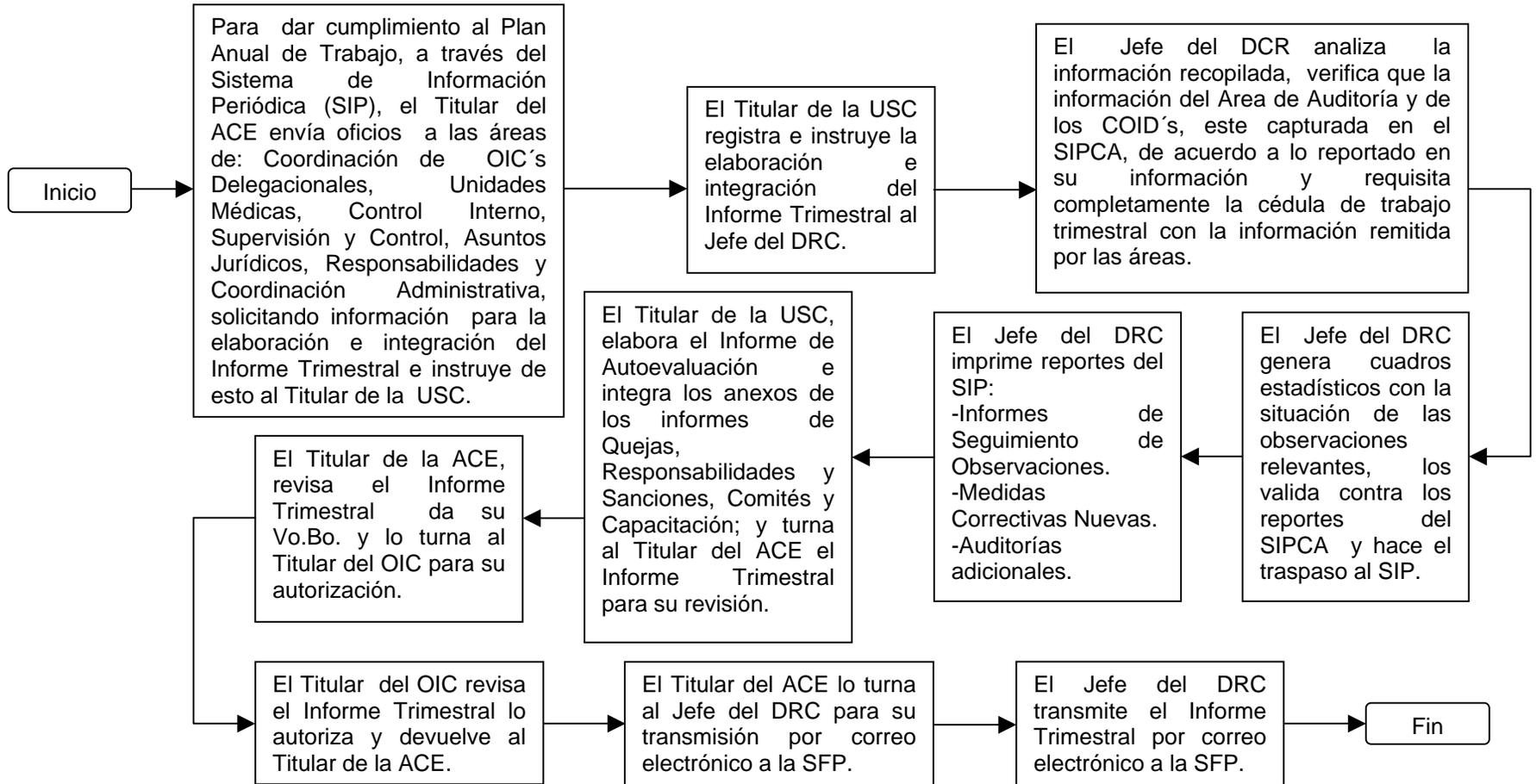
DRFM: Departamento de Recursos Financieros y Materiales

Diagrama de Flujo de Recursos Financieros



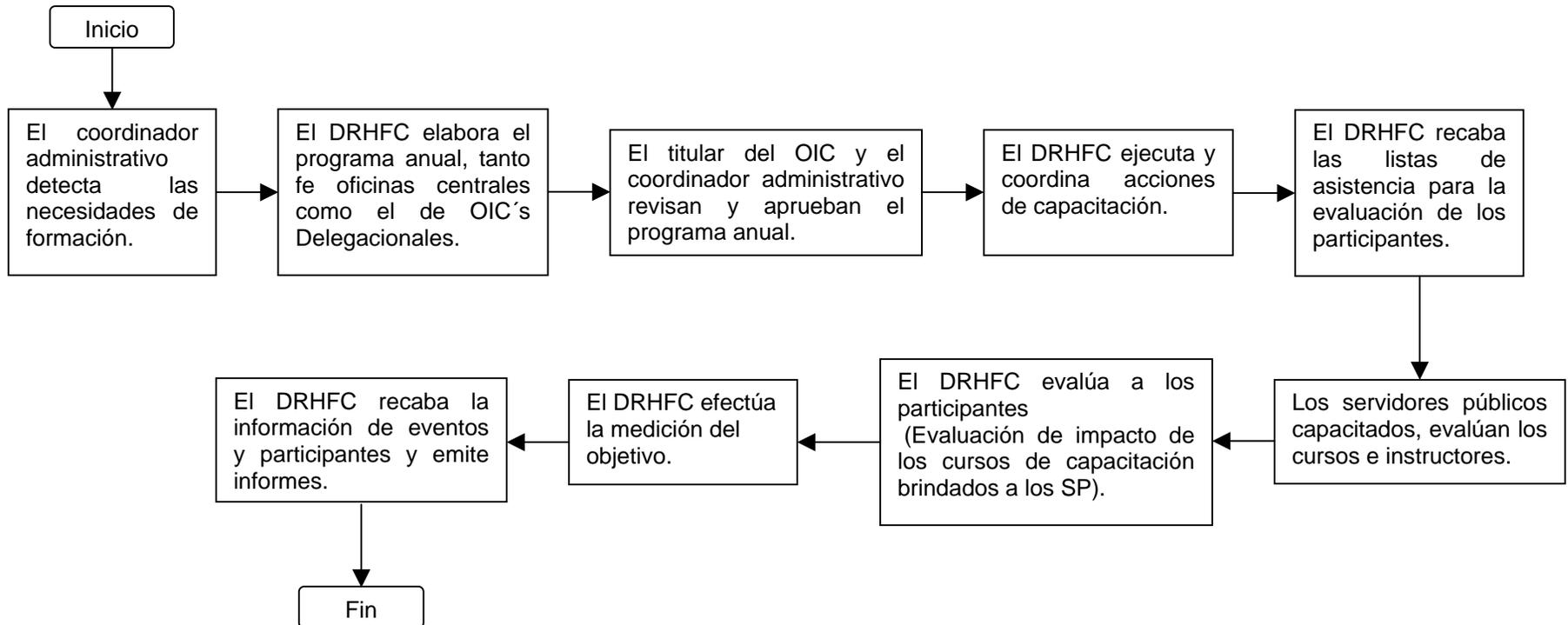
DRFM: Departamento de Recursos Financieros y Materiales

Diagrama de Flujo de Recursos Humanos



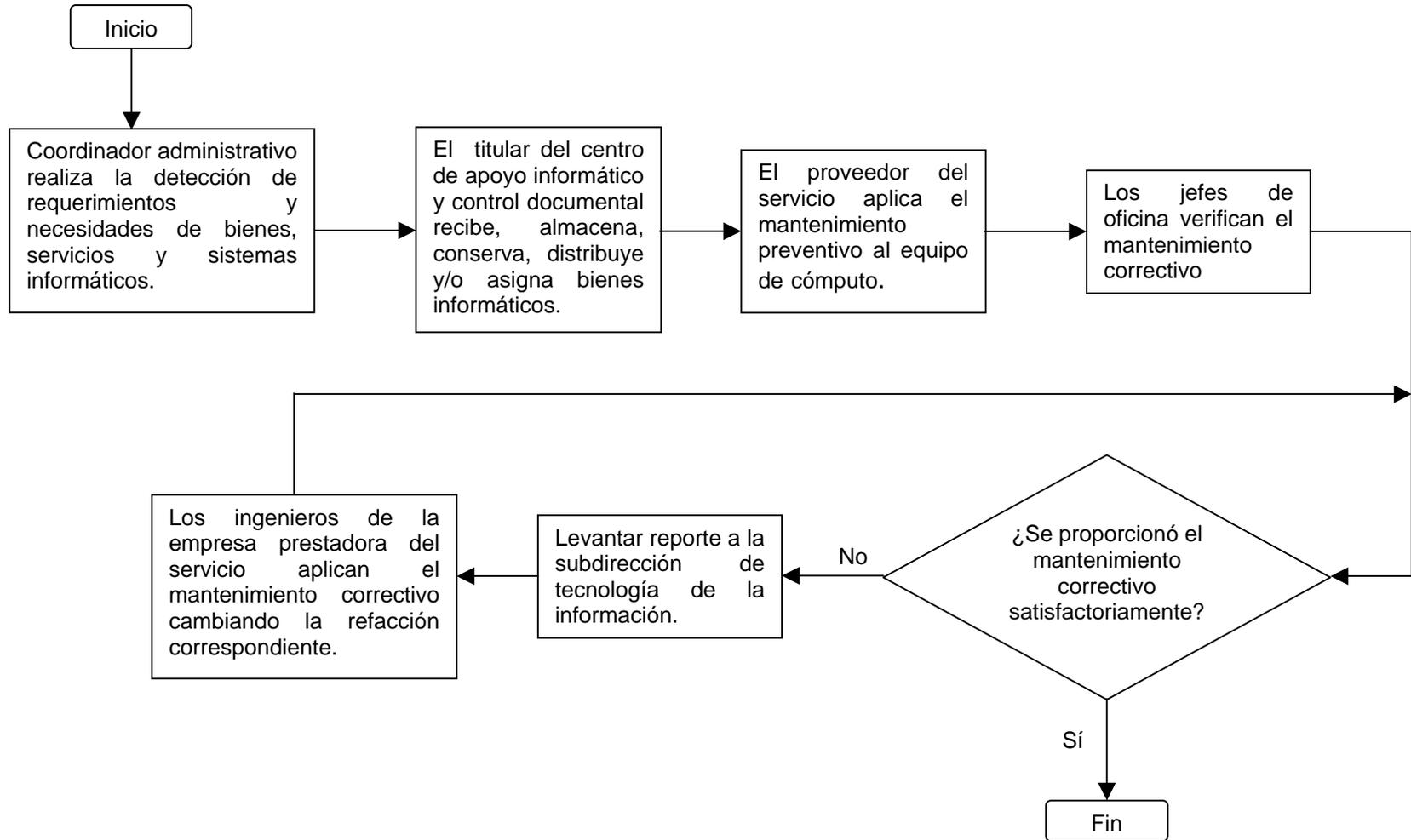
ACE: Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno
 USC: Unidad de Supervisión y Control
 DRC: Departamento de Registro y Control

Diagrama de Flujo de Información y Competencia



DRHFC: Departamento de Recursos Humanos Formación y Competencia
OIC's: Órganos Internos de Control
SP: Servidores Públicos

Diagrama de Flujo de Apoyo Informático



2.5 DETECCIÓN DE NECESIDADES

Con el énfasis que le dio el gobierno actual desde el inicio de su administración a los principios y reglas de actuación de los Servidores Públicos para el irrestricto cumplimiento de las leyes, se ha incrementado de forma exponencial el reclamo de la sociedad. Es por ello que la Secretaría de la Función Pública promueve y vigila su cumplimiento para ganar confianza y credibilidad en los ciudadanos.

Si hacemos un breve recuento de las mejoras que requieren las áreas sustantivas diríamos; en el Área de Auditoría Interna, no es suficiente con seguir las guías definidas por la Secretaría de la Función Pública, ya que se hace necesario contar con una estandarización en los pasos para llevar a cabo una Auditoría Pública dentro del Instituto de Salud que nos ocupa, esto es, existen diferentes áreas dentro del Instituto; la médica, prestaciones económicas, administración, etc., que a pesar de ser materias distintas, deben cumplir requisitos únicos y un desarrollo estándar para cada una de las auditorías.

Así mismo debe aplicar hacia dentro del propio Órgano Interno de Control, ya que el área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y los treinta y cinco Órganos Internos de Control Delegacionales realizan auditorías.

En cuanto a las solicitudes de atención a quejas y denuncias de la sociedad, el Gobierno Federal se ha comprometido a promover la creación de una cultura responsable de quejas y denuncias, además de que en las áreas que se ofrece atención a la ciudadanía, se debe dar seguimiento, atención y respuesta oportuna e imparcial a todas las peticiones, quejas y denuncias.

Un motivo más para establecer estándares de trabajo que permitan cumplir con este compromiso y la satisfacción de la derechohabiente.

En el Área de Responsabilidades convergen las solicitudes de atención de todas las áreas del Órgano Interno de Control, para procesar a los funcionarios públicos con presuntas responsabilidades, derivado de auditorías, quejas, actos de fiscalización, etc., por lo que el hecho de que haya diferentes eventos que disparen la solicitud de atención, se ha convertido en un problema para el análisis y la instrucción a seguir en cada caso. Es por eso que la definición de un proceso a seguir en todos los casos aseguraría la evaluación de los requisitos para iniciar y resolver los asuntos de su competencia, teniendo el control de su desarrollo.

Se requiere una metodología de operación que le permita a la Organización planear y desarrollar el servicio que ofrece bajo el cumplimiento de sus objetivos, dando el seguimiento y verificando que éste cumpla con los requisitos del cliente. Lo que en consecuencia permitirá contar con la información en tiempo y forma para una expedita toma de decisiones, visualizar las áreas de oportunidad en el desempeño del OIC y plantear las mejoras necesarias.

2.6 BIBLIOGRAFÍA

<http://www.funcionpublica.gob.mx>

<http://www.issste.gob.mx>

Código de conducta de los servidores públicos de la SFP, 2005.

CAPÍTULO III

DEFINICIÓN DE PROCEDIMIENTOS PARA EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

3.1 INTRODUCCIÓN

Con el propósito de establecer una metodología de operación que permita a la Organización funcionar en forma sistemática y transparente; y dada la detección de necesidades que se estableció en la sección 2.5 del capítulo anterior, se ha considerado implementar un Sistema de Gestión de la Calidad según las normas de gestión de la calidad ISO 9000 versión 2000, el cual está definido para mejorar continuamente el desempeño de la Organización, mediante la consideración primordial de las necesidades de sus clientes.

Para que el Sistema de Gestión de la Calidad propuesto sea eficiente, es recomendable que se cumplan los principios básicos que marcan las normas:

- a) Satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse por exceder sus expectativas.
- b) Liderar el propósito y la orientación de la organización.
- c) Lograr el total compromiso del personal para que sus habilidades sean usadas en beneficio de la organización.
- d) Las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) Entender la organización como un sistema que contribuya en la eficacia y eficiencia, así como en el cumplimiento de los objetivos de la organización.
- f) Mejorar continuamente el desempeño global de la organización.
- g) Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.
- h) Una organización y sus proveedores son interdependientes, una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Los principios anteriores se pueden lograr si se cuenta con la información necesaria y se maneja adecuadamente mediante documentos.

Los documentos proporcionan la información requerida para efectuar las actividades y los procesos de manera coherente.

En este capítulo se proponen los ocho procedimientos necesarios para la elaboración de la documentación propia del Sistema de Gestión de la Calidad según las normas:

1. Procedimiento para la elaboración de Documentos.
2. Procedimiento para la elaboración de Procesos.
3. Procedimiento para Control de Documentos.
4. Procedimiento para Control de Registros de Calidad.
5. Procedimiento para Auditorias Internas de Control.
6. Procedimiento para Productos no Conformes.
7. Procedimiento para Acciones Correctivas.
8. Procedimiento para Acciones Preventivas.

3.2 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

1.- Propósito.-Todo procedimiento y documento se elaborará con base en las necesidades del área que lo va a utilizar y de acuerdo con lo que indica el presente procedimiento.

2.- Alcance.- Aplica a todos los involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

3.- Responsabilidades:

Elaboró.- Consiste en la redacción del documento por parte del especialista o conocedor del tema.

Revisó.- El documento es validado por parte del Titular de la Unidad del área respectiva, de esta forma se asegura que el documento técnicamente sea correcto.

Aprobó.- Una vez que el documento se ha elaborado y revisado técnicamente, debe ser avalado por el Titular del Área correspondiente que emite el documento. La evaluación consiste en ubicar el documento en el contexto del OIC, y observar que no cause problemas ni traslape con otros documentos del Sistema de Gestión de la Calidad. En caso que la evaluación sea positiva se procede a autorizar el documento.

Sólo en la primera hoja del procedimiento o documento se anotará el nombre de quien lo elaboró, lo revisó y aprobó; las demás hojas internas del procedimiento o documento no deben llevar: elaboró, revisó y aprobó, ya que no es necesario y está considerado en el Procedimiento para Control de Documentos.

Autorización y distribución.- El Departamento de Calidad revisa el documento y lo libera quedando autorizado y posteriormente el procedimiento lo puedan visualizar los integrantes del comité de calidad y proponer modificaciones en caso de no estar de acuerdo y proporcionarlo en las juntas de Comité de Calidad para su autorización. Una vez autorizado se procede a su distribución a todos los usuarios en medios electrónicos.

4.- Desarrollo:

La redacción de las actividades que integran el procedimiento deberá ser clara y precisa; así mismo, deberán utilizarse letras mayúsculas y minúsculas tipo Arial de 10 puntos.

Identificación.-Todos los procedimientos generados por el Sistema de Gestión de la Calidad, deberán tener como mínimo los siguientes datos para su correcta identificación:

Nombre del Procedimiento.- En esta parte se anotará el nombre del documento en mayúsculas. El documento debe ser titulado de la manera más concisa posible, de tal forma que proporcione una idea general del contenido del mismo.

Página.- Indica el número de página correspondiente y el número total de páginas.

Código.- Cada documento del Sistema de Gestión de la Calidad debe contar con un código de identificación único a fin de permitir su control, éste debe ser asignado de acuerdo con la siguiente nomenclatura:

X-XXX-X

Donde el primer dígito indicará el tipo de documento de que se trata, según la siguiente equivalencia:

M: Manual
P: Procedimientos de Calidad
F: Formatos
T: Proceso
R: Registro

X-XXX-X

Los tres dígitos siguientes identifican al área o departamento que es responsable, de acuerdo con el formato para la elaboración de procedimientos, requisitando las secciones que en el mismo se indican. La tabla 1 muestra las claves que identifican el área o departamento para este procedimiento (Tabla 1, Pág. 80).

El último dígito indica el número consecutivo del procedimiento, empezando del 1 hasta el 99.

X-XXX-X

En la primera hoja o página vendrán los nombres de quien elaboró, revisó y aprobó de acuerdo al Procedimiento para el Control de Documentos.

Revisión.- Número de revisión actual, iniciando con el número cero, que corresponderá a la primera edición del procedimiento y así sucesivamente las revisiones 1,2, etc.

Identificación de Formatos.- De acuerdo con el Procedimiento para el Control de Documentos, para la identificación de formatos que se desprendan de cada procedimiento, se seguirá la siguiente nomenclatura: en primer lugar F, en segundo lugar se usan los códigos del área responsable y el número consecutivo del formato. Ejemplo: F-DCA-01 (Formato del Departamento de Calidad N° 1).

ÁREA	CÓDIGO
1.-Titular del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud	TOI
2.- Área de Auditoria de Control y Evaluación	ACE
3.- Área de Auditoria Interna	AAI
4.- Área de Quejas	AQU
5.- Área de Responsabilidades	ARE
6.- Unidad de Asuntos Jurídicos	ASJ
7.- Coordinación Administrativa	CAD
8.- Coordinación de los O.I.C. Delegacionales	COI
9.- Departamento de Calidad	DCA
10.-Unidad de Auditoria de Obras, Adquisiciones y Servicios	UOA
11.-Unidad de Auditoria de Finanzas, Recursos Humanos y Prestaciones	UFR
12.-Unidad de Atención a Peticiones Vinculadas con Trámites y Servicios	UTS
13.-Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos	USP
14.- Unidad de Supervisión y Control	USC
15.- Unidad de Evaluación a Control Interno	UEC
16.- Unidad de Responsabilidades "A"	URA
17.- Unidad de Responsabilidades "B"	URB
18.- Departamento de y normatividad	DNO
19.- Departamento de Juicios de Nulidad	DJN
20.- Departamento de Juicios de Amparo	DJA
21.- Departamento de Recursos Administrativos de Revisión y Revocación	DRA
22.- Departamento de Registro y Control	DRC
23.- Departamento de Control de Gestión	DCG
24.- Departamento de Quejas Medicas	DQM
25.- Departamento de Quejas Administrativas	DQA
26.- Departamento de Dictaminación Medica	DDM
27.- Departamento de Atención a Unidades Medicas	DUM
28.- Departamento de Recursos Humanos. Formación y Competencia	DRH
29.- Departamento de Recursos Financieros y Materiales	DRM
30.- Centro de Apoyo Informático y Control Documental	ICD
62.- O.I.C. Zona Norte	NTE
63.- O.I.C. Zona Sur	SUR
64.- O.I.C. Zona Oriente	OTE
65.- O.I.C. Zona Poniente	PTE

Tabla 1

3.2.1 Elaboración de Procedimientos

La elaboración de los procedimientos debe contener como mínimo, las siguientes secciones:

1.- *Propósito.*- En esta sección se debe especificar, de una manera clara y concisa, cuál es el propósito de la elaboración del procedimiento, así como definir claramente cuáles son los resultados esperados al realizar las actividades indicadas en estos documentos.

2.- *Alcance.*- En esta sección se identifican los límites o frontera que abarca el procedimiento en cuestión. El alcance puede definirse por funciones, áreas o documentos.

3.- *Responsabilidades.*- En esta sección se debe especificar cuál es la responsabilidad de cada servidor público responsable del procedimiento en cuestión al igual que los titulares de área y coordinadores.

4.- *Desarrollo.*- Esta es la parte medular del procedimiento, ya que es la que describe la secuencia de las actividades que se desarrollarán en una o en varias áreas, por una o por varias personas a la vez, paso a paso, buscando lograr el objetivo del procedimiento. Estará compuesto de 3 columnas: número, responsabilidad y actividad.

Los formatos utilizados dentro del procedimiento quedarán incluidos en el número total de páginas.

5.- *Documentos de Referencia.*- En esta sección se deben anotar aquellos documentos, aún externos, que puedan servir como apoyo del procedimiento a elaborar, tales como normas oficiales, lineamientos, guías, etc.

También se anotarán los formatos utilizados dentro del procedimiento y la referencia a otros documentos que sirvan para ampliar la información sobre el tema del procedimiento.

6.- Definiciones y Terminología.- Anotar las definiciones y los términos utilizados en su procedimiento de todas aquellos términos o palabras que pudieran no ser comprendidas o entendidas por personas ajenas.

7.- Anexos.- Se deberá incluir todo documento o formato que se considere necesario para un mejor entendimiento de los procedimientos.

La carátula para los procedimientos es la siguiente:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

CÓDIGO: X-XXX-X
REVISIÓN NO:

FECHA DE
ELABORACIÓN:

PÁGINA: DE

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

3.2.2 Elaboración del Manual de Gestión de la Calidad

Responsabilidades.- Cada Titular de Área y Coordinadores deberán redactar dentro del manual, las políticas y actividades sustantivas que desarrollen. Así como la referencia a sus procesos y procedimientos de cada requisito de la norma. El Representante de la Dirección, recopila toda la información de las áreas a través del Procedimiento para el Control de Documentos.

La carátula del Manual de Gestión de la Calidad debe tener:

Código.- Se anotará la clave de identificación M-DCA-1.

Revisión.- Número de revisión actual, iniciando con el número cero, que corresponderá a la primera edición del documento.

Página.- Indica el número de la página correspondiente y el número total de páginas.

Fecha de emisión.- Indica la fecha en la cual el documento es emitido. A partir de esta fecha la vigencia tiene un periodo máximo de dos años. Un documento está vigente hasta que la operación que se describe cambie o concluya el periodo de vigencia, lo que suceda primero de acuerdo al Procedimiento para el Control de Documentos.

Elaboró.- Nombre de la persona que elaboró el documento.

Revisó.- Nombre de la persona que revisó el documento.

Aprobó.- Nombre de la persona que autorizó el documento. Debe contener un índice, introducción, antecedente, y contenido.

Índice.- Listado de los capítulos y subcapítulos en que se divide el manual de forma cronológica y coherente de la siguiente forma:

Introducción

Antecedentes

- 1.-Objetivo y campo de aplicación
- 2.- Referencias normativas
- 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

El contenido del Manual de Gestión de la Calidad debe incluir los siguientes elementos: Requisito de la Norma, índice, introducción, antecedentes, propósito, alcance, responsabilidad, política y referencia a procedimientos y procesos.

A continuación se indica lo que debe aparecer en cada requisito:

Propósito.-Descripción en breves palabras del propósito de aplicación del punto de la norma que se indica.

Alcance.- Definición en forma clara del escenario de aplicación para cada requisito de la norma en particular.

Responsabilidad.- Documentar las responsabilidades a llevar a cabo de las personas involucradas en el requisito de la norma a describir.

Política.- En este apartado se debe documentar qué se hace para cubrir los requerimientos de los requisitos de la norma ISO-9001: 2000.

Referencia a procesos y procedimientos.- En este apartado se hace referencia a todos los procesos y procedimientos que van a ser soporte de los lineamientos que se mencionan en la política.

A continuación se muestra la carátula del Manual de Gestión de la Calidad:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: DE

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL OIC EN EL INSTITUTO ISO-9001:2000

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

3.2.3 Elaboración del Manual del Plan de Calidad

El Manual del Plan de Calidad es un complemento al Sistema de Gestión de la Calidad. Este documento contiene el objetivo, alcance y los requerimientos específicos planeados para la calidad, instrumentados adecuadamente en los Servicios de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación, de Quejas, Responsabilidades, y de Asuntos Jurídicos, así como de la Coordinación Administrativa y de la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales, que se efectúan en el OIC en una Institución de Salud y que sustentan el desarrollo del OIC en la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad.

La Carátula del Manual de Plan de Calidad deberá contener:

Código.- Se anotará la clave de identificación M-DCA-2

Revisión.- Número de revisión actual, iniciando con el número cero, que corresponderá a la primera edición del documento.

Página.- Indica el número de página correspondiente y el número total de páginas.

Fecha de emisión.- Indica la fecha en la cual el documento es emitido. A partir de esta fecha la vigencia tiene un período máximo de dos años. Un documento esta vigente hasta que la operación que se describe cambie o concluya el periodo de vigencia, lo que suceda primero.

Elaboró.- Nombre de la persona que elaboró el documento.

Revisión.- Nombre de la persona que reviso el documento.

Aprobó.- Nombre de la personal que aprobó el documento.

Deberá contener un índice, introducción, antecedentes, y contenido.

Índice.- Listado de los capítulos y subcapítulos en que se divide el manual de forma cronológica y coherente de la siguiente forma:

Presentación

Objetivo

Alcance

Planeación y Desarrollo

Planeación Estratégica

Diagrama de Flujo del Sistema de Gestión de la Calidad

Diagrama de Flujo de los Procesos de Auditoria Interna

Diagrama de Flujo de los Procesos de Auditoria de Control y Evaluación

Diagrama de Flujo de los Procesos de Quejas

Diagrama de Flujo de Responsabilidades

Diagrama de Flujo de Asuntos Jurídicos

Diagrama de Flujo de la Coordinación Administrativa

Diagrama de Flujo de la Coordinación de OIC Delegacionales

A continuación se muestra la carátula el Manual del Plan de Calidad:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO
DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: DE

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL OIC EN EL INSTITUTO

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	ASISTENTE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

3.3 PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN DE PROCESOS

1.- *Propósito.*- Proporcionar los lineamientos que deberán seguir los procesos de cada área que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad del OIC en una Institución de Salud.

2.- *Alcance.*- Aplica a todos los procesos involucrados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

3.- *Responsabilidades.*- Los Titulares de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, Responsabilidades; Unidad de Asuntos Jurídicos, la Coordinación Administrativa, Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional, son responsables de verificar la interrelación de sus procesos, la eficacia y la realización del seguimiento, la medición, el análisis de datos y la mejora continua de los mismos. También los Titulares de los Órganos Internos de Control Delegacional (OICD), son responsables de lo antes mencionado y deberán de reportarlo a la Coordinación de los OICD.

El Representante de la Dirección y el Departamento de Calidad, se encargarán de coordinar y emitir los lineamientos para la elaboración de procesos que generen las áreas para su incorporación al Sistema de Gestión de la Calidad. (SGC).

4. *Desarrollo.*-

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titulares de Área, Coordinadores y Jefes de Unidad.	Identifican los Procesos del Área y sus Objetivos, así como la designación del responsable de elaborar el Proceso y la requisitación de los formatos con el código y el número de folio correspondiente al registro de calidad y el número de formato que le corresponden a los documentos. Todo los procesos deberán de llenar el: Formato para Elaboración de procesos, la cual contiene los datos siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Nombre del proceso• Código del área

	<ul style="list-style-type: none"> • Número de revisión • Número de Pagina • Quien lo elaboró • Quien lo revisó • Quien lo aprobó • Fecha de emisión • Cambios de la versión <p>Ver anexo 1 de este procedimiento.</p> <p>El procedimiento consta de 6 formatos, siendo los siguientes:</p> <p>En el formato F-DCA-1 “Modelo del Proceso”, para las áreas será el T- Clave del Área – 1 (T-XXX-1). Donde se incluirán las entradas, las actividades mutuamente relacionadas y las salidas, además de considerar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir el proceso para alcanzar el resultado deseado. • Identificar y medir los insumos y resultados de los procesos. • Identificar las interfaces de los procesos con las funciones del OIC. • Identificar los clientes internos y externos, proveedores y otras partes interesadas de los procesos. • Establecer claramente la responsabilidad, la autoridad y las líneas de mando para la Administración del Proceso. • Definir el procedimiento de evaluación del proceso para alcanzar la eficacia de mejora o las sugerencias de mejora. <p>Ver el Instructivo de llenado anexo del formato F-DCA-1.</p> <p>Una vez que se ha elaborado el modelo del proceso, se procederá al llenado del Formato F-DCA-2 Diagrama de Flujo del Proceso, (para las áreas será el F-Clave del área –1 (F-XXX-1)) donde se describirán las actividades del proceso y su interrelación con otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. Se deberá de utilizar la simbología que se presenta dentro del instructivo para el llenado de este formato.</p> <p>En el Diagrama de Flujo del Proceso, se identificarán los registros de calidad que también pueden tener la función de una actividad (7.2.2, 7.5.3, 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.5.2 y 8.5.3), con el símbolo de (Circulo), se deberá de identificar los registros de calidad que se establecen en el Procedimiento para el Control de Registros de Calidad.</p> <p>En el formato F-DCA-3 “Medición y Seguimiento del Proceso”, para las áreas será el F-Clave del Área –2 (F-XXX-2), se deberá de redactar el objetivo del proceso y se indicará el método de medición utilizando, es decir cualquier herramienta estadística ya sea indicadores, una grafica o una lista de verificación que se requiera para medir la capacidad del proceso y se presentará en cada junta del Comité de Calidad.</p> <p>En el formato F-DCA-4 “Medición y Seguimiento del Servicio” (para las áreas será el F-Clave del Área –3 (F-XXX-3)) se</p>
--	---

		<p>indicará el método de verificación para el cumplimiento de los requisitos del cliente en las diferentes etapas del proceso, señalando el registro de calidad, el responsable de la liberación del producto y el código del servicio.(R-XXX-3), (R-XXX-5) y (R-XXX-7).</p> <p>En el formato F-DCA-5 “Medición de la Satisfacción del Cliente”, (para las áreas será el F-Clave Área –4 (F-XXX-4)), deberá de señalarse el método utilizado como un cuestionario, encuesta o check list de las diferentes etapas del proceso y la frecuencia de la medición con su gráfica de Medición de la Satisfacción del Cliente que también será presentada en cada junta de Comité de Calidad.</p> <p>En el formato F-DCA-6 Mejora, (para las áreas será el F-Clave del Área –5 (F-XXX-5)), deberá de redactar las acciones de mejora que se hayan efectuado dentro de su proceso ò del área adscrita y será entregado al Comité de Calidad con la finalidad de que Comité de Calidad tenga los elementos suficientes de la eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad para la toma de decisiones para la mejora continua.</p> <p>Es importante anotar en el formato la referencia de la identificación del área y número de formato utilizado en cada uno de los procesos de acuerdo con la codificación establecida en el Procedimiento para la elaboración de Documentos. Correspondiente al área. Está numeración deberá ser consecutiva por año.</p>
2	Titulares de Área, Coordinadores, Titulares de Órganos Internos de Control Delegacionales.	Designan al Usuario para su integración, quien se encargará de operar el sistema registrando los procesos, las operaciones o actividades del área para su revisión y aprobación por los servidores públicos responsables.
3	Usuario	Recibe de los Titulares de Área y Jefes de Unidad, los Procesos, con los formatos correspondientes, para su registro y posteriormente enviarlos al Jefe de Unidad responsable de los mismos de cada una de las áreas para su revisión.
4	Jefe de Unidad	Recibe los Procesos y Formatos debidamente requisitados, con las claves del área respectiva, los revisa que no haya traslapes con otros procesos, a su vez los remite al Titular del Área responsable del proceso correspondiente para su aprobación como se indica en el Procedimiento para el Control de Documentos.
5	Titulares de Área, Coordinadores, Titulares de Órganos Internos de Control Delegacional.	Revisa el proceso, los formatos de la medición y seguimiento de los procesos y el producto, así como el Diagrama de Flujo del Proceso, de no existir ningún cambio los aprueba y lo envía al Usuario del área correspondiente.
6	Usuario	Recibe el proceso, y los formatos respectivos, aprobado por el titular del Área responsable del proceso y lo envía al Administrador del Sistema para su liberación en dicho sistema y sea analizado por el Departamento de Calidad y autorizado por el Comité de Calidad.

5. Referencias.-

Documentos Relacionados			
Código	Título	Tipo de Documento	Revisión
MGC	Manual de Gestión de la Calidad	Manual	3

6. Definiciones y Terminología.-

Definición de Términos usados en este Documento	
Término	Definición
Producto	Es el resultado de un proceso
Proceso	El conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan las cuales transforman entradas en salidas
Liberación	Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.
Registro	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.
Eficacia	Extensión en la que se realizan las actividades planeadas y se alcanzan los resultados planeados.
Cliente	Persona que recibe un producto o servicio
Diagrama de Flujo	Diagrama en el que se identifican los procesos y representan el flujo de la operación y la interrelación entre los diferentes procesos.
Mejora Continua	Actividad recurrente para aumentar la capacidad de cumplir los requisitos.

7. Anexos.-

A continuación se muestran los formatos que en esta sección se describieron para la elaboración de procesos:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE PROCESOS
ÁREA O DEPARTAMENTO

CÓDIGO: X-XXX-X
REVISIÓN NO:

PÁGINA: DE

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

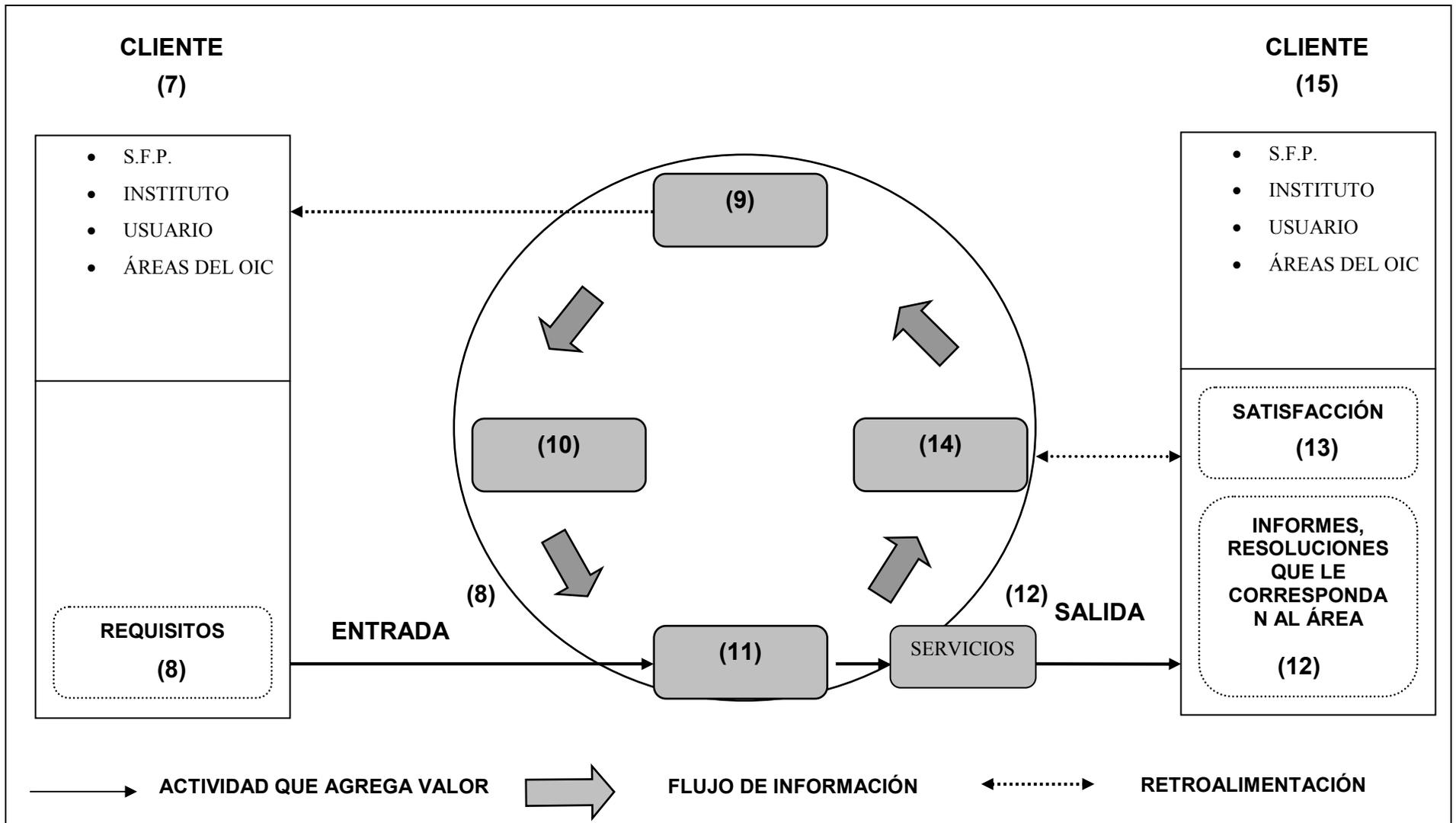
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO (1)
 ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-1 (2)
 REVISIÓN NO: 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DEL MODELO DEL PROCESO

CÓDIGO: F-DCA-1

REVISIÓN NO: 0

FECHA:

PÁGINA: DE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO F-DCA-1 MODELO DEL PROCESO

- 1.- **Nombre del Proceso:** Se anotará el nombre del proceso identificado en mayúsculas.
- 2.- **Código:** Se anotará con 5 dígitos, correspondiendo al primero con letra T- seguido de tres dígitos que identifican el área correspondiente mostrando en el anexo 2 de este procedimiento y el último dígito el número del proceso.
- 3.- **Área responsable:** Se anotará el nombre del área responsable del proceso.
- 4.- **Revisión:** Se anotará el número de revisión del proceso correspondiente.
- 5.- **Fecha:** Es la fecha de elaboración del documento o formato.
- 6.- **Página:** El número de páginas incluyendo las hojas utilizadas en los demás formatos de este proceso.
- 7.- **Cliente:** Se anotarán los nombres de las entidades o áreas que nos requieren los servicios.
- 8.- **Requisitos:** Se anotarán los requisitos del servicio y que serán las entradas del proceso y en su caso, el código de salida de otro proceso.
- 9.- **Titular o Coordinador de Área:** Se anotará el Titular o Coordinador de Área que corresponda, responsable de planificar las actividades y asignar los recursos para la realización del proceso.
- 10.- **Nombre del Proceso Identificado y los Responsables de su Ejecución:** Se anotará la Titularidad de Unidad y Jefaturas responsables de la recopilación y análisis de la información y asignación de recursos.
- 11.- **Realización de los Servicios:** Se anotará el nombre de la jefatura encargada de la realización del servicio y el seguimiento, medición y la liberación del producto.
- 12.- **Servicios:** Se anotará el resultado del servicio efectuado, por ejemplo: informes, resoluciones dictámenes, entre otros, los cuales serán las salidas del proceso y en su caso, el código de entrada de otro proceso.
- 13.- **Satisfacción:** Se medirá la satisfacción del cliente en el formato F-DCA-5.
- 14.- **Métodos de Análisis y Medición:** Se anotará el nombre de la Unidad o Área, responsable de la medición de la satisfacción del cliente, así como el método de medición utilizado en el proceso y su periodicidad.
- 15.- **Cliente:** Se escribirán los nombres de las entidades o áreas a las cuales estamos otorgando los servicios.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

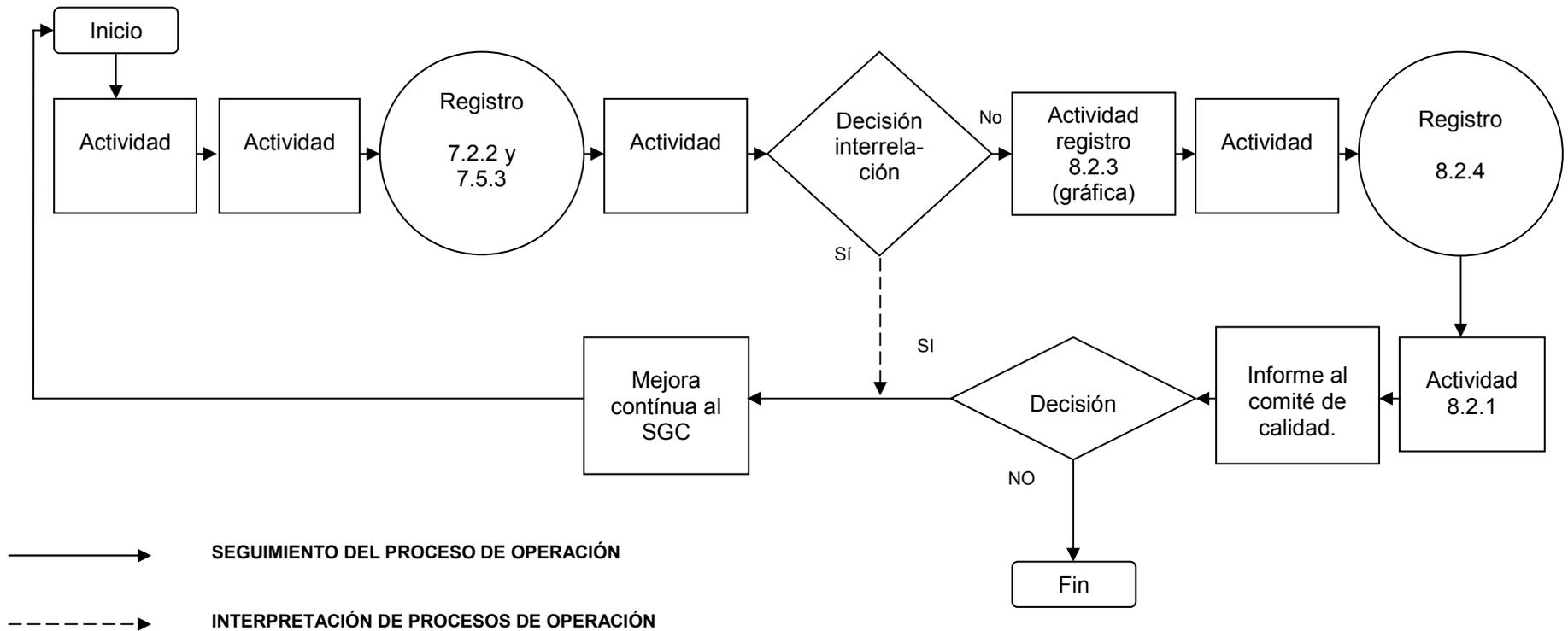
DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO (1)
ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-2 (2)
REVISIÓN NO: 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)

(7) FLUJO DEL PROCESO



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS

CÓDIGO: F-DCA-2

REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO

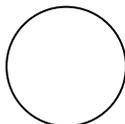
- 1.- **Nombre del Diagrama de Flujo del Proceso:** Se anotará el nombre del proceso identificado en mayúsculas.
- 2.- **Código:** Se anotará con 5 dígitos, correspondiendo al primero con letra F- seguido de tres dígitos que identifican el área respectiva y el número que le corresponde.
- 3.- **Área responsable:** Se anotará el nombre del área responsable del diagrama de flujo del proceso identificado.
- 4.- **Revisión:** Se anotará el número de revisión del proceso correspondiente.
- 5.- **Fecha:** Es la fecha de elaboración del documento o formato.
- 6.- **Página:** El número de páginas incluyendo las hojas utilizadas en los demás formatos de este proceso.
- 7.- **Actividades:** Se describen las actividades que se efectúan en el proceso.
- 8.- **Simbología:** Utilizar la siguiente simbología:



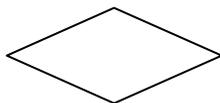
INICIO / FIN.- Se anota el inicio y el final del diagrama de flujo del proceso



ACTIVIDAD.- Se identifican las actividades del proceso



VERIFICACIÓN Y REGISTROS.- Se identifican los registros de calidad y en su caso, la medición del proceso y la satisfacción del cliente.



DECISIÓN.- Se identifican en los procesos el cumplimiento de los requisitos o es necesario que se recaben la totalidad de los mismos o más información.



CONECTOR LÓGICO



CONECTOR DE INTERRELACIÓN DE PROCESOS

(8.2.2) Revisión de los Requisitos Relacionados con el Producto. El área revisará los requisitos de entrada del servicio, los proporcionados por el cliente, los inherentes al servicio y los legales y reglamentarios.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS

CÓDIGO: F-DCA-2

REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

(8.5.3) Identificación y Trazabilidad.

El área asignará la codificación de la identificación única para el control y registro de los servicios proporcionados a los clientes.

(8.2.3) Medición y Seguimiento de Procesos.

Los procesos se medirán y se dará seguimiento a los procesos de acuerdo al objetivo de calidad autorizado por el comité de calidad, el cual deberá de utilizar el formato de “Medición y Seguimiento de los procesos”.

(8.2.4) Medición y Seguimiento del Producto (Servicio).

Se deberá de verificar el cumplimiento de los requisitos del servicio en las diferentes etapas del proceso hasta la liberación del producto.

En este formato, se deberán de anotar la identificación del código del servicio y el nombre del responsable de la liberación del mismo.

(8.2.1) Medición de la Satisfacción del Cliente.

Se deberá establecer como actividad, redactando en el formato el método y la frecuencia de la medición.

(8.3) Control de Producto No Conforme.

Cuando se determinen productos No Conformes el área mantendrá controles y registros de las no conformidades por los servicios que no cumplieron con los requisitos por los clientes como lo establece el procedimiento P-DCA-6 Control de Producto No Conforme.

(8.5.2) Acciones Correctivas.

Las áreas son responsables de las no conformidades identificadas e implementarán acciones para eliminar sus causas, como lo establece el procedimiento P-DCA-7 Acciones Correctivas.

(8.5.3) Acciones Preventivas.

Las áreas son responsables de implementar acciones que eliminen las no conformidades y prevenir su ocurrencia como lo establece el procedimiento P-DCA-8 Acciones Preventivas.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS (1)
ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-3 (2)
REVISIÓN NO. 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)

(7) OBJETIVO DEL PROCESO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS

CÓDIGO: F-DCA-3
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LOS FORMATOS DE MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO, MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO, Y MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

- 1.- Nombre del Proceso:** Se anotará el nombre del proceso identificado en mayúsculas.
- 2.- Código:** Se anotará con 5 dígitos, correspondiendo al primero con letra F- seguido de tres dígitos que identifican el área respectiva y el número que le corresponde.

El formato F-DCA-3.- Es para anotar el Objetivo y la Medición del Proceso.

El formato **F-DCA-4.-** Es para La Medición y Seguimiento del Producto (Servicio).

El formato **F-DCA-5.-** Es para El Medición y Seguimiento de la Satisfacción del Cliente.

El formato **F-DCA-6.-** Es para La Mejora del Proceso.

- 3.- Área responsable:** Se anotará el nombre del área responsable del proceso.
- 4.- Revisión:** Se anotará el número de revisión del proceso correspondiente.
- 5.- Fecha:** Es la fecha de elaboración del documento o formato.
- 6.- Página:** El número de páginas incluyendo las hojas utilizadas en los demás formatos de este proceso.
- 7.- Objetivo del Proceso:** Se redactará el objetivo del proceso y deberá ser congruente con el objetivo establecido dentro del Manual de Organización y debe ser medible.

Medición del Proceso.

- 7.1. Se anotará la herramienta estadística utilizada para la medición del proceso, la cual puede ser una gráfica, indicadores o una lista de verificación.

Medición del Servicio.

- 7.2. Se comprobará en una lista de verificación que se hayan cumplido los requisitos del servicio en las diferentes etapas del proceso. Registrando los nombres de los responsables de la liberación del servicio.

Medición de la Satisfacción del Cliente.

- 7.3. Se anotará el método utilizado para medir la satisfacción del Cliente. Ejemplo: cuestionario, encuesta o "Checklist" de las diferentes etapas del proceso y la frecuencia de la medición con su gráfica de Medición de la Satisfacción del Cliente.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS (1)
ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-4 (2)
REVISIÓN NO. 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)

(7) MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS (1)
ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-5 (2)
REVISIÓN NO. 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)

(7) MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN AL CLIENTE

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ELABORACIÓN DE PROCESOS (1)
ÁREA RESPONSABLE: (3)

CÓDIGO: F-DCA-6 (2)
REVISIÓN NO. 0 (4)

FECHA: (5)

PÁGINA: DE (6)

(7) MEJORA DEL PROCESO

LAS ÁREAS REDACTARÁN LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA DETERMINADAS DEL RESULTADO DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS DE CALIDAD, DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN, DE LA AUTOEVALUACIÓN DE LA MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS, DE LA MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE, QUEJAS DE LOS CLIENTES, ASÍ COMO DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS DE MEJORA CON LA FINALIDAD DE QUE EL COMITÉ DE CALIDAD CUENTE CON LOS ELEMENTOS DE LA EFICACIA Y EFICIENCIA DE LOS PROCESOS PARA LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD DEL OIC EN EL INSTITUTO. EL FORMATO QUE SE DEBERÁ DE UTILIZAR ES EL F-DCA 18-A DEL PROCEDIMIENTO P-DCA-7 CONTROL DE ACCIONES CORRECTIVAS DE OPORTUNIDADES DE MEJORA.

3.4 PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE DOCUMENTOS

1.-Propósito.- Asegurar el control de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud incluyendo los externos, de tal forma que la documentación sea suficiente y que se encuentre disponible, a fin de poder verificar en todo momento si la calidad especificada es alcanzada, o se han tomado las acciones pertinentes de gestión de la calidad.

2.- Alcance.- Abarca todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

3.- Responsabilidades.-

- Comité de Calidad.- Autoriza los nuevos documentos o las modificaciones de los mismos.
- Titulares de las Áreas de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Auditoría Interna, Quejas, Responsabilidades, Unidad de Asuntos Jurídicos, Coordinación Administrativa, Coordinación de OIC Delegaciones y Titulares de los OIC Delegacionales del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud.-Proponen los nuevos documentos o las modificaciones a los mismos.
- Departamento de calidad.- Controla el registro y uso de los documentos de calidad incluyendo los de origen externo.
- Administrador del Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD).- Controlar y verificar los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, así como de la impresión de copias controladas y no controladas, con la previa autorización del Representante de la Dirección y del Departamento de Calidad.
- Usuarios del SADD.- Elaboración, revisión y aprobación según sea el caso de los documentos elaborados en el SADD en cada una de sus áreas.
- Personal de las áreas.- Elaboran, archivan y controlan todos los documentos a su cargo y son responsables de utilizar la versión vigente.

4.- Desarrollo.-

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Personal de las Áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, Responsabilidades, Asuntos Jurídicos, Coordinación Administrativa, Coordinación de OIC Delegacionales y Titulares de OIC Delegacionales.	Las actividades que afecten la calidad de nuestros servicios están escritas en documentos. El Titular de cada área aprueba los documentos y datos conforme a lo que establece el Procedimiento para la Elaboración de Documentos.
2	Titulares de Área, Coordinaciones y Asuntos Jurídicos.	Aprueban los procesos, procedimientos y documentos, los cuales son capturados en el SADD, para la autorización por parte del Comité de Calidad.
3	Comité de Calidad	Recibe los documentos nuevos o modificados a través del SADD y en junta se discuten y autorizan, donde se hace referencia en la minuta la autorización de los documentos; informando al Departamento de Calidad para su registro y su distribución.
4	Departamento de Calidad	<p>Una vez recibida la minuta, consulta la "Lista Maestra de Documentos" (F-DCA-6), anotando en ésta su código, nombre del documento, fecha emisión, número de revisión, vigencia, área de distribución por medio del SADD.</p> <p>Los documentos que deben considerarse como controlables son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Manual de Administración de Calidad M-DCA-1 2.-Manual de Plan de Calidad M-DCA-2 3.-Manual de Procesos y Procedimientos M-DCA-3 4.-Lista Maestra de Documentos 5.-Lista de Documentos Externos
5	Representante de la Dirección	Designa al personal del Departamento de Calidad que tendrá acceso a todas las partes que forman el Sistema de Administración de Documentos y Datos (SADD), quien será nombrado administrador del sistema SADD
6	Administrador del sistema SADD	<p>A este módulo solo se podrá acceder con una clave de administrador y una contraseña confidencial, que son responsabilidad del servidor público designado para esta función.</p> <p>El software incluye:</p> <p>Plantillas.-</p> <p>En esta pantalla el administrador examina las plantillas para los documentos y asigna el logotipo y/o logotipos del OIC en una Institución de Salud y SFP</p>

		<p>(Secretaría de la Función Pública).</p> <p>Usuarios.- En esta pantalla el administrador dará de alta a los Servidores Públicos del OIC que serán designados por los Titulares de Área y Coordinadores para elaborar, revisar o aprobar los documentos que forman el Sistema de Gestión de la Calidad. Capturando los datos personales, área y puesto a que pertenecen.</p> <p>Manual de Calidad.- En esta pantalla el administrador dará de alta las secciones del Manual de Calidad y la fecha en que se crearon tales como; Clave del Manual, Nombre de la Sección, Fecha de creación de la Sección y Portada del Manual de Calidad referenciado en el Procedimiento para la Elaboración de Documentos elaboración de procedimientos y manuales.</p> <p>Manual de Plan de Calidad.- En esta pantalla el administrador dará de alta las secciones del Manual de Plan de Calidad y la fecha en que se crearon tales como; Clave del Manual, Nombre de la Sección, Fecha de creación de la Sección y Portada del Manual de Calidad referenciado en el Procedimiento para la Elaboración de Documentos.</p> <p>Documentos.- En esta pantalla el administrador asigna los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad y deberá contener; un Catálogo de documentos. Los documentos pueden ser internos o externos</p> <p>Documentos Internos.- En esta pantalla se crean los documentos internos del OIC y como información debe de contener tipo de documento, clave y nombre del área, a la que se asignará el documento, clave y nombre del documento y fecha de creación del documento.</p> <p>Documentos Externos.- En esta pantalla se dan de alta los documentos externos y deberá contener la clave de documento, nombre del documento externo, área a la que se le asignara el documento y fecha ultima de actualización del documento, incluyendo los de la normateca.</p> <p>Los documentos Internos y Externos se incluyen en el formato F-DCA-7 Lista Maestra de Documentos con el código de identificación del formato F-DCA-8.</p> <p>Documentos Asignados.- En esta pantalla el administrador dará de alta a los usuarios responsables de aprobar, revisar y elaborar</p>
--	--	--

		<p>los documentos, así como la asignación para su ejecución, y deben contener puesto y documentos.</p> <p>Privilegios.- Esta pantalla permite al administrador dar privilegios de acceso a los usuarios en el SADD y permite ver los documentos que tiene asignados el personal y debe de contener; un numero de usuario que será identificado como ID, nombre del usuario, password y categoría del usuario.</p> <p>Liberación de Documentos.- En esta pantalla el administrador podrá ver la lista de los documentos que están listos para su liberación y ejecución.</p> <p>Documentos Pendientes.- En esta pantalla se podrán consultar los documentos que le pertenecen a otro documento. Como por ejemplo los documentos que le pertenecen a un proceso. La búsqueda de los documentos se puede hacer por clave del documento.</p> <p>Estatus.- En esta pantalla el administrador podrá conocer la situación en la que se encuentran los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.</p> <p>Traspaso.- En esta pantalla el administrador podrá realizar los traspasos de documentos de un usuario a otro cuando sea necesario hacerlo.</p> <p>Registros.- En esta pantalla el administrador podrá ver los registros, que son evidencia del trabajo que se desempeña dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, y que es parte del Procedimiento para el Control de Registros de Calidad.</p> <p>Obsoletos.- En esta pantalla el administrador podrá ver todas las versiones obsoletas de los documentos que se generan dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, conservándose esta información durante 2 años.</p> <p>Respaldo.- Esta pantalla permitirá al administrador hacer un respaldo del SADD, de manera programada o cada vez que sea necesario.</p> <p>Bitácora.- Esta pantalla permite conocer los movimientos que realizan los usuarios y el administrador del sistema. En esta pantalla el SADD registra quien entró al sistema, fecha en que entró, hora de ingreso y hora</p>
--	--	---

		<p>de salida, así como también que movimientos se realizaron con los documentos.</p> <p>Impresión.- El SADD permite la impresión de documentos, registros, listados maestros y reportes del sistema.</p>
7	Administrador del sistema SADD	<p>Otorga una clave de acceso y un password para acceder al sistema SADD a los usuarios designados por los titulares de área y coordinadores.</p> <p>El sistema esta diseñado para tener tantas licencias de usuarios como sean necesarias que se encuentran distribuidas de la siguiente forma:</p> <p>Titular del OIC en el una Institución de Salud Área de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno Área de Auditoria Área de Quejas Área de Responsabilidades Coordinación de OIC'S Delegacionales con sus 35 Órganos Internos Delegacionales y Regionales Unidad de Asuntos Jurídicos Coordinación Administrativa</p>
8	Titulares de área y coordinadores	<p>Nombran a los servidores públicos para acceder al Sistema de Gestión de la Calidad como usuarios del sistema SADD.</p>
9	Servidor público asignado y usuarios del SADD	<p>A este módulo solo se podrá acceder con una clave de usuario y una contraseña confidencial</p> <p>Por medio de este módulo se podrán ver los documentos que el usuario tiene que elaborar, revisar y aprobar para su posterior ejecución así como los registros que necesite consultar.</p> <p>Dentro del módulo de usuarios se tiene:</p> <p>Documentos Asignados.- En esté Módulo el Servidor Público designado como usuario podrá visualizar los documentos que tienen asignados, los documentos que tiene para elaborar, los documentos que tiene para revisar, los documentos que tiene para aprobar y registros elaborados por otros usuarios.</p> <p>Documentos para su Elaboración.- El Servidor Público asignado como usuario podrá ver los documentos que tiene para elaborar.</p> <p>Documentos para su Revisión.- El Servidor Público usuario que esté designado para la revisión de documentos podrá consultar y revisar los documentos que tiene para revisar.</p> <p>Documentos para su Aprobación.- En esta pantalla el Servidor Público usuario autorizado para la aprobación de documentos podrá verificar los documentos que tiene para aprobar.</p>

		<p>Revisión de Registros.- En esta pantalla el Servidor Público usuario podrá ver los registros de otros usuarios.</p>
10	Administrador del SADD	<p>Dentro del software del SADD incluirá los documentos que se generen en el Sistema de Gestión de la Calidad.</p>
11	Departamento de calidad	<p>Incluirá los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001 : 2000 y los propios del Sistema de Gestión de la Calidad del OIC en una Institución de Salud.</p> <p>Procedimiento para la Elaboración de P-DCA-1 Documentos Procedimiento para la Elaboración de P-DCA-2 Procesos Procedimiento para Control de los P-DCA-3 Documentos Procedimiento para Control de Registros P-DCA-4 de Calidad Procedimiento para Auditorias Internas de P-DCA-5 Control Procedimiento para Productos no P-DCA-6 Conformes Procedimiento para Acciones Correctivas P-DCA-7 Procedimiento para Acciones Preventivas P-DCA-8</p> <p>Los cuales pueden ser consultados por todas las áreas por medio del SADD y por medio de los documentos controlados que tengan dentro de su área.</p> <p>En cuanto a los Procesos generados en el Sistema de Gestión de la Calidad se podrán consultar en el SADD y por los usuarios asignados y tendrán físicamente en papel los documentos controlados que le apliquen al área correspondiente.</p> <p>Si dentro de los procesos alguna área necesita agregar un procedimiento o proceso, debe apegarse a las instrucciones de los Procedimientos P-DCA-1 para la Elaboración de Documentos y P-DCA-2 Procedimiento para la Elaboración de Procesos.</p>
12	Departamento de Calidad	<p>Sólo el Departamento de Calidad, con la autorización del Representante de la Dirección podrá emitir documentos para clientes o proveedores.</p> <p>Sella el "Documento Controlado" con tinta color azul a cada hoja y anota en el espacio correspondiente No. 1 al original; y seguirá un folio consecutivo para cada solicitante</p>

13	Titulares de Área, Coordinadores y Titular de Unidad de Asuntos Jurídicos	<p>Son los responsables de informar a su personal bajo su responsabilidad, que los documentos del SADD deben estar a disposición del personal involucrado que lo requiera, Estos documentos tendrán una vigencia de 2 años.</p> <p>Las versiones obsoletas de los documentos se guardan en el SADD. En el caso de los OIC Delegaciones el envío se realizará por medio de la Coordinación de OIC Delegacionales.</p>
----	---	--

3.4.1 Documentos de Origen Externo

Todo documento de origen externo que se reciba en el Órgano Interno de Control en una Institución de Salud y deba ser parte del Sistema de Gestión de la Calidad, debe controlarse.

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Departamento de Calidad	<p>El Departamento de Calidad mediante memoranda envía copia de las normas a los miembros del Comité de Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ISO-9000 : 2000 Fundamentos y vocabulario • ISO-9001 : 2000 Requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad • ISO-9004 : 2000 Mejora del desempeño • ISO-19011 Auditorías de Sistemas de Gestión de la Calidad. <p>A todos los Titulares de Área, Coordinadores y Titular de Unidad Jurídica.</p>
2	Departamento de Calidad	Diseña el formato F-DCA-8 (Control de documentos de origen externo) para ser llenado por parte de la Unidad de Asuntos Jurídicos.
3	Titulares de las Áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación, Quejas, Responsabilidades, Asuntos Jurídico, Coordinación Administrativa y Coordinación de OIC'S Delegacionales	Reciben copia de las Normas ISO-9000 y las integran a la carpeta Otros Documentos.
4	Unidad de Asuntos Jurídicos	Elabora la lista de documentos de origen externo, iniciando con las normas ISO-9000 y el Manual de Organización del OIC, después los legales y reglamentarios obtenida de la normateca.
5	Unidad de Asuntos Jurídicos	Envía a cada Titular y Coordinador la lista maestra de documentos para que incluya los documentos pertinentes
6	Titulares de Área y Coordinadores	Reciben lista maestra de documentos y agregan documentos. Envían memoranda a la Unidad de

		Asuntos Jurídicos
7	Unidad de Asuntos Jurídicos	Recibe listado de documentos que incluirá en una sola lista maestra de documentos la cual es enviada al Departamento de Calidad
8	Departamento de Calidad	Llena el formato F-DCA-8 vía SADD anotando el N° consecutivo, código, nombre del documento, área a la que se le asigna el documento organismo o área emisora y fecha de última actualización, conservándose debidamente ordenados, manteniendo la edición vigente, misma que se actualizará cada vez que se abroge o modifiquen los documentos externos, y que se encuentren a disposición del personal del Área para su consulta. Dicha Lista se enviara por correo electrónico a las áreas. En el caso de los OIC Delegacionales se realizara a través de la Coordinación de OIC Delegacionales, enviando ésta, copia de acuse de recibo por parte de los OIC Delegacionales.
9	Unidad de Asuntos Jurídicos	Pone a disposición de los servidores públicos, adscritos al O.I.C., los documentos de origen externo que será coincidente con la lista maestra de documentos normativos y manuales con que cuenta para lo cual en el caso de préstamo para su consulta, se registran los datos del solicitante en la relación denominada "Préstamo de Normatividad" que se maneja únicamente dentro de la Unidad.
10	Departamento de Calidad (Administrador del SADD)	Por medio del formato F-DCA-8 Lista de Control de Documentos de Origen Externo incluyendo la normateca, mantiene el control del registro por cada Área, actualizando en el SADD cada vez que sea notificado por éstas.

3.4.2 Lista Maestra de Documentos y lista de Control de Documentos de Origen Externo.

N°	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Departamento de Calidad	Revisa mediante SADD la Lista Maestra de Documentos (F-DCA-7) y verifica que no tenga errores de captura. La Lista Maestra de Documentos (F-DCA-7) contendrá los documentos de calidad internos y los documentos externos del (F-DCA-8).

5.- Documentos de Referencia.-

Manual de Gestión de Calidad M-DCA-1

Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1

6.- Vocabulario y Terminología.-

SADD	SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE DATOS Y DOCUMENTOS
ADMINISTRADOR DEL SADD	Servidor Público del departamento de calidad designado por el Representante de la Dirección que tendrá acceso a todas las partes que forman el SADD y es la responsable de otorgar privilegios a los usuarios del SADD dentro del sistema.
USUARIO DEL SADD	Servidores Públicos designados por los titulares de área para el uso del sistema SADD y que pertenecen al Sistema de Gestión de la Calidad, Sólo elaboran, o revisan o aprueban dentro del sistema SADD, lo referente a su área.

7.- Anexos.-

A continuación se anexan los formatos que en esta sección se describieron:

3.5 Procedimiento para el Control de Registros de Calidad

1.- *Propósito.*- Facilitar los lineamientos necesarios a los Servidores Públicos del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud, para los controles de: Identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempos de retención y disposición de los registros de calidad.

2.- *Alcance.*- Los lineamientos establecidos en este procedimiento, aplican a los registros requeridos por la norma ISO-9001:2000 que se generen en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

3.- *Responsables.*- Los Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados, son responsables de elaborar, mantener y controlar de acuerdo a este procedimiento, los registros requeridos por la norma ISO-9001:2000, para evidenciar la eficaz operación de los procesos y del SGC. La tabla 2 muestra la matriz para la identificación de códigos de los registros de calidad (Tabla 2, Pág. 117).

Requisito	Código	Registro	Área responsable
5.6.1	R-XXX-1	Resultados de la Revisión por la dirección	Comité de Calidad
6.2.2	R-XXX-2	Educación, formación, habilidades y experiencia	Coordinación Administrativa..
7.2.2	R-XXX-3	Resultados de la Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	Todas las áreas
7.4.1	R-XXX-4	Resultados de la evaluación de proveedores	Coordinación Administrativa.
7.5.3	R-XXX-5	Identificación única del producto	Todas las áreas
8.2.2	R-XXX-6	Resultados de las auditorias internas	Departamento de Calidad
8.2.4	R-XXX-7	Conformidad del servicio con los criterios de aceptación e identificación de la autoridad responsable de su liberación	Todas las áreas
8.3	R-XXX-8	Naturaleza de las no conformidades	Todas las áreas
8.5.2	R-XXX-9	Resultados de las acciones correctivas	Todas las áreas
8.5.3	R-XXX-10	Resultados de las acciones preventivas	Todas las áreas

Tabla 2

Nota: En el caso de los procesos de las áreas de Auditoria Interna, Auditoria de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Responsabilidades, Quejas, y Asuntos Jurídicos, deberán identificar, documentar y mantener los registros que en la columna de “ área responsable “ diga “todas las áreas”.

En el caso de los procesos descritos a continuación, además de los registros anteriores, deberán identificar, documentar y mantener los registros siguientes:

- T-TOI-1** Resultados de la Revisión por la Dirección (R-TOI-1)
- T-CAD-5** Educación, formación, habilidades y competencia (R-DRH-2)
- T-CAD-2** Resultados de la evaluación a proveedores (R-DRF-4)
- T-DCA-1** Resultados de auditorias internas (R-DCA-6)

Los Titulares de Área, Coordinador Administrativo, Coordinador de OIC’S Delegacionales, Titulares de OIC’s Delegacionales, y Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos, son responsables en sus áreas, del cumplimiento de este procedimiento.

El Departamento de Calidad es responsable de la elaboración, actualización y distribución de este procedimiento.

4.- Procedimiento.-

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1.-	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Elaboración</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborarán los registros en papel con tinta nunca con lápiz, asegurando siempre que sean legibles y entendibles. • Los registros, serán codificados de acuerdo con lo establecido en este procedimiento (Anexo 2), así como de los procedimientos Elaboración de Procesos P-DCA-2 Y Control de Documentos P-DCA-3 • Los formatos para los registros deberán ser llenados totalmente conforme a su contenido, es decir no se deben dejar espacios en blanco. En caso de no llenarse

		<p>se escribirá la abreviatura No Plica o cancelará el espacio con una línea transversal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de haber errores, se corregirán tachándolos y escribiendo la corrección a un lado, poniendo las iniciales de quien corrige y la fecha de la corrección • Todos los registros deberán tener la antefirma de quien los elabora y estar firmados por quien supervisa los resultados o la actividad desempeñada. • Los registros una vez elaborados, deberán mantenerse y controlarse en el área donde se operan los procesos, aplicando los lineamientos de este procedimiento.
2	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Identificación , Almacenamiento y Recuperación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez elaborados los registros los identificarán, clasificándolos de acuerdo con su tipo y fecha y los almacenarán por medio de carpetas o folders en contenedores o archiveros debidamente señalizados por fuera para su fácil consulta y recuperación.
3	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Protección</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servidores públicos responsables, protegerán los registros en condiciones seguras, sin posibilidad de extravío, daño o deterioro parcial o total, (zonas secas, ventiladas y accesibles a los involucrados en el SAC)
4	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Retención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Los registros generados en el SAC, serán retenidos por 2 años de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento de Control de Documentos P-DCA-3.
5	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Disposición</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez concluido el tiempo de retención, los servidores públicos responsables revisarán los registros para su actualización o eliminación, en este último caso, deberán tener un control de los registros eliminados.
6	Jefes de Unidad, Jefes de Departamento y servidores públicos involucrados	<p><i>Control</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • De existir alguna actualización, modificación o elaboración de un nuevo registro, deberá comunicarse al Departamento de Calidad por medio impreso.
7	Departamento de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Mantendrá actualizado este procedimiento

5.- Referencias.-

Código	Título	Área	Tiempo de retención
M-DCA-1	Manual de Gestión de la Calidad	Depto. de Calidad	2 años
P-DCA-1	Elaboración de Procedimientos y Manuales	Depto. de Calidad	2 años
P-DCA-2	Elaboración de Procesos	Depto. de Calidad	2 años
P-DCA-3	Control de Documentos	Depto. de Calidad	2 años

6.- Definiciones y Terminología.-

Término	Definición
Registro	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.

7.- Anexos.-

A continuación se anexan algunos ejemplos para la codificación de los registros de calidad.

Ejemplos para la codificación de los registros de calidad

PROCESO	ÁREA RESPONSABLE	REGISTRO A CODIFICAR	CODIFICACIÓN		
			Dígito asignado al registro de calidad en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Siglas asignadas a las distintas unidades administrativas del OIC en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Número asignado al registro de calidad en la matriz de registros (anexo 1) de este procedimiento
T-DCA-1	Departamento de Calidad	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	DCA	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	DCA	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	DCA	7
		8.2.2. Resultado de Auditorías Internas	R	DCA	6
		8.3 No Conformidad	R	DCA	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	DCA	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	DCA	10
T-TOI-1	Titular del OIC	5.6.1 Revisión por la Dirección	R	TOI	1
		7.2.2 Revisión de los requisitos	R	TOI	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	TOI	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	TOI	7
		8.3 No Conformidad	R	TOI	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	TOI	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	TOI	10
T-ACE-1	Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	DCR	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	DCR	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	DCR	7
		8.3 No Conformidad	R	DCR	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	DCR	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	DCR	10

PROCESO	RESPONSABLE	REGISTRO A CODIFICAR	CODIFICACIÓN		
			Dígito asignado al registro de calidad en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Siglas asignadas a las distintas áreas en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Número asignado al registro de calidad en la matriz de registros (anexo 1) de este procedimiento
T-AAI-1	Área de Auditoría Interna	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	UOA	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	UOA	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	UOA	7
		8.3 No Conformidad	R	UOA	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	UOA	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	UOA	10
T-ARE-1	Área de Responsabilidades	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	URB	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	URB	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	URB	7
		8.3 No Conformidad	R	URB	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	URB	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	URB	10
T-AQU-1	Área de Quejas	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	DQA	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	DQA	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	DQA	7
		8.3 No Conformidad	R	DQA	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	DQA	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	DQA	10
T-COI-1	Coordinación de OIC's Delegacionales	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	COI	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	COI	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	COI	7
		8.3 No Conformidad	R	COI	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	COI	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	COI	10

PROCESO	RESPONSABLE	REGISTRO A CODIFICAR	CODIFICACIÓN		
			Dígito asignado al registro de calidad en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Siglas asignadas a las distintas áreas en el Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales P-DCA-1	Número asignado al registro de calidad en la matriz de registros (anexo 1) de este procedimiento
T-OIC-1	OIC Aguascalientes	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	AGS	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	AGS	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	AGS	7
		8.3 No Conformidad	R	AGS	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	AGS	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	AGS	10
T-CAD-5	Departamento de Recursos Humanos, Formación y Competencia	6.2.2 Educación, formación, habilidades y experiencia	R	DRH	2
		7.2.2 Revisión de los requisitos	R	DRH	3
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	DRH	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	DRH	7
		8.3 No Conformidad	R	DRH	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	DRH	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	DRH	10
T-CAD-2	Departamento de Recursos Financieros y Materiales	7.2.2 Revisión de los requisitos	R	DRF	3
		7.4.1 Evaluación de proveedores	R	DRF	4
		7.5.3 Identificación Única del Servicio	R	DRF	5
		8.2.4 Conformidad del Servicio	R	DRF	7
		8.3 No Conformidad	R	DRF	8
		8.5.2 Acciones Correctivas	R	DRF	9
		8.5.3 Acciones Preventivas	R	DRF	10

3.6 PROCEDIMIENTO PARA AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

1.- Propósito.- Verificar y dar seguimiento a la implantación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud.

2.- Alcance.- Este procedimiento aplica a todo el Sistema de Gestión de la Calidad en el Órgano Interno de Control en una Institución de Salud.

3.-Responsabilidades.- Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno a través del Departamento de Calidad, aprobar y supervisar las Auditorías Internas de Calidad al Sistema de Gestión de la Calidad, para evaluar la efectividad del mismo, por personal competente dentro del OIC, y verificar la ejecución de las acciones correctivas y preventivas necesarias para la eliminación de las no conformidades y observaciones detectadas en las auditorías.

Es responsabilidad del Representante de la Dirección, informar al Titular del OIC y al Comité de Calidad, los resultados obtenidos en las auditorías realizadas.

Es responsabilidad del Departamento de Calidad, elaborar y cumplir el programa anual de auditorías internas de calidad. También es responsable de elaborar el Plan de Auditoría junto con el auditor líder, y de que las auditorías internas de calidad se lleven a cabo por auditores competentes independientes de aquel que tenga la responsabilidad directa sobre la actividad a ser auditada y de que se lleven los registros de calidad por cada auditoría practicada.

4.- Desarrollo.-

PROGRAMA DE AUDITORIA:

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Jefe del Departamento de Calidad	En coordinación con el Auditor líder elabora el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad (F-DCA-9), considerando la realización de una auditoria interna de calidad antes de cada revisión de mantenimiento por parte del organismo certificador. Dicho programa es susceptible de cambio de acuerdo a las necesidades del sistema. En este programa se indicara: <ol style="list-style-type: none"> 1. El año que corresponde. 2. Fechas de realización de la auditoria. 3. Firma de quien elaboró, revisó y aprobó. Se envía el formato a través del SADD para su aprobación, al Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación.
2	Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación	Recibe y revisa el programa anual de auditorías internas de calidad (F-DCA-9).En caso de modificar el programa, hace sus comentarios en el mismo y lo regresa al Departamento de Calidad actividad 1. Cuando está de acuerdo con el programa aprueba en el SADD y lo presenta al Titular del OIC en el Comité de Calidad para su autorización.
3	Comité de Calidad	Revisan el programa anual y en caso de estar de acuerdo se autoriza y anota en la Minuta del Comité de Calidad.
4	Departamento de Calidad/ Auditor Líder	Una vez aprobado por el Comité de Calidad, envía el Programa Anual de Auditorías Internas a los Titulares de cada Área a través de los usuarios designados del SADD.
5	Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación	De acuerdo con lo establecido en el Programa Anual de Auditorías Internas de Calidad F- DCA-9, autoriza las revisiones, para lo cual instruye al Departamento de Calidad (Auditor Líder), de preparar el Plan de Auditoria correspondiente.
ETAPA DE PLANEACIÓN		
6	Departamento de Calidad / Auditor Líder	Elabora el Plan de Auditorías Internas de Calidad, llenando el formato F-DCA-10 diseñado en forma flexible con el fin de permitir cambios durante la auditoria con los auditados por punto de la norma, el cual deberá contener lo siguiente: <ol style="list-style-type: none"> 1. No. de auditoria y Fecha 2. Horario estimado 3. No. de auditor y nombre de auditor 4. Requisitos a auditar 5. Actividad 6. Áreas a auditar 7. Personal a auditar Considerando a personal competente del OIC de acuerdo al T-DCA-3 "Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad", cuidando que el auditor interno de calidad designado no se le programen actividades dentro del área a que esta adscrito.
7	Auditor líder	Elabora oficio con copia del Plan de Auditorías Internas de Calidad (F-DCA-10) y entrega a los auditores internos que participarán y a los responsables de cada área, cuando menos una semana antes de la auditoria.

8	Auditor líder	Selecciona al equipo auditor. En base al "Proceso de Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad" T-DCA-3
9	Auditor líder y Auditores	Antes, durante y después de la auditoria deberán conducirse con profesionalidad e integridad de acuerdo al T-DCA-3 . Deberán tener copia de las normas ISO-9000 : 2000, ISO 9001: 2000, ISO 9004 e ISO 19011, elaborar la Lista de Verificación (F-DCA-11) y tener los formatos de No Conformidades (F-DCA-13).
10	Auditor	Deberán durante esta fase, recabar y estudiar toda la documentación necesaria para la auditoria, además prepararán los formatos de Lista de Verificación F-DCA-11, de No Conformidades F-DCA-13.

ETAPA DE REALIZACIÓN IN SITU

1	Auditores y Auditados	Reunión de apertura. Es dirigida por el auditor líder presentándose el día y hora señalada en el lugar convenido en donde se pasa lista, tanto a auditados como a auditores; en donde el auditor líder expone el objetivo y alcance de la auditoria, método y procedimientos a utilizarse llenando la Lista de Asistencia de Apertura y Término F-DCA-12.
2	Auditores	Se entrevistan con el personal auditado o área a auditar y comienza a recabar datos anotando en el F-DCA-11 "Lista de Verificación". Cualquier No conformidad detectada deberá ser notificada al responsable del área y anotarse en la Lista de Verificación y consultada con el auditor Líder.
3	Auditor Líder y Auditores	Se reúne el equipo auditor para analizar sobre los hallazgos y verifican si proceden o no.
4	Auditores	La No conformidad detectada en la Lista de Verificación y la técnica de la entrevista es documentada en el Formato F-DCA-13 "Informe de No Conformidades", describiendo la No Conformidad con evidencias, firmando el responsable del área auditada, auditor y auditor líder. Se llenara un formato por cada no conformidad su registro de calidad R-DCA-8 en cada hoja.
5	Auditados	Llenaran el formato de no conformidades de acuerdo al Procedimiento P-DCA-6. También deberán llenar los formatos de acciones correctivas de acuerdo al procedimiento P-DCA-7 y en su caso de acciones preventivas de acuerdo al procedimiento P-DCA-8, informándole al Departamento de Calidad para su registro en el SADD.
6	Auditor Líder y Auditores	Reúnen las hojas de los puntos auditados, Lista de Verificación con observaciones en su caso, Hallazgos, No Conformidades; analizándolas para integrar el Informe Final de Auditoria.

ETAPA DE CIERRE

1	Auditor Líder	Elabora el Informe Final de Auditoria Interna de Calidad llenando el formato F-DCA-14 incluyendo el objetivo y alcance de la auditoria, el método utilizado en la ejecución de la revisión considerando que una No-conformidad mayor, es cuando afecta a todo el Sistema y no cumple con el requisito de la norma. Se incluyen todas las observaciones como indicadores de mejora y se elaboran las conclusiones del equipo de auditoria y lo presenta en la reunión de cierre de la auditoria. El registro de calidad se anotara en la parte superior R-DCA-6
---	---------------	---

2	Audidores y Auditados	Reunión de cierre. Es dirigida por el auditor líder presentándose el día y hora señalada en el lugar convenido en donde se pasa lista, tanto a auditados como auditores.
3	Auditor Líder	Envía a través del SADD en las áreas de los auditados el F-DCA-14 Informe de Auditoria de Calidad para su aplicación en las acciones correctivas y preventivas que propusieron, y en la Junta del Comité de Calidad se discutirán y aprobarán, cerrando la Auditoria Interna de Calidad y queda sustentada en la Minuta de la Revisión del OIC, como registro de calidad y acción de mejora. Cuando las acciones preventivas y correctivas no se estén llevando a cabo por situaciones fuera del alcance del Titular del Área o Coordinación, el Área de Auditoria de Control y Evaluación y Representante de la Dirección y el Titular del OIC apoyarán con los recursos y lineamientos necesarios para su cumplimiento.
4	Audidores	Al término de la auditoria deben de medir y evaluar el proceso de la misma por medio del F-DCA-14, el cual reflejara que se cumplió con dicho proceso para la elaboración de ésta.
ETAPA DE SEGUIMIENTO		
1	Auditor Líder y auditores	De acuerdo al plan de auditoria deberán seguir y revisar a intervalos apropiados para poder verificar si se han cumplido con las recomendaciones para solventar las no conformidades, mayores o menores así como las oportunidades de mejora en las áreas auditadas; comunicando al comité de calidad de los resultados de éstas para dar por concluida la auditoria de calidad.
2	Titular de los OIC Delegaciones	En el caso de los OIC Delegacionales el Titular del OIC en el estado será el responsable de verificar si se han cumplido con las recomendaciones y solventado las no conformidades e informara al departamento de Calidad cuando eso suceda, y éste informe al Comité de Calidad. FIN DEL PROCEDIMIENTO

5.- Documentos de Referencia.-

Manual de Gestión de la Calidad M-DCA-1

Norma NMX-CC-SAA-19011-IMNC-2002 Directrices para la Auditoria del Sistema de Gestión de la Calidad.

6.- Definiciones y Terminología.-

AUDITORIA	Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.
HALLAZGO	Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoria

CRITERIOS DE AUDITORIA	Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos utilizados como referencia.
NO CONFORMIDAD	Incumplimiento de un requisito
NO CONFORMIDAD MAYOR	El incumplimiento, ausencia o la no aplicación parcial de un requisito del Sistema de Gestión de la Calidad, y que afectan directamente al Sistema
NO CONFORMIDAD MENOR	Afecta a la calidad del servicio, no afecta directamente al Sistema de Gestión de la Calidad

7.- Anexos.-

A continuación se anexan los formatos que en esta sección se describieron:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

LISTA DE VERIFICACIÓN DE PERSONAL ENTREVISTADO (2)
 ÁREA REVISADA: (1)

CÓDIGO: F-DCA-11 (2)
 AUDITOR: (3)

FECHA:

PÁGINA: DE

NO. (4)	REQUISITO (5)	SUBREQUISITO (6)	PREGUNTAS (7)	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD					OPORTUNIDAD DE MEJORA (13)
				HALLAZGOS					
				NO APLICA (8)	CONFORMIDAD		NO CONFORMIDAD		
ESTÁ DOCUMENTADO (9)	ESTÁ IMPLEMENTADO (10)	MENOR (11)	MAYOR (12)						
CONCLUSIONES: (14)									

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

- | | | |
|-------------|------------------------------|--|
| (1) | ÁREA REVISADA | SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL ÁREA AUDITADA |
| (2) | PERSONAL ENTREVISTADO | SE ANOTARÁ EL NOMBRE DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y DEL RESPONSABLE DEL REQUISITO |
| (3) | AUDITOR | SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL AUDITOR INTERNO |
| (4) | No. | SE ANOTARÁ EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LA PREGUNTA |
| (5) | REQUISITO | SE ANOTARÁ EL NÚMERO DEL REQUISITO DE LA NORMA ISO 9001:2000 |
| (6) | SUBREQUISITO | SE ANOTARÁ EL NÚMERO DEL SUBREQUISITO DE LA NORMA ISO 9001:2000 |
| 7) | PREGUNTAS | SE ANOTARAN PREGUNTAS SOBRE LOS DEBES DE LA NORMA QUE CORRESPONDAN AL REQUISITO DE LA NORMA |
| (8) | NO APLICA | EN CASO DE QUE UN REQUISITO DE NORMA NO APLIQUE SE ANOTARA N.A. |
| (9) | ESTA DOCUMENTADO | SE ANOTARÁ LA PALABRA “SI” O “NO” SI SE TIENE O NO DOCUMENTOS |
| (10) | ESTA IMPLEMENTADO | SE ANOTARÁ LA PALABRA “SI” O “NO” SI SE CUENTA O NO CON LOS REGISTROS DE CALIDAD |
| (11) | MENOR | SE ANOTARÁ LA PALABRA “SI” EN CASO DE DETECTAR LA NO CONFORMIDAD MENOR Y SE DEJARÁ EN BLANCO CUANDO NO EXISTA |
| (12) | MAYOR | SE ANOTARÁ LA PALABRA “SI” EN CASO DE DETECTAR LA NO CONFORMIDAD MAYOR Y SE DEJARÁ EN BLANCO CUANDO NO EXISTA |
| 13) | OPORTUNIDAD DE MEJORA | SE ANOTARÁ LA PALABRA “SI” CUANDO SE DETECTE LA EXISTENCIA DE UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA |
| (14) | CONCLUSIONES | SE ANOTARÁ LA SUMA DE LAS NO CONFORMIDADES MENORES, MAYORES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA QUE SE HAYAN DETECTADO, EN CASO DE NO EXISTIR SE ANOTARÁ QUE CUMPLE TOTALMENTE CON LOS REQUISITOS DE LA NORMA |

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

LISTA DE ASISTENCIA DE INICIO Y TÉRMINO DE AUDITORÍA
AUDITORIAS INTERNAS DE CONTROL

CÓDIGO: F-DCA-12
AUDITOR:

FECHA:

PÁGINA: DE

APERTURA

CIERRE

NOMBRE	PUESTO	FIRMA	FECHA	HORA	FIRMA	FECHA	HORA

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

INFORME DE NO CONFORMIDADES
DEPARTAMENTO DE AUDITOTIAS INTERNAS

CÓDIGO: F-DCA-13
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

ÁREA DEL OIC:	FECHA/ HORA DE LA AUDITORIA:
MANUAL DE REFERENCIA:	PROCESO:
REQUISITO DE LA NORMA:	PROCEDIMIENTO:
NO CONFORMIDAD MENOR:	NO CONFORMIDAD MAYOR:

DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD

AUDITOR: _____

AUDITOR LÍDER: _____

FECHA: _____

PERSONAL RESPONSABLE: _____

FIRMA: _____

SE NOTIFICARÁ AL RESPONSABLE DEL REQUISITO 8.3 PARA SU CONTROL Y REGISTRO

FECHA: _____

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

INFORME DE OPORTUNIDADES DE MEJORA
DEPARTAMENTO DE AUDITOTIAS INTERNAS

CÓDIGO: F-DCA-14
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

ÁREA DEL OIC:

FECHA/ HORA DE LA AUDITORIA:

MANUAL DE REFERENCIA:

PROCESO:

REQUISITO DE LA NORMA:

PROCEDIMIENTO:

DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA

AUDITOR: _____

AUDITOR LÍDER: _____

FECHA: _____

PERSONAL RESPONSABLE: _____

FIRMA: _____

SE NOTIFICARÁ AL RESPONSABLE DEL REQUISITO 8.5.2 PARA SU CONTROL Y REGISTRO

FECHA: _____

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

INFORME DE AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
DEPARTAMENTO DE AUDITOTIAS INTERNAS

CÓDIGO: F-DCA-15
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

No. DE AUDITORIA:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE TÉRMINO:
-------------------	------------------	-------------------

Área Auditada:

Representante de la Dirección:

Auditor Líder:

Alcance:

Objetivo:

Ejecución de la Auditoria:

Conclusiones:

AUDITOR LÍDER	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

3.7 PROCEDIMIENTO PARA PRODUCTO NO CONFORME

1.- Propósito.- Controlar las no conformidades que se detecten dentro del Sistema de Gestión de la Calidad y comprobar que todas y cada una de ellas regularicen su situación antes de que sean liberadas y las áreas realicen acciones eficientes para evitar su recurrencia.

2.- Alcance.- Aplica a las no conformidades que se presentan en el cumplimiento de los requisitos de la norma en todas las áreas involucradas en el Sistema de Gestión de la Calidad.

3.- Responsabilidades.- Los Titulares de Auditoría Interna, de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno , Quejas, Responsabilidades, Unidad de Asuntos Jurídicos, Coordinación Administrativa, Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales, y Órganos Internos de Control Delegacionales, son responsables de solventar los productos no conformes.

El Departamento de Calidad es responsable del control y seguimiento de Productos no conformes.

4.- Procedimiento.-

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titulares de Área, Coordinadores.	Designan al servidor público (Usuario) quien se encargará de operar el Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD)
2	Titulares de Área, Coordinadores.	<p>Enviarán a través del Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD), al Departamento de Calidad, las no conformidades del resultado de Auditorías Internas y Externas, de la Auto evaluación, de la Medición y Seguimiento de procesos, de la Medición y Seguimiento del Servicio, efectuada en las distintas etapas de los procesos por lo cual, deberán de utilizar los siguientes formatos:</p> <p>En el formato F-DCA-16 Control de Producto No Conforme se registraran los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Control del Producto No Conforme Área Auditada • Número de Auditoria o Expediente • Unidad Auditora o Área • Titular o Funcionario Responsable • Periodo Revisado • Descripción del Producto No Conforme • Seguimiento del producto no conforme <p>Ver el instructivo anexo</p> <p>Cuando se corrija un producto no conforme debe de someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos establecidos.</p> <p>Así mismo la aplicación de las acciones correctivas y preventivas que se generen hasta su solventación, deberán de llenar el formato F-DCA-18 Acciones Correctivas y en su caso el formato F-DCA-19 Acciones Preventivas.</p>
3	Titulares de OICD	Cuando se presenten No Conformidades en los resultados mencionados en el punto número 2 deberán de llenar el formato F-DCA-16 "Control de Producto No Conforme", debidamente requisitado como se indica en el instructivo, y mediante oficio y correo electrónico, enviarlos a la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional para su incorporación al Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD).
4	Departamento de Calidad.	Verificará en el Sistema de Administración de Datos y Documentos los formatos ; Control de Producto No Conformes, Seguimiento de producto No Conformes, Acciones Correctivas y en su caso, el formato Acciones Preventivas autorizados por el Titular de Área o Coordinadores y procederá al llenado del formato F-DCA17 " Resumen de Producto No Conforme", donde se informará al Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación, el total de las no conformidades y su estado actual en que se encuentran las mismas (Solventadas o en Proceso).
6	Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	Informará al Titular del Órgano Interno de Control y al Comité de Calidad sobre la situación en que se encuentran las no conformidades.
7	Comité de Calidad	En caso de que una o más no conformidades resulten recurrentes decidirá las acciones a seguir e informará al Departamento de Calidad y al Área correspondiente

5.- Referencias.-

Documentos Relacionados			
Código	Título	Tipo de Documento	Revisión
MGC	Manual de Administración de la Calidad	Manual	3
T-TOI-	Responsabilidad de la Dirección	Procedimiento	3
SADD	Sistema de Administración de Datos y Documentos	Sistema	3

6.- Definiciones y Terminología.-

Definición de Términos Usados en este Documento	
Término	Definición
Auditoria	Proceso sistemático, e independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoria y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoria.
No Conformidad	Incumplimiento de un requisito
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar la causa de una inconformidad, potencial u otra situación potencialmente indeseable.
Acción Correctivas	Acción tomada para eliminar la causa de una inconformidad, detectada u otra situación indeseable.
Liberación	Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso.
Registro	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencias de actividades desempeñadas.
Inspecciones	Evaluaciones de la conformidad por medio de observaciones y dictamen acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo /prueba o comparación.
Desecho	Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto
Reproceso	Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos establecidos.

7.- Anexos.-

A continuación se anexan los formatos que en esta sección se describieron:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES (1) R-DCA-8
 ÁREA RESPONSABLE (3)

CÓDIGO: F-DCA-16 (2)
 REVISIÓN: 0 (4)
 FOLIO NO.: (5)

FECHA: (6)

PÁGINA: DE (7)

CONSECUTIVO DE NO CONFORMIDADES (8)	ÁREA AUDITADA (9)	PERIODO REVISADO (10)	CLAVE DEL PROCESO NÚMERO DE AUDITORIA EXPEDIENTE Y OTROS (11)	UNIDAD AUDITORA U OTROS (12)	FUNCIONARIO RESPONSABLE (13)	NO CONFORMIDAD (14)			SEGUIMIENTO (15)			
						DESCRIPCIÓN	MAYOR	MENOR	A	B	C	

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NO
CONFORMIDADES R-DCA-8

CÓDIGO: F-DCA-16
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

INSTRUCTIVO DEL FORMATO CONTROL Y SEGUIMIENTO DE NO CONFORMIDADES.

1.-Control y Seguimiento de No Conformidades.- Es el título del formato, incluyendo el registro de calidad (R-DCA-8).

2.- Código: Es la codificación del formato correspondiente a las No Conformidades.

3.- Área Responsable.- Es el área o la unidad de trabajo donde se determino la no conformidad.

4.- Revisión.- Es el número de la última revisión (actualizada).

5.- Número de Folio.- Es la clave de identificación del área más el consecutivo del formato utilizado, más año de ejecución.

6.- Fecha.- Se anotará la fecha de elaboración del formato.

7.- Página.- Son las hojas utilizadas en la descripción de las No conformidades.

9.- Área Auditada.- La Unidad donde se realiza la auditoria.

10.- Periodo Revisado.- Es el periodo a revisar o auditar.

11.- Número de Auditoria, Clave del Proceso, Número de Expediente u Otros.- Es el número de identificación (Trazabilidad) de la auditoria interna o externa, Clave del Expediente (Área de Quejas, Responsabilidades o Jurídico), la clave del proceso u otras actividades de operación donde se determinaron las no conformidades, las cuales serán sujetas a evaluar conforme a los requisitos que establece la norma ISO 9000:2000.

12.- Unidad Auditora o Área.- Es la Unidad Administrativa Interna o Externa encargada de llevar a cabo la auditoria.

13.- Titular o Funcionario Responsable del Área.- Es el servidor público responsable del área revisada y de solventar la no conformidad.

14.- No Conformidad.- Es la descripción de la No Conformidad y su clasificación por tipo de no conformidad, es decir mayor o menor.

15.- Seguimiento.- De las tres alternativas que brinda la norma ISO 9000:2000 al responsable de la no conformidad de que decida una de ellas a utilizar con el propósito de que sea solventada la no conformidad, siendo las siguientes.

A.- Re-trabajar hasta satisfacer los requisitos establecidos por la norma para la eliminación de la no conformidad.

B.- Aceptar o liberación autorizada para su uso bajo concesión por una autoridad relevante o en el caso, de su verificación para su aplicación por el cliente.

C.- Rechazar o implementar acciones que imposibiliten su uso o aplicación original.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

RESUMEN DE NO CONFORMIDADES R-DCA-8
ÁREA RESPONSABLE

CÓDIGO: F-DCA-17
REVISIÓN: 0
FOLIO NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: DE

NÚMERO DE CONTROL	ÁREA AUDITADA	FOLIO DE LA NO CONFORMIDAD	NO CONFORMIDAD (14)			FOLIO DE ACCIÓN CORRECTIVA	ACCIÓN CORRECTIVA	SITUACIÓN ACTUAL	
			DESCRIPCIÓN	MAYOR	MENOR			SOLVENTADA	PROCESO

3.8 PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES CORRECTIVAS

1.- *Propósito.*- Eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales mediante la aplicación de acciones correctivas.

2.- *Alcance.*- Este procedimiento aplica a todos y cada uno de los procesos en donde se requiera acciones correctivas, para el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad en una Institución de Salud.

3.-*Responsabilidad.*- Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, verificar que los Titulares de las Áreas, Coordinador Administrativo, Coordinador de Órganos Internos de Control, Unidad de Asuntos Jurídicos y Órganos Internos de Control Delegacional la aplicación de acciones correctivas a las No Conformidades detectadas e informar al Departamento de Calidad, de las acciones correctivas adaptadas y su seguimiento hasta solventar las no conformidades.

4.- *Desarrollo.*-

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titular de Área, Coordinadores	Designan al Usuario del Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD) para su integración y será quien se encargará de operar el sistema y de registrar en el formato F- DCA-18 Acciones Correctivas elaborado por el área correspondiente.
2	Titular de Área, Coordinadores,	Cuando se generen No Conformidades en los procesos por servicios en la operación, quejas de los clientes o por resultados de Auditorias Internas y Externas de Calidad, Revisión de la Dirección, la Auto evaluación, Medición y Seguimiento de Procesos. Medición y Seguimiento del Servicio, así como la Mediciones de la Satisfacción del Cliente, efectuada en las distintas etapas de los procesos deberán de investigar las causas del problema con la finalidad de eliminar la no conformidad o prevenirla con la implementación de controles antes de que esta se agrave, las cuales serán turnadas a los Jefes de Unidades o Jefes de Departamento y auditores con el propósito de realizar la investigación e implementar las acciones correctivas.
3	Jefes de Departamento y Auditores	Reciben el informe de las no conformidades y proceden a llevar a cabo la investigación y posteriormente la aplicación de las acciones correctivas así como de la elaboración del Formato F-DCA-18 "Reporte de Acciones Correctivas" señalando las acciones aplicadas a las No conformidades, se deberá de considerar las situaciones

		<p>siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre del formato: reporte de acciones correctivas R-DCA-9 • Código : es la clave asignada al formato del procedimiento F-DCA-18 • Área responsable: Es el área donde se determino la no conformidad. • Fecha: Es la fecha de elaboración del reporte de acción correctiva. • Página: Es el número de hojas utilizadas en la descripción del reporte de acciones correctivas (Normalmente es una hoja por cada una de las no conformidades). • Folio Número: Es la codificación establecida en el P-DCA-1 Procedimiento para la Elaboración de Procedimientos y Manuales mas el número consecutivo de la acción correctiva generada por cada una de las áreas del OIC. • Antecedentes: Se indica de donde se deriva la no conformidad, es decir, de Informes o Reportes de no Conformidad; Auditoria Interna o Externa de Calidad, Revisión por la Dirección u otros. • No Conformidad: Breve descripción de la No Conformidad. • El Origen de las Causas: Se anotará el origen de la no conformidad. • Acción Correctiva: Se anotará la acción sugerida a aplicar para la solventación • Responsable de Aplicar la Acción Correctiva : Se anotará el servidor público encargado de llevar a cabo la investigación e implementación de las acciones correctivas de solventación a la no conformidad • Responsable de Aprobar la Acción: Se anotará al Titular del área el encargado de aprobar las acciones correctivas. • Tiempo Aproximado para Implantar la Acción Correctiva, se anotará los días para solventar la no conformidad. • Fecha de Inicio: A partir del día que inicia la investigación. Sobre la no conformidad. • Explicar Brevemente el Resultado de la Acción Correctiva • Fecha de Cierre o Término: Solo si ya se ha implantado y fuera efectiva la acción correctiva. • Verificó la Implementación de la Acción: Se anotará el nombre, puesto, firma de los auditores internos de calidad, el personal del departamento de calidad o en su caso los titulares de los OICD los encargados de realizar la supervisión o verificación de la implementación de las acciones correctivas. • Es Necesario una Nueva Acción Correctiva: Si las acciones correctivas son o no suficientes y efectivas para la solventación de la no conformidad • Referencia de un nuevo reporte o acciones correctivas. Son cuando las acciones correctivas no son efectivas y es necesario que implementen nuevas acciones: Se deberá de elaborar otro formato refiriéndose a la no conformidad señalando las acciones correctivas que no fueron suficientes para solventarla. <p>Quando sea necesario la emisión de un nuevo formato de acciones correctivas se deberá de turnarlo al usuario del SADD para su incorporación a dicho sistema.</p>
4	Usuario del SADD	Recibe el formato F-DCA-18 "Reporte de Acciones Correctivas",

		debidamente requisitado y lo registra en el Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD) para su revisión y aprobación por el Titular de Área ó Coordinadores.
5	Titulares de OICD	Cuando se presenten No conformidades en los resultados antes mencionados en el punto número 2 deberán de llevar a cabo acciones inmediatas apropiadas para su eliminación y prevenir su recurrencia, deberán de llenar el formato F-DCA-18 "Reporte de Acciones Correctivas", debidamente requisitado para su registro en el Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD) para su aprobación por la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional, de no existir inconvenientes será liberado en el sistema.
6	Coordinación de OICD	Recibe el formato F-DCA-18 "Reporte de Acciones Correctivas", lo revisa que este debidamente requisitado y de no existir inconvenientes lo aprueba para su liberación. en el SADD.
7	Titular de Área, Coordinadores,	Enviarán a través del Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD) al Departamento de Calidad, debidamente requisitado y aprobado el Formato F-DCA-18 "Reporte de Acciones Correctivas".
8	Departamento de Calidad.	<p>Revisa, analiza las Acciones Correctivas adoptadas y evalúa con la magnitud de la No Conformidad, e informa al Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno</p> <p>Las acciones correctivas que se apliquen a las no conformidades se controlan y se les da un seguimiento a través formato F- DCA- 19 " Resumen de Acciones Correctivas ". donde se establece el avance de aplicaciones de acciones efectuadas y el estado que guardan las mismas, con los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo de reportes de acciones correctivas registrados a través del SADD por las áreas y revisados por el departamento de calidad • Número de reporte de acción correctivas. • Código asignado en el SADD al Área responsable de la correctiva • Antecedentes de la No Conformidad • Responsable. • Fecha de inicio • Fecha de cierre • Resultado de la acción correctiva • Número del nuevo reporte de acción correctiva, (en su caso)
9	Titular del Área de Auditoria de Auditoria Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	<p>Recibe y analiza la información considerando las opciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el problema sea de poca importancia, y las medidas correctivas adoptadas por las Áreas son suficientes y competentes la No conformidad quedarán solventada. • En caso de que la No Conformidad sea grave y la información se considere insuficiente para su solventación, se hará del conocimiento al Titular del OIC y al Comité de Calidad con el propósito de que se tome la decisión correspondiente para su solución.
10	Titular del OIC y Comité	Recibe el reporte de las No Conformidades, Causas y

	de Calidad	Acciones Correctivas incluyendo el informe de verificación del departamento de calidad para su análisis y dependiendo del resultado del mismo, deben de emitir los lineamientos o Políticas a seguir para su solución, así como de informar a los Titulares de Área, Coordinadores responsable de la No Conformidad la decisión que se tomó para tal efecto.
11	Titular de Área, Coordinadores	Realizaran las Acciones Correctivas propuestas por el Comité de Calidad para eliminar las causas de las No Conformidades anotándolas en el Formato F-DCA-18 Reporte de Acciones Correctivas, así como las fechas de inicio y terminación de las soluciones planteadas y de informar al departamento de Calidad a través del SADD.
12	Titular de Área, Coordinadores	Determinan controles que aseguren que las acciones correctivas implementadas sean efectivas y evitar su recurrencia a la No Conformidad, donde quedará cerrado el problema y se anotará en el formato F-DCA-18. Reporte de Acciones Correctivas,
13	Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	En reunión mensual de la Revisión de la Dirección, se presenta un informe de las Acciones Correctivas y Preventivas, a fin de informar sobre la situación en que se encuentran las No Conformidades.

5.- Referencias.-

Documentos Relacionados			
Código	Título	Tipo de Documento	Revisión
MAC	Manual de Administración de la Calidad	Manual	3
T-01-1	Revisión por la Dirección	Procedimiento	3
P-DCA-5	Auditoría Interna	Procedimiento	3
P-DCA-15	Control de Producto No Conforme	Procedimiento	3
SADD	Sistema de Administración de Datos y Documentos	Sistema	3

6.- Definiciones y Terminología.-

Definición de Términos Usados en este Documento	
Término	Definición
No Conformidad	Incumplimiento de un Requisito
Requisito	Necesidad o expectativa establecida
Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defectos u otras situaciones indeseable a fin de prevenir su recurrencia.
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar las causas potenciales de no conformidades, defectos u otras situaciones a fin de prevenir su ocurrencia.

7.-Anexos.-

A continuación se anexan los formatos que en esta sección se describieron:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS R-DCA-9
ÁREA RESPONSABLE: _____

CÓDIGO: F-DCA-18
REVISIÓN NO: 0 FECHA: _____

PÁGINA: DE _____

Antecedentes

<input type="checkbox"/> Auditoria Externa Núm.: _____	<input type="checkbox"/> Auditoria Interna Núm.: _____
<input type="checkbox"/> Reporte de Control y Seguimiento de No Conformidades Núm.: _____	
<input type="checkbox"/> No Conformidad Mayor Núm.: _____	<input type="checkbox"/> No conformidad Menor Núm.: _____
<input type="checkbox"/> Autoevaluación Núm.: _____	<input type="checkbox"/> Revisión por la Dirección Núm.: _____
<input type="checkbox"/> Queja de Clientes Núm.: _____	<input type="checkbox"/> Otros Explique: _____

No Conformidad	Origen de la Causa	Acción Correctiva
		Acciones Preventivas

Responsable de aplicar la acción: _____
Nombre, puesto y firma

Responsable de aprobar la acción: _____
Nombre, puesto y firma

Tiempo aproximado para implementar la acción: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de cierre o término: _____

Verificó: _____
Nombre, puesto y firma

Explicar brevemente si la acción correctiva implementada es efectiva en la eliminación de la inconformidad

¿ Es necesario nueva acción correctiva a la sugerida? Si

Referencia el Reporte anterior de Acciones Correctivas y Preventivas Núm.: _____

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS Y
PREVENTIVAS R-DCA-9

CÓDIGO: F-DCA-18
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

- 1.- Nombre del Formato.- Reporte de acciones correctivas y el registro de calidad.
- 2.- Código.- Es la clave asignada al formato (F-DCA-18) de este procedimiento.
- 3.- Área Responsable.- Es el área responsable en la cual se determinó la no conformidad.
- 4.- Revisión.- Es el número de la última revisión (actualizada).
- 5.- Fecha.- Fecha de elaboración del reporte de acción correctiva.
- 6.- Página.- El número de hojas utilizadas en la descripción del reporte de las acciones correctivas. (Normalmente es una hoja por cada una de las no conformidades).
- 7.- Folio Número.- Es la codificación establecida en el P-DCA-1 Elaboración de Procedimientos y Procesos más el número consecutivo de la acción correctiva generada por el área durante el ejercicio más el año en ejecución.
- 8.- Antecedentes.- Se indica el origen de la no conformidad, es decir a través del Reporte de Control y Seguimiento de No Conformidad como resultado de Auditoria Interna o Externa de Calidad, clasificando las no conformidades en Mayor, Menor, de la Revisión por la dirección, de la Queja del cliente, de la Autoevaluación o de otras fuentes de revisión.
- 9.- No Conformidad.- La descripción de la No Conformidad.
- 10.- El Origen de las Causas: Se describirán los motivos que originaron a la no conformidad.
- 11.- Acción Correctiva.- Se señalarán las acciones que se implementarán para la solventación a la no conformidad.
Acciones Preventivas.- Son las acciones implementadas que evitaren la ocurrencia del origen de la causa-raíz de las No Conformidades.
- 12.- Responsable de aplicar la Acción Correctiva.- Se anotará nombre del servidor público encargado de llevar a cabo la investigación e implementación de las acciones correctivas.
- 13.- Responsable de Aprobar la Acción: Se anotará el nombre del Titular del área encargado de aprobar las acciones correctivas.
- 14.- Tiempo aproximado para implementar la Acción Correctiva.- Se anotará el periodo para solventar la no conformidad.
- 15.- Fecha de Inicio.- A partir del día en que inicia la investigación sobre la no conformidad.
- 16.- Fecha de cierre o Término.- Solo si ya se ha implementado y fuera efectiva la acción correctiva.
- 17.- Verificó la implementación de la Acción.- Se anotará el nombre, puesto y firma de los auditores internos de calidad, el personal del departamento de calidad o en su caso los titulares de los OICD quienes son los encargados de realizar la supervisión o verificación de la implementación de las acciones correctivas.

18.- Explicar brevemente si la acción correctiva implementada es efectiva en la eliminación de la No Conformidad.- Comentar sobre las acciones correctivas implementadas si el resultado es satisfactorio y se obtuvo un beneficio para el Sistema de Gestión de la Calidad, sin necesidad de aplicar otras sanciones.

19.- Es necesario una nueva Acción Correctiva a la sugerida.- Si las acciones correctivas no fueron suficientes o efectivas para la solventación de la no conformidad es necesario implementar nuevas acciones.

20.- Referencia al reporte anterior de acción Correctivas.- Es cuando las acciones correctivas no fueron efectivas, y es necesario implementar nuevas acciones correctivas por tal motivo, se deberá de elaborar otro formato anterior donde se narro las primeras acciones correctivas.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

RESUMEN DE NO CONFORMIDADES R-DCA-8 ÁREA RESPONSABLE	CÓDIGO: F-DCA-19 REVISIÓN: 0 FOLIO NO.: 0	FECHA: PÁGINA: DE
---	---	--------------------------

NÚMERO	FOLIO ACCIÓN CORRECTIVA	ANTECEDENTES	NOMBRE DEL RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE CIERRE	ACCIÓN CORRECTIVA	REPORTE NUEVO

3.9 PROCEDIMIENTO PARA ACCIONES PREVENTIVAS

1.- Propósito.-Eliminar las causas de no conformidades reales o potenciales mediante la aplicación de acciones preventivas.

2.- Alcance.- Este procedimiento aplica a todos y cada uno de los procesos en donde se requiera de acciones preventivas, para el mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad en una Institución de Salud.

3.- *Responsabilidades.*- Es responsabilidad del Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación a través del Departamento de Calidad, verificar que los Titulares de Áreas, el Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos, la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional y los 35 OICD y la Coordinación Administrativa, deben realizar la aplicación de acciones correctivas a las No Conformidades determinadas e informar periódicamente al Titular del OIC y al Comité de Calidad, de las Acciones Preventivas adaptadas y su seguimiento hasta solventarlas.

4.- *Desarrollo.*-

Nº	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	Titular de Área, Coordinadores, Órganos Internos de Control Delegacional y Unidad de Asuntos Jurídicos.	Designan al Auditor (Usuario) para su integración al Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD). Quien se encargará de operar el sistema de registrar el formato de acciones preventivas elaborado por el área correspondiente.
2	Titular de Área, Coordinadores,	Cuando se generen No Conformidades en los procesos por servicios en la operación, quejas de los clientes, o por resultados de Auditorias Internas y Externas de Calidad, Inspecciones realizadas por el Departamento de Calidad, Revisión de la Dirección, la Auto evaluación, Medición y Seguimiento de Procesos. Medición y Seguimiento del Servicio, así como la Mediciones de la Satisfacción del Cliente, efectuada en las distintas etapas de los procesos deberán de investigar las causas del problema con la finalidad de eliminar la no conformidad o prevenirla con la implementación de controles antes de que esta se agrave, cuando se presente el primer caso, deberán de instruir al auditor (Usuario) elaborar el Formato- F-DCA-20 "Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora" así como su incorporación en el Sistema de Administración de Datos

		y Documentos (SADD) para su revisión y aprobación por el Titular de Área y Coordinadores.
3	Titulares de OICD	Cuando se presenten No conformidades en los resultados antes mencionados en el punto número 2 deberán de llevar cabo acciones inmediatas apropiadas para su eliminación y prevenir deberán de llenar el formato F-DCA-20 "Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora", debidamente requisitado como se indica en el instructivo, y mediante oficio o correo electrónico enviarlo a la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional para su registro en el Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD).
4	Coordinación de OICD	Recibe el formato F-DCA-20 "Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora", lo revisa que este requisitado correctamente y procederá a su registro en el SADD
5	Titular de Área, Coordinadores	<p>Enviarán a través del Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD) al Departamento de Calidad, debidamente requisitado y aprobado el Formato F-DCA-20 "Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora", de las acciones aplicadas a las No conformidades, donde se establece lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número Consecutivo de Acciones Preventivas • Número correspondiente a la acción preventiva generada por cada una de las áreas de OIC. • Antecedentes, donde se indica de qué proceso se deriva la no conformidad, es decir, de informes o reportes de no conformidad; Auditoria Interna o Externa de Calidad, Revisión por la Dirección u otros. • Breve descripción de la no conformidad • El origen de la causa de la no conformidad • Acción Preventiva sugerida a aplicar a la no conformidad. • Responsable de aplicar la acción preventiva • Aprobó la realización de la acción preventiva. • Tiempo aproximado para implantar la acción preventiva. • Fecha de inicio. • Verificar que se haya implantado la acción preventiva. • Especificar si la acción fue efectiva. • Explicar resultado de la acción preventiva. • Fecha de cierre ó término (solo si ya se ha implantado y fuera efectiva la acción preventiva) • Indicar el nombre y puesto de la persona que verifico, así como su firma. • Indicar si hay necesidad de aplicar una nueva preventiva. <p>En caso de aplicar una nueva acción preventiva referenciar el nuevo reporte, donde se dará seguimiento</p>
5	Departamento de Calidad.	<p>Revisa, analiza las Acciones Preventivas adoptadas y evalúa la magnitud de la No Conformidad, e informa al Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación.</p> <p>Las acciones preventivas que se apliquen a las no conformidades se controlan y se les da un seguimiento a través formato F- DAC- 21 "Resumen de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora ". donde se establece</p>

		<p>el avance de aplicación a las acciones efectuadas y el estado que guardan las mismas, con los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número consecutivo de reportes de acciones preventivas registrados a través del SADD por las áreas y revisados por el departamento de calidad • Número de reporte de acción preventivas. • EL Código asignado en el SADD al área responsable de la acción preventiva • Antecedentes de la No Conformidad • Responsable. • Fecha de inicio • Fecha de cierre • Resultado de la acción preventiva <p>Número del nuevo reporte de acción preventiva (en su caso)</p>
	Titular del Área de Auditoria de Control y Evaluación.	<p>Recibe y analiza la información considerando las opciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el problema sea de poca importancia, y las medidas preventivas adoptadas por las Áreas son suficientes y competentes la No conformidad quedará solventada. • En caso de que la No Conformidad sea grave y la información se considere insuficiente para su solventación, se hará del conocimiento al Titular del OIC y al Comité de Calidad con el propósito de que se tome la decisión correspondiente para su solventación.
	Titular del OIC y Comité de Calidad	<p>Recibe el reporte de las No Conformidades, Causas y Acciones Preventivas incluyendo el informe de verificación del departamento de calidad para su análisis y dependiendo del resultado del mismo, deben de emitir los lineamientos o Políticas a seguir para su solución, así como de informar a los Titulares de Área, Coordinadores responsable de la No Conformidad la decisión que se tomó para tal efecto.</p>
	Titular de Área, Coordinadores	<p>Realizaran las Acciones Preventivas propuestas por el Comité de Calidad para eliminar las causas de las No Conformidades anotándolas en el Formato F-DCA-20 Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora así como las fechas de inicio y terminación de las soluciones planteadas y de informar al departamento de Calidad a través del SADD</p>
9	Titular de Área, Coordinadores	<p>Determinan controles que aseguren que las acciones preventivas implementadas sean efectivas y evitar su recurrencia de No Conformidades. donde quedará solventado el problema y se anotará en el formato F-DCA-20 Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora</p>
10	Titular de Área, Coordinadores	<p>Si alguna No Conformidad requiere una nueva acción genera un nuevo formato F-DCA-20 Reporte de Acciones Preventivas o Correctivas de Mejora, indicando en el anterior la información no fue suficiente, así como la acción a seguir</p>

		por lo que se implementará una nueva acción con otro número de folio
11	Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación	En reunión mensual de las revisiones de la Dirección presenta un informe de las Acciones Correctivas y Preventivas, a fin de informar sobre la situación en que se encuentran las No Conformidades.
12	Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación	En caso de requerir modificar el Manual de Calidad, Procedimientos o cualquier otro documento relevante como resultado de cambios que se hayan llevado a cabo, se realizará en el Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD).

5.- Referencias.-

Documentos Relacionados			
Código	Título	Tipo de Documento	Revisión
MGC	Manual de Gestión de la Calidad	Manual	2
T-01-1	Revisión por la Dirección	Procedimiento	2
P-DCA-5	Auditoría Interna	Procedimiento	2
P-DCA-6	Control de producto no Conforme	Procedimiento	2
SADD	Sistema de Administración de Datos y Documentos	Sistema	2

6.- Definiciones y Terminología.-

Definición de Términos Usados en este Documento	
Término	Definición
No Conformidad	Incumplimiento de un Requisito
Requisito	Necesidad o expectativa establecida
Acción Correctiva	Acción tomada para eliminar las causas de una no conformidad, defectos u otras situaciones indeseables a fin de prevenir su recurrencia.
Acción Preventiva	Acción tomada para eliminar las causas potenciales de no conformidades, defectos u otras situaciones a fin de prevenir su ocurrencia.

7.-Anexos.-

A continuación se anexan los formatos que en esta sección se describieron:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS R-DCA-9
 ÁREA RESPONSABLE: _____

CÓDIGO: F-DCA-20
 REVISIÓN NO: 0 FECHA: _____

PÁGINA: DE _____

Antecedentes

Auditoria Externa Núm: _____ Auditoria Interna Núm: _____

Informe de Oportunidad de Mejora Núm.: _____ Revisión por la Dirección Núm.: _____

Queja de Clientes Núm.: _____ Autoevaluación Núm.: _____

Explique: _____

Oportunidad de Meiora	Acciones Correctivas de Mejora

Responsable de aplicar la acción: _____
Nombre, puesto y firma

Responsable de aprobar la acción: _____
Nombre, puesto y firma

Tiempo aproximado para implementar la acción: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de cierre o término: _____

Verificó: _____
Nombre, puesto y firma

Explicar brevemente si la acción de mejora implementada es efectiva en la eliminación de la oportunidad de mejora

¿Es necesario nueva acción de mejora a la sugerida? Si No

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

CÓDIGO: F-DCA-20
REVISIÓN NO: 0 FECHA:

PÁGINA: DE

INSTRUCTIVO DEL FORMATO DEL REPORTE DE ACCIONES PREVENTIVAS O CORRECTIVAS DE MEJORA

- 1.- Nombre del Formato.- Reporte de acciones correctivas de mejora.
- 2.- Código.- Es la clave asignada al formato (F-DCA-20) de este procedimiento.
- 3.- Área Responsable.- Es el área responsable en la cual se determinó la oportunidad de mejora.
- 4.- Revisión.- Es el número de la última revisión (actualizada).
- 5.- Fecha.- Fecha de elaboración del reporte de acción correctiva de mejora.
- 6.- Página.- El número de hojas utilizadas en la descripción del reporte de las acciones correctivas de mejora. (Es una hoja por cada una de las oportunidades de mejora).
- 7.- Folio Número.- Es la codificación establecida en el P-DCA-1 Elaboración de Procedimientos y Procesos más el número consecutivo de la acción correctiva de mejora generada por el área durante el ejercicio más el año en ejecución.
- 8.- Antecedentes.- Se indica el origen de la oportunidad de mejora, es decir a través de un Informe de Oportunidades de Mejora como resultado de Auditoría Interna o Externa de Calidad, de la Revisión por la dirección, de la Queja del cliente, de la Autoevaluación o de otras fuentes de revisión.
- 9.- Oportunidades de Mejora.- La descripción de la oportunidad de mejora.
- 10.- Acción Correctiva de Mejora.- Se anotarán las acciones correctivas para la solventación de la oportunidad de mejora.
- 11.- Responsable de aplicar la Acción Correctiva.- Se anotará nombre del servidor público encargado de llevar a cabo la investigación e implementación de las acciones correctivas de mejora.
- 12.- Responsable de Aprobar la Acción: Se anotará el nombre del Titular del área encargado de aprobar las acciones de mejora.
- 13.- Tiempo aproximado para implementar la Acción Correctiva de Mejora.- Se anotará el periodo para solventar las oportunidades de mejora.
- 14.- Fecha de Inicio.- A partir del día en que inicia la investigación sobre la oportunidad de mejora.
- 15.- Fecha de cierre o Término.- Solo si ya se ha implementado y fuera efectiva la acción correctiva de mejora.
- 16.- Verificó la implementación de la Acción.- Se anotará el nombre, puesto y firma de los auditores internos de calidad, el personal del departamento de calidad o en su caso los titulares de los OICD quienes son los encargados de realizar la supervisión o verificación de la implementación de las acciones correctivas de mejora.
- 17.- Explicar brevemente si la acción correctiva implementada es efectiva en la eliminación de la Oportunidad de Mejora.- Comentar sobre las acciones correctivas implementadas si el resultado es satisfactorio y se obtuvo un beneficio para el Sistema de Gestión de la Calidad, sin necesidad de aplicar otras acciones.

18.- Es necesario una nueva Acción Correctiva de Mejora.- Si las acciones correctivas de mejora no fueron suficientes o efectivas para la solventación de las oportunidades de mejora.

19.- Referencia Nuevo Reporte o Acciones Correctivas.- Es cuando las acciones correctivas de mejora no fueron efectivas, y es necesario implementar nuevas acciones correctivas por tal motivo, se deberá de elaborar otro formato y referenciar al formato anterior donde se narro las primeras acciones correctivas de mejora.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

RESUMEN DE ACCIONES CORRECTIVAS DE MEJORA
ÁREA RESPONSABLE

CÓDIGO: F-DCA-21
REVISIÓN: 0
FOLIO NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: DE

NÚMERO	NÚM. DE FOLIO ACCIÓN DE MEJORA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	RESPONSABLE		ACCIÓN DE MEJORA	SOLVENTADA	PROCESO
			ÁREA	FUNCIONARIO			

CAPÍTULO IV

IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA

4.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta la implantación de los documentos que forman parte del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

El manual del Sistema de Gestión de la Calidad, representa la aplicación de los requisitos de la norma ISO 9001:2000 a la estructura funcional del Órgano Interno de Control en una Institución de Salud, como principal documento y guía del Sistema.

El manual del Plan de Calidad, muestra la relación y aplicación de los procesos documentados que proporciona el Órgano Interno de Control, como un complemento al SGC.

El manual de Procesos, contiene los procesos propios del Sistema de Gestión de la Calidad, los de la responsabilidad por la Dirección y los del Área de Quejas para ser implantados en esta primera etapa. La elección del Área Quejas se debió a su relevancia en el cumplimiento de las metas presidenciales, como son Transparencia y Combate a la Corrupción.

Cabe mencionar que en los documentos anteriores se deja planteado el desarrollo del SGC en su totalidad, aunque para el proyecto que nos ocupa sólo se implantarán los procesos del Área de Quejas.

**4.2 MANUAL DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD
M-DCA-1**

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:1 DE 33

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL OIC EN EL INSTITUTO ISO-9001:2000

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	TITULAR DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:2 DE 33

INDICE	PÁGINA
1 Introducción	4
2 Antecedentes del Órgano Interno de Control	4
3 Propósito, Alcance, Términos y Definiciones	5
3.1 Propósito	5
3.2 Alcance	5
3.3 Términos y Definiciones	6
4 Sistema de Gestión de la Calidad	7
4.1 Requisitos Generales	7
4.2 Requisitos de la Documentación	9
4.2.1 Generalidades	9
4.2.2 Manual de Calidad	10
4.2.3 Control de los Documentos	11
4.2.4 Control de los Registros	11
5 Responsabilidad de la Dirección	12
5.1 Compromiso de la Dirección	12
5.2 Enfoque al Cliente	12
5.3 Política de Calidad	13
5.4 Planificación	13
5.4.1 Objetivos de Calidad	13
5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	14
5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación	16
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	16
5.5.2 Representante de la Dirección	17
5.5.3 Comunicación Interna	17
5.6 Revisión de la Dirección	17
5.6.1 Generalidades	17
5.6.2 Información para la Revisión	18
5.6.3 Resultados de la Revisión	18
6 Gestión de Recursos	19
6.1 Provisión de Recursos	19
6.2 Recursos Humanos	19
6.2.1 Competencia, Toma de Conciencia y Formación	19
6.3 Infraestructura	19
6.4 Ambiente de Trabajo	20
7 Realización del servicio	21
7.1 Planificación de la Realización del Servicio	21
7.2 Procesos Relacionados con el Cliente	21
7.2.1 Determinación de los Registros Relacionados con los Servicios	21
7.2.2 Revisión de los Requisitos con los Servicios	22
7.2.3 Comunicación con el Cliente	22

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:3 DE 33

7.3 Diseño y Desarrollo	22
7.4 Compras	22
7.4.1 Proceso de Compras	22
7.4.2 Información de las Compras	23
7.4.3 Verificación de los Productos Comprados	23
7.5 Producción y Prestación del Servicio	23
7.5.1 Control de los Servicios	23
7.5.2 Validación de los Procesos para los Servicios	24
7.5.3 Identificación y Trazabilidad	27
7.5.4 Propiedad del Cliente	27
7.5.5 Preservación de la Producción (Servicios)	27
7.6 Control de las Dispositivos de Seguimiento y Medición	28
8. Medición, Análisis y Mejora	29
8.1 Generalidades	29
8.2 Seguimiento y medición	29
8.2.1 Satisfacción del Cliente	29
8.2.2 Auditoria Interna	30
8.2.3 Seguimiento y Medición de los Productos	31
8.2.4 Seguimiento y Medición de los Servicios	31
8.3 Control del Producto (Servicio) no Conforme	31
8.4 Análisis de datos	32
8.5 Mejora	32
8.5.1. Mejora Continua	32
8.5.2. Acción Correctiva	32
8.5.3. Acción Preventiva	33

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:4 DE 33

1 INTRODUCCIÓN

- El presente Manual refleja la decisión estratégica que tiene el Órgano Interno de Control para que el Sistema de Gestión de la Calidad ha instaurar satisfaga las necesidades de los clientes externos e internos.
- Se desea demostrar nuestra capacidad para proporcionar servicios que satisfagan y aumenten dicha satisfacción a través de la aplicación eficaz y eficiente del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y la normatividad aplicable.
- El Órgano Interno de Control en el Instituto mantiene documentado su Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con lo descrito en el presente manual.
- El manual es el medio para establecer los lineamientos internos bajo los cuales es controlada la prestación de los servicios, bajo los requerimientos de la norma ISO 9001: 2000.

2 ANTECEDENTES DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL EN EL INSTITUTO

El Área de Quejas coordina el proceso de Atención Ciudadana, lo que incluye la Atención a las Quejas y Denuncias Relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos; así como las relacionadas con las promociones vinculadas con la calidad de los trámites y servicios que otorga el Instituto, la atención a las solicitudes de conciliaciones realizadas por los proveedores o contratistas; así como la realización de visitas del Programa de Usuario Simulado a las Unidades Médicas y Administrativas del Instituto. Lo anterior conforme a los lineamientos expedidos por la SFP; y la operación del Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC).

El Área de Responsabilidades coordina el proceso para estudiar y valorar los elementos constitutivos de presuntas responsabilidades, derivadas de irregularidades cometidas por servidores públicos adscritos al Instituto, instruyéndose el procedimiento administrativo disciplinario dispuesto en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, para resolver sobre la imposición o no de sanciones administrativas. Asimismo, para recibir, tramitar y resolver las inconformidades que se presenten en materia de Adquisiciones y Obras Públicas.

La Unidad de Asuntos Jurídicos es la responsable de la resolución de los recursos de revocación que interpongan los servidores públicos en contra de resoluciones emitidas por el Titular del Área de Responsabilidades, así como de los Recursos de Revisión Administrativa que interpongan las personas en contra de las resoluciones emitidas por el Titular del Área de Responsabilidades al resolver las inconformidades presentadas en términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público o de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las mismas. Así también, es responsable de llevar a cabo la defensa jurídica de las resoluciones que emita el Titular de este OIC o el del Área de Responsabilidades, ante las diversas Salas del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa; representando al Titular de la SFP, en materia de Juicios de Nulidad, así como realizar la Defensa Jurídica en los Juicios de Amparo en los que el Titular de este OIC, o los Titulares de las Áreas de Responsabilidades, Auditoría o Quejas sean señalados como autoridades responsables.

Los OIC Delegacionales son 35 órganos dependientes del OIC y su ámbito de competencia son las Delegaciones Estatales y Regionales del Instituto. La Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales (COIDS), es la responsable de coordinar sus procesos, esta Coordinación y los OIC Delegacionales se incluyen en el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

La Responsabilidad de la Coordinación de OIC Delegacionales dentro del Sistema, es apoyar al Titular del OIC en el Instituto en la Coordinación, Planeación e Información de las Actividades encomendadas a los Órganos Internos de Control Delegacionales (OICD), vigilando que se desarrollen de acuerdo con la normatividad, políticas y procedimientos establecidos por la Secretaría de la Función Pública y del OIC en el Instituto, promoviendo la homogeneidad de criterios en el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:5 DE 33

La Responsabilidad de los Órganos Internos de Control Delegacionales, es Auxiliar al Titular del OIC en el Instituto, para el ejercicio de sus funciones en los términos previstos por los ordenamientos legales y Administrativos aplicables: en la Atención de Quejas y Denuncias por incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos; programar ordenar y realizar las Auditorías, Investigaciones, Inspecciones o visitas de cualquier tipo; y coadyuvar en la atención de los procesos administrativos de responsabilidades conforme a los requerimientos del Titular del Área de Responsabilidades.

La Coordinación Administrativa es la responsable de suministrar los Recursos Financieros, Materiales, Humanos, de Formación y Competencia, y Apoyo Informático indispensables para el desarrollo del SAC.

3 PROPÓSITO, ALCANCE, TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3.1 Propósito

El presente documento tiene el propósito de establecer y describir los lineamientos del Sistema de Calidad basado en la norma internacional ISO 9001: 2000 **Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos**, y en su equivalente nacional **NMX-CC-9001-IMNC-2000** para demostrar la capacidad de proporcionar consistentemente servicios en cumplimiento de los requisitos de los clientes; así como para poder apegarse a las características de los servicios que el Órgano Interno de Control en el Instituto desarrolla en cumplimiento de los objetivos establecidos en el requerimiento 5 de este manual.

3.2 Alcance

El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad aplica a los procesos de: El Sistema de Gestión de la Calidad del OIC en el Instituto; Mejora Continua del OIC en el Instituto; Auditorías Internas de Calidad; Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad; Revisión por la Dirección; Programa Anual de Trabajo; Revisiones de Control Interno; Supervisión de Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel; Comunicación Interna; Auditorías Públicas; Control y Seguimiento de Observaciones; Integración de Expedientes para Responsabilidades; Atención Ciudadana; Usuario Simulado; Conciliaciones con Proveedores y Contratista; Atención Directa y Gestión Inmediata; Responsabilidades; Calificación de Pliegos de Responsabilidades; Atención de Inconformidades; Atención de Recursos de Revocación y Defensa Jurídica de Resoluciones emitidas en Juicios de Nulidad y de Amparo; Atención de Recursos de Revisión Administrativa, Recursos Humanos, Recursos Materiales; Recursos Financieros; Compras; Formación y Competencia; Apoyo Informático; de Órganos Internos de Control Delegacionales; Los Procesos de Auditorías Públicas, Revisiones de Control Interno, y Atención Ciudadana en los Órganos Internos de Control Delegacionales de: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos Nayarit, Nuevo León Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, Zona Norte del DF, Zona Sur del DF, Zona Oriente del DF y la Zona Poniente del DF.

Sin embargo este proyecto se realizará en al menos cuatro etapas, iniciando la implantación con los procesos de las Áreas de Calidad, la Dirección y Quejas.

Se excluye el requisito 7.3 Diseño y Desarrollo, ya que las actividades y procesos del OIC no son industriales y los servicios que se proporcionan a los clientes no son susceptibles de establecer estándares industriales.

El requisito 7.5.4 Propiedad del Cliente, también es excluyente del SGC, ya que los servicios que se ofrecen a los clientes no incluyen ningún producto o servicio en los procesos que sea propiedad del cliente.

Se excluye así mismo, el requisito 7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y de Medición, ya que el OIC no cuenta con maquinaria para los procesos que realiza, que requieran de este control dentro de nuestro SGC.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:6 DE 33

Sin embargo, el OIC tiene la capacidad de los sistemas informáticos para coadyuvar al buen desempeño de los procesos, y permite que las actividades de seguimiento y medición cumplan con los requisitos. En el Manual de Gestión de la Calidad requisito 7.6 se explica al detalle.

3.3 Términos y Definiciones

Son aplicables los términos y definiciones de la norma internacional **ISO-9000: 2000.- Gestión de la Calidad-Fundamentos y Vocabulario** y su equivalente en la norma nacional **NMX-CC-9000-IMNC-2000**. Sistema de Gestión de la Calidad.

En el desarrollo del Manual cuando aparezcan las siguientes siglas, son equivalentes a:

SFP	Secretaría de la Función Pública
INSTITUTO	Instituto de Salud Pública
OIC	Órgano Interno de Control en el Instituto.
COID	Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales
OICD	Órganos Internos de Control Delegacionales.
SGC	Sistema de Gestión de la Calidad
SADD	Sistema de Administración de Datos y Documentos

MANUAL NO
LIBERADO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:7 DE 33

REQUISITO	4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
-----------	---	----------------------------------

4.1 Requisitos Generales

El Sistema de Gestión de la Calidad está conformado por todos los servidores públicos que laboran en el OIC; por la forma en que interrelacionan los procesos, los procedimientos, así como los recursos que utilizamos, garantizan la calidad de los servicios que se proporcionan a los clientes.

Los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad implantado implica que:

- Las Áreas de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno: Auditoría Interna, Quejas, Responsabilidades, Asuntos Jurídicos, Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional, Coordinación Administrativa y el Titular del Órgano Interno de Control han identificado y aplicaran sus procesos incluidos en el requisito 5 "Responsabilidad de la Dirección", 6 "Gestión de los Recursos", 7 "Realización del Producto" y 8 "Medición, Análisis y Mejora."
- Cada uno de los procesos identificados y que se apliquen tienen la secuencia e interrelación mostrada en el punto 4.2.2 de este Manual y en forma específica en el Manual del Plan de Calidad, M-DCA-2 referenciado en el requisito 7.1 Planeación de la Realización del Producto.
- Para asegurar la aplicación y el control de los procesos se determinaron los criterios y métodos a través del Procedimiento "Elaboración de Procesos" en el que se instruye la determinación de los requisitos relacionados con el producto. Así como su revisión relacionada en la cláusula 7.2.1 y 7.2.2 siendo eficaces en los objetivos establecidos.
- Cada responsable de los procesos se asegura de que se proporcionen los recursos e información contemplado en el requisito 6 "Gestión de los Recursos" y con el apoyo del compromiso de la Dirección relacionado con la Cláusula 5.1 de este Manual de la Calidad y del resultado del proceso de la Revisión de la Dirección 5.6.3 "Necesidades de Recursos" en coordinación con el Comité de Calidad.
- Los formatos F- DCA-1, 2 ,3, 4 ,5 y 6 incluidos en el procedimiento "Elaboración de Procesos" evidencia del seguimiento de la medición del proceso, del producto (servicio) y la satisfacción del cliente referenciados en el requisito 7.5 e) f) Control de la Producción, 8.2.3 Seguimiento y Medición del Proceso, 8.2.4 Seguimiento y Medición del Producto, 8.4 Análisis de Datos de las encuestas efectuadas a los clientes y con la Salida del Proceso 5.6.3 a), la mejora de la eficacia del SGC.
- Al planear y ajustar la producción de los servicios, de haber validado los procesos, practicado la Auditoría interna y de haber analizado los datos de cada producto de los procesos, el OIC, a través del proceso de Mejora Continua T-DCA-3 en cada revisión del Comité de Calidad evalúa si lo planificado es alcanzado y se toman acciones para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, congruente con los requerimientos 5.4.2, 5.6.3, 8.2.1, 8.2.2 y 8.5.1.

El OIC con estas acciones que incluyen 8 procedimientos documentados, planea con el "Elaboración de Documentos", "Elaboración de Procesos", y se incluye el proceso T-TOI-1 Revisión por la Dirección. Se hace la ejecución con los Procedimientos "Control de Documentos" y "Control de Registros de Calidad", ya que estos 2 se interrelacionan con los 5 requisitos de la norma y hacen efectiva la Gestión de los recursos.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:8 DE 33

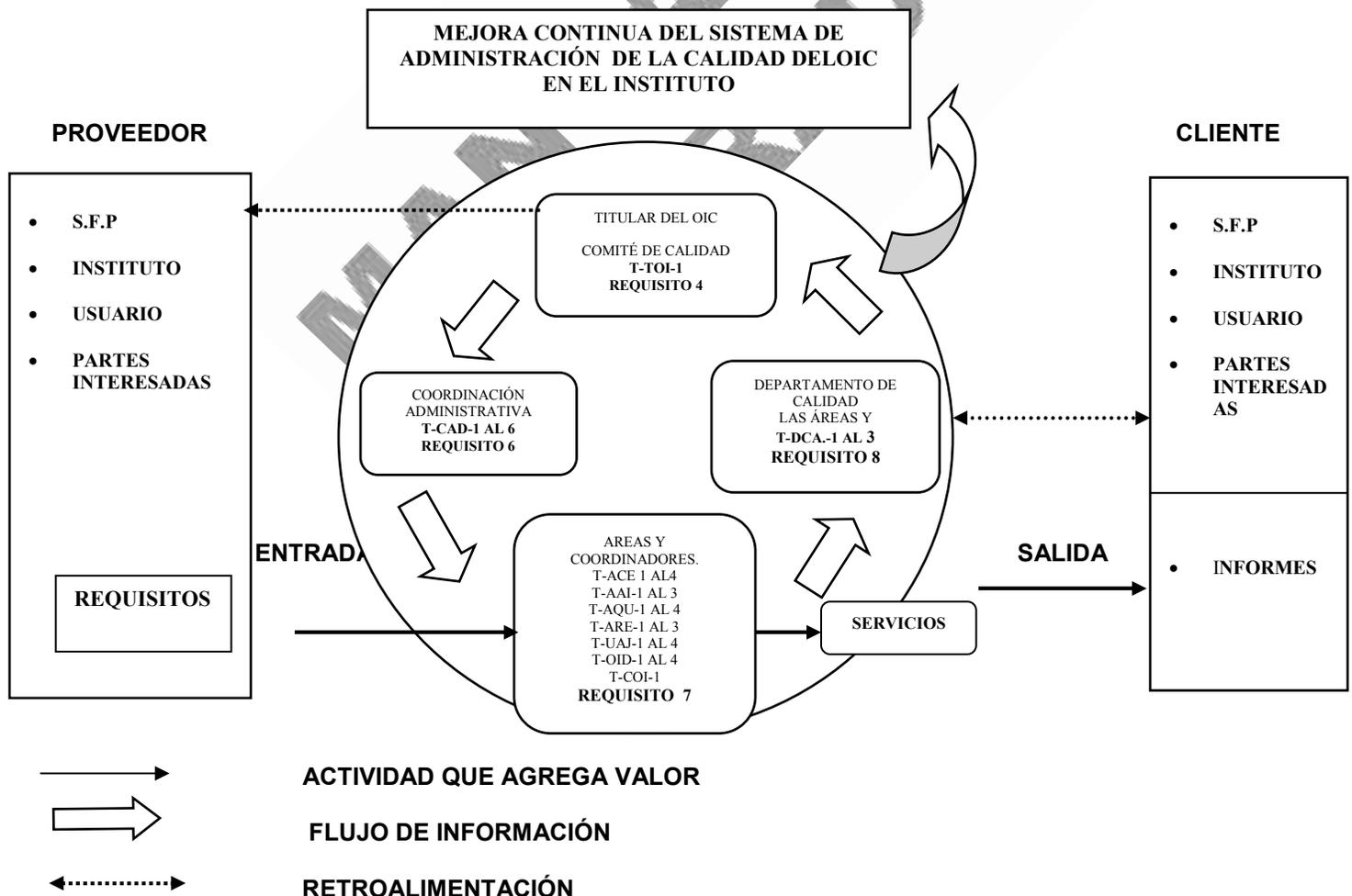
Con los procedimientos “Auditorias Internas de Calidad” y “Producto No Conforme”, se verifica, interrelacionando y monitoreando la realización del producto.

Se mejora continuamente con los procedimientos “Acciones Correctivas” y “Acciones Preventivas”, con lo cual se interrelacionan con los procesos T-DCA-3 Mejora Continua del OIC en el Instituto con el T-TOI-1 Revisión por la Dirección y la Medición, Análisis y Mejora de cada uno de los procesos implementados en el Sistema de Gestión de la Calidad.

El Sistema de Gestión de la Calidad no tiene contratados externamente procesos que afecten a la calidad del servicio ya que las funciones y actividades están normadas por la Secretaría de la Función Pública y por el Instituto de Salud.

El Sistema de Gestión de la Calidad en el Órgano Interno de Control contiene 8 procedimientos y 32 procesos descritos, en cada requisito de este manual M-DCA-1 y referenciados en el manual de Procesos M- DCA-3. Para esta primera etapa serán implantados sólo 9 procesos.

En el Modelo del Proceso se presenta:



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:9 DE 33

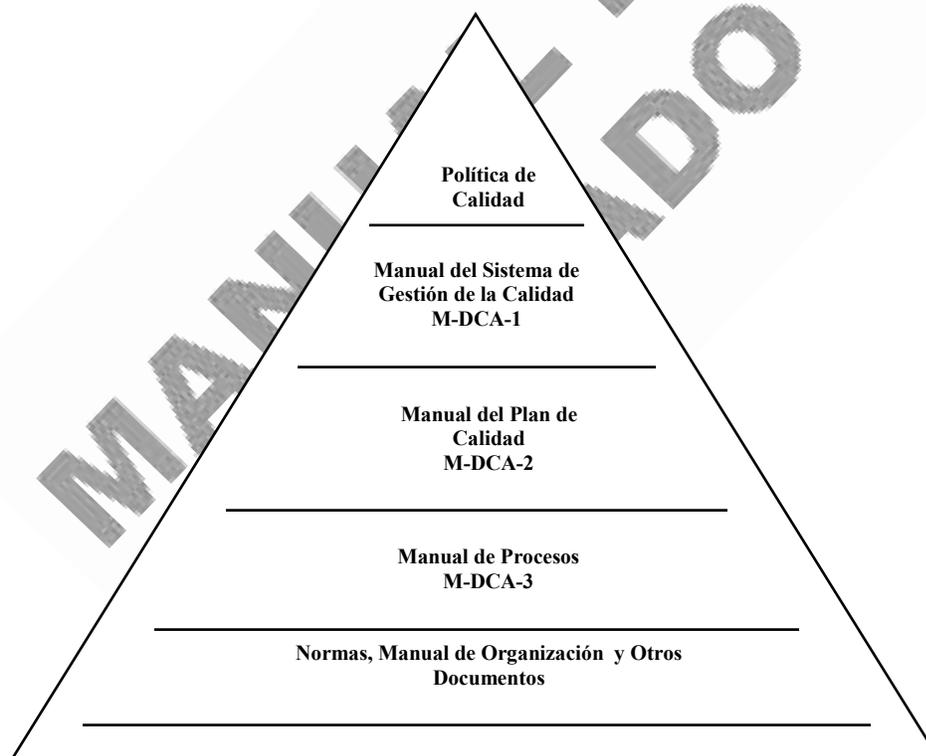
4.2 Requisitos de la Documentación

4.2.1 Generalidades

Para que nuestro sistema opere consistentemente, se mantenga y pueda mejorarse, se ha establecido e implantado documentos, considerando de mayor jerarquía, la política de calidad y los objetivos de calidad, así como los lineamientos del sistema; el Manual del Sistema de Gestión de la Calidad M-DCA-1 del cual se derivan los procesos requeridos por la norma internacional en el M-DCA-3 Manual de Procesos, más los documentos que se requieran en el Órgano Interno de Control, incluyendo registros de calidad, de tal manera que se asegure la operación efectiva y el control de los procesos.

Se tienen 2 manuales de apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad. El Manual de Organización, considerado como uno de las más importantes documentos externos y el Manual del Plan de Calidad M-DCA-2

Los documentos se han elaborado y clasificado, según su jerarquía y aplicación en la siguiente pirámide.



Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, se tiene una política y objetivos de la calidad documentada en el requisito 5.3 Política de Calidad y en el 5.4.1 Objetivos de Calidad del OIC, en este manual.

Un manual de la Planeación del Sistema de Gestión de la Calidad M-DCA-2 Plan de Calidad, donde se describen los procesos y sus interrelaciones asegurando la eficiencia de los servicios, también se incluye el mapeo de procesos y que se relaciona con el manual de procesos y procedimientos.

El Manual del Sistema de Gestión de la Calidad M-DCA-1 documentado, implementado, en una primera etapa sólo para el Área de Quejas, y distribuido a las áreas responsables del SGC.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:10 DE 33

4.2.2 Manual de la Calidad En el apartado 2 de este Manual de Calidad se justifican las exclusiones permitidas dentro de nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

La interrelación de los procesos dentro del SGC, se inicia con el Titular del OIC, cuyo proceso lo identificamos con el código T-TOI-1- Revisión por la Dirección, se referencia en el punto 5 de este manual. Este proceso se relaciona con el requisito 6 Gestión de los Recursos a través de la Coordinación Administrativa con 6 procesos que interactúan con todos los requerimientos que conforman el OIC tanto de Recursos Humanos, Materiales y Financieros, identificados con T-CAD-1 al T-CAD-6, esto se presenta detalladamente en el requisito 6 de este manual.

La realización de los servicios se identifica e interactúa con las áreas de Auditoría Interna en 3 procesos T-AA-1 Auditorías Publicas, T-AA-2 Control y Seguimiento de Observaciones y T-AAI-3 Integración de Expedientes para Responsabilidades.

En el Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno sus procesos se interrelacionan con las demás áreas a través del Proceso T-ACE-1 Programa Anual de Trabajo , T-ACE-2 Revisiones de Control Interno, T-ACE-3 Evaluación a Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel, T-ACE-4 Comunicación Interna.

El Área de Quejas cuenta con 4 Procesos T-AQU-1 Atención Ciudadana, T-AQU-2 Usuario Simulado, el T-AQU-3 Conciliaciones con proveedores o contratistas y T-AQU-4 Atención Directa y Gestión Inmediata, se interactúan con los procesos de las demás áreas y se muestran en el Plan de Gestión de la Calidad, donde los OICD envían a esta Área la información de la atención de las quejas en los estados.

El Área de Auditoría Interna, y de Quejas, cuando encuentran presuntas irregularidades de servidores públicos integran un expediente para ser enviado al Área de Responsabilidades. Esto es el resultado de la salida de los procesos T-AAI-1 y T-AQU-1 y que dan entrada al Proceso de Responsabilidades T-ARE-1 Proceso de Responsabilidades.

El Área de Responsabilidades, adicionalmente al Proceso de Responsabilidad T-ARE-1 instruye dos procesos T-ARE-2 Pliego de Responsabilidades y el T-ARE-3 Atención de Inconformidades, los cuales, una vez sustanciados, se procede a emitir el pronunciamiento que proceda conforme a derecho, mismo que puede ser susceptible de ser impugnado, siendo la Unidad de Asuntos Jurídicos la que atenderá las diligencias correspondientes a través de sus procesos.

Una vez que el Área de Responsabilidades emite una resolución sancionadora, los servidores públicos pueden demandar su nulidad, revocación o revisión en su caso, o solicitar el amparo y protección de la justicia federal en contra de dicho acto, también se puede solicitar contra cualquier acto que se reclame del Titular del OIC o de los titulares de Auditoría y de Quejas, abriéndose en la Unidad de Asuntos Jurídicos expedientes relativos a cualquiera de estos cuatro procesos T-UAJ-1 Juicios de Nulidad, T-UAJ-2 Juicios de Amparo, T-UAJ-3 Recursos de Revocación y el T-UAJ-4 Atención de Recursos de Revisión Administrativa.

Los OICD dirigidos por la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales, realizan la mayoría de las actividades que hacen las áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación, y de Quejas, con sus procesos T-OID-1 Proceso de Auditoría para los OIC Delegacionales , T-OID-2 Proceso de Atención de Quejas, T-OID-3 Revisiones de Control Interno para OIC Delegacional, y envían sus informes y reportes a la Coordinación de OICD, la cual integra la información en el T-COI-1 Proceso de Control para los OIC Delegacionales.

Una vez integrados los servicios se miden y mejoran integrando el requisito 8 referenciado en este manual.

Es así como se integran 29 procesos, documentados para esta primera etapa sólo 10, y aplicados por cada Área Responsable, garantizando el óptimo aprovechamiento de los recursos y la satisfacción de los clientes.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:11 DE 33

4.2.3 Control de los Documentos

Se controlan los documentos requeridos en nuestro SGC con los procedimientos “Elaboración de Documentos” y “Control de Documentos” bajo las siguientes políticas:

- Sometiéndolos a aprobación antes de ser editados, para validar su aplicación y adecuada funcionalidad.
- Revisándolos y actualizándolos cuando sea necesario, sometiéndolos nuevamente a aprobación.
- Los cambios se identifican, así como el estado de revisión actual de los documentos para asegurar que las versiones pertinentes aplicables se encuentren disponibles en los lugares de uso.
- Estableciendo una codificación para los documentos que los hacen fácilmente identificables.
- Asegurándose que sean legibles.
- Identificando los documentos de origen externo y controlando su distribución.
- Evitando el uso no intencionado de documentos obsoletos, identificándolos adecuadamente cuando requerimos retenerlos.

El Órgano Interno de Control, adquirió un software denominado Sistema de Administración de Datos y Documentos (SADD). El cual es administrado por el Departamento de Calidad y en el Procedimiento para el “Control de Documentos”, se especifican todos los requerimientos del punto 4.2.3 de la norma ISO- 9001:2000, expuesto anteriormente. Es importante hacer notar que este sistema viene a sustituir al papel en lo que se refiere a la Calidad, además de tener los documentos en forma impresa.

Cada Titular de Área y Coordinador que integran el Comité de Calidad, autorizan los documentos para su mantenimiento y funcionamiento como se muestra en el Manual de Procesos M-DCA-3 cumpliendo con el requisito de ISO- 9001:2000.

4.2.4 Control de los Registros

Se considera a los registros de calidad como un tipo especial de documento, por lo que se diseñó y establecimos mantener un procedimiento documentado “Control de Registros de Calidad” con el cual facilitar los lineamientos a los servidores públicos del OIC para los Controles de Identificación, Almacenamiento, Protección, Recuperación, Tiempos de Retención y Disposición de los Registros de Calidad, incluyendo una matriz de Identificación de registros de Calidad requeridos por la Norma ISO 9001:2000. Se tiene evidencia de la conformidad y efectividad de la operación de los procesos del SGC.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:12 DE 33

REQUISITO		RESPONSABILIDAD
	5	DE LA DIRECCIÓN

5.1 Compromiso de la Dirección

El Titular del Órgano Interno de Control y el Comité de Calidad, sostienen su compromiso con el desarrollo, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad; este compromiso lo dan a conocer a todo el personal del OIC, a través de las siguientes actividades y evidencias en el Proceso T-TOI-1 Revisión de la Dirección:

- Comunicando continuamente la importancia de cumplir con los requisitos del cliente y con los ordenamientos reglamentarios y legales.
- Estableciendo y transmitiendo la política y los objetivos de calidad, de tal manera que es comprendida, se implanta y mantiene.
- Realizando las revisiones de la Dirección, con la finalidad de conocer, además del apego y cumplimiento con la norma, si se está cumpliendo con los objetivos para la calidad de la organización, de tal forma que se pueden determinar qué ajustes y acciones correctivas son necesarias para alcanzar los objetivos y se documenta en el Proceso T-TOI-1.
- Asegurando la disponibilidad de los recursos necesarios tanto humanos, materiales y financieros en el presupuesto asignado al OIC.
- Conservando evidencias de sus actividades en los Formatos F-TOI-1 Minuta de la Revisión de la Dirección.
- También el compromiso de la Dirección, se evidencia en el Proceso T-DCA-3 "Mejora Continua del OIC en el Instituto", referenciado en el requisito 8 de este manual y como información de entradas al proceso T-TOI-1 Revisión por la Dirección

5.2 Enfoque al Cliente

El Titular del Órgano Interno de Control apoyado en el Comité de Calidad, se asegura que las necesidades y expectativas de los clientes han sido convertidas en requisitos y son cumplidas con la finalidad de lograr la satisfacción de estos, cuidando siempre las obligaciones reglamentarias y legales. Lo anterior se mide a través de la información que proporcionan acerca de nuestro desempeño y de los servicios que se otorga a los clientes, con respecto a sus requerimientos y expectativas.

Las evidencias se muestran en los formatos F-DCA-1 Modelo del Proceso, F-DCA-2 Diagrama de Flujo del Proceso y el F-DCA-3 la Satisfacción del Cliente, resultado de las encuestas a los clientes.

Cada mes en el Comité de Calidad, se verifica la satisfacción de los clientes y lo documentamos en el F-TOI-1 Minuta de la Revisión de la Dirección y lo referencia en los requisitos 7.2.1 y 8.2.1 del presente manual, cuyo objetivo primordial es aumentar la satisfacción del cliente.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:13 DE 33

5.3 Política de la Calidad

En el OIC en el Instituto, su Titular define y documenta la siguiente Política de Calidad:

BRINDAR SERVICIOS EN FORMA EFICAZ, CONFIABLE Y DE CALIDAD A NUESTROS CLIENTES Y USUARIOS SATISFACIENDO SUS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS.

PARA LOGRARLO, TODO EL PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, ESTA COMPROMETIDO A REALIZAR SUS ACTIVIDADES MEDIANTE LA MEJORA CONTÍNUA.

Compromisos

Para lograrlo nos comprometemos a:

- Conocer, entender y satisfacer las necesidades de los clientes.
- Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Administración de la Calidad.
- Mejorar continuamente los recursos humanos y técnicos.
- Planear la estrategia de desarrollo.

La Política de la Calidad, así como el Sistema de Gestión de la Calidad, cuentan con el respaldo total del Titular del Órgano Interno de Control, por lo cual se difundió a todo el personal que conforma la organización, a fin de que sean entendidos y aplicados correctamente, por lo que es compromiso de todos los servidores públicos que integran el OIC conocerlos y utilizarlos durante la ejecución de sus actividades.

**El C. Titular del Órgano
Interno de Control en el Instituto y
Presidente del Comité de Calidad**

El Titular del OIC con el apoyo del Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y su Comité de Calidad, aseguran y vigilan que la política de calidad establecida:

- Es apropiada al propósito de este OIC.
- Es un compromiso para cumplir los requisitos y para la mejora continua.
- Provee un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de calidad.
- Es comunicada y entendida a través de la organización.
- Se revisa para que siempre esté actualizada y adecuada.
- Se monitorea a través de un proceso T-TOI-1 Revisión de la Dirección, y del T-DCA-3 "Mejora Continua del OIC en el Instituto".

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la Calidad

El Titular del OIC con el apoyo del Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y del Comité de Calidad, definieron los siguientes Objetivos de Calidad para el año de 2003:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:14 DE 33

- Implantar, mantener y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de la Calidad ISO-9001:2000 en todo el OIC en el Instituto.
- Cumplir al 100% el Programa Anual de Trabajo (PAT).
- Remisión del 90% de informes de Revisiones de control en 10 días hábiles.
- Evaluación a unidades medicas de segundo y tercer nivel entregado informe en 10 días hábiles.
- Comunicar al personal del OIC. Las actividades del SAC bimestralmente.
- Remisión del 90% de informes de auditoria en 5 días hábiles.
- Solventar al 100% las observaciones acumuladas a diciembre de 2003 y el 50% de las observaciones generadas.
- Resolución del total de Quejas, Denuncias y Peticiones.
- Efectuar 100 visitas de Usuario Simulado.
- Obtener 50% en conciliaciones exitosas.
- Resolución del 45% anual de expedientes de Responsabilidades.
- Calificación de pliegos Preventivos de Responsabilidades en 60 días hábiles a partir de la integración de expedientes.
- Resolución de inconformidades en 60 días hábiles.
- Atención al 100% de juicios de nulidad y de Amparo.
- Atención del 90% de Recursos de Revocación.
- Atención al 90% de Revisión Administrativa.
- Garantizar la atención de las requisiciones recibidas de recursos materiales y servicios al 100%.
- Ejercer al 100% las partidas presupuestales sin sobregiros.
- Cumplir el 80% de los cursos programados de capacitación anual.
- Atender en un 95% las solicitudes del servicio de cómputo de las áreas del OIC en un plazo de 24 horas.
- Mantener al 100% en operación el Sistema de Gestión de la Calidad del OIC en las Áreas implantadas.
- Realizar dos Auditorías internas de la calidad en el año.
- Competencia y Desarrollo a 55 Auditores Internos de la Calidad a nivel nacional.

Los objetivos están establecidos para todas las funciones y niveles relevantes dentro de la organización; son medidos y son consistentes para la consecución de la política de calidad y para satisfacer los requisitos de los clientes, incluyendo el compromiso de mejora continua. Para mayor información, véase el Proceso T-TOI-1 y el T-DCA-3 en el Manual de Procesos M-DCA-3.

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

Con el objeto de constituir el Comité de Calidad para la implantación en sus diferentes etapas de un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la norma ISO 9001: 2000, cuya función principal es asegurar que los recursos necesarios se identifiquen y planifiquen, con la finalidad de lograr los objetivos de la calidad establecidos para la función de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, Responsabilidades, Asuntos Jurídicos, Coordinación de los Órganos Internos de Control Delegacionales y la Coordinación Administrativa del OIC en el Instituto, se reunieron en las instalaciones del propio OIC, los Titulares de las respectivas áreas y Coordinadores, tomándose el siguiente:

Acuerdo

Se constituye el Comité de Calidad que supervise la implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la Norma ISO 9000, la revisión ISO-9001:2000 con el fin de obtener y mantener la certificación correspondiente para la función de Auditoría Interna, de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, de Quejas, de Responsabilidades, de Asuntos Jurídicos, de la Coordinación de los Órganos Internos de Control Delegacionales y sus 35 OICD y la Coordinación Administrativa que realiza el OIC.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:15 DE 33

Estructura:

Puesto	Función
Titular del ÓIC	Presidente
Departamento de Calidad	Secretario Técnico
Titular del Área de Auditoría Interna	Vocal
Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno	Vocal
Titular del Área de Quejas	Vocal
Titular del Área de Responsabilidades	Vocal
Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos	Vocal
Titular de la Coordinación de OICD	Vocal
Titular de la Coordinación Administrativa	Vocal
Titular de la Unidad de Supervisión y Control	Vocal

Funciones:

Coordinar el proceso de implantación y asegurar el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad conforme a la Norma ISO-9001: 2000.

- Elaborar, aprobar y revisar periódicamente la Política y los Objetivos de Calidad.
- Supervisar el cumplimiento de lo estipulado en el Manual de Calidad, así como en los procesos y registros de calidad, que conforman la documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Auxiliar al personal del OIC en la interpretación y aplicación de los puntos de la norma ISO 9001: 2000 y de los documentos del Sistema.
- Autorizar y dar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas que genere la propia operación del sistema.
- Autorizar cualquier modificación a los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Supervisar la ejecución de las Auditorías Internas de Calidad.

Funcionamiento

El Comité se reunirá, al menos una vez al mes, y se considerará como actividades relevantes el proceso T-TOI-1 Revisión de la Dirección y el proceso T-DCA-3 Mejora Continua del OIC en el Instituto.

Todos los integrantes tendrán voz y voto, y el Presidente contará con voto de calidad. Cada uno de los integrantes podrá nombrar un suplente temporal, mediante comunicación a la Secretaría Técnica, cuidando que dicho suplente cuente con la jerarquía necesaria para atender los asuntos propios del Comité.

Se convocará a las reuniones, al menos con tres días naturales de anticipación. EL Secretario Técnico será el encargado de la elaboración de las minutas correspondientes y del seguimiento de los acuerdos.

La asistencia de invitados estará sujeta a la aprobación del Presidente del Comité.

Con el funcionamiento de los Manuales M-DCA-1 Sistema de Gestión de la Calidad, M-DCA-3 Procesos y el Manual del Plan de Calidad M-DCA-2, se asegura que la implantación documental y mantenimiento del sistema se realicen de manera controlada. Los resultados de la planificación son documentados en minutas de trabajo del Comité, incluyendo lo siguiente:

- Los procesos del sistema.
- Los recursos necesarios para la implantación y mantenimiento.
- La mejora continua del sistema T-DCA-3

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:16 DE 33

- En el F-TOI-1 Minuta de la Revisión de la Dirección, queda la evidencia firmada con los acuerdos de cada integrante del Comité de Calidad.

Cabe destacar que con lo anteriormente expuesto, se cumple con la cláusula 4.1, 5.6.2, 5.6.3, 7 y 8 descrito en este Manual del Sistema de Gestión de la Calidad.

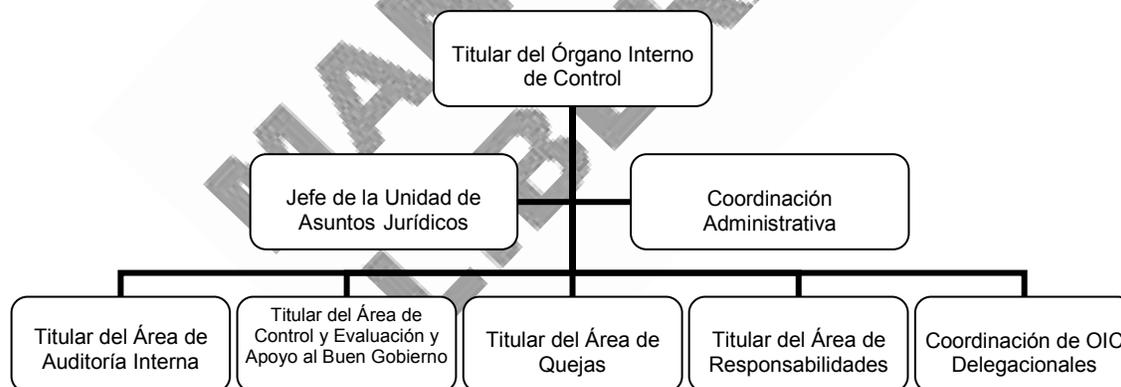
5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

Es responsabilidad del Titular del Órgano Interno de Control en el Instituto, con el apoyo del Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y del Comité de Calidad, el asegurar que todas las unidades administrativas que integran el OIC, estén comprometidos en asegurar la definición y comunicación de las responsabilidades, autoridad y su interrelación dentro de la organización, lo cual se establece en el documento externo "Manual de Organización" para la necesidad de un acercamiento adecuado a la calidad y a la mejora continua de los procesos.

Se presenta el Organigrama del Órgano Interno de Control en el Instituto a nivel de mandos medios y superiores.

ORGANIGRAMA ACTUAL



En el OIC, están definidas y documentadas, la responsabilidad, autoridad y la interrelación de todo el personal que administra, realiza y verifica el trabajo que afecta la calidad, particularmente para el personal que necesita la libertad organizacional y autoridad para:

- Iniciar acciones para prevenir la recurrencia de las no conformidades relacionadas con el servicio y proceso de las Áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, Responsabilidades, Unidad de Asuntos Jurídicos, Coordinación de los Órganos Internos de Control Delegacionales y 35 OICD y la Coordinación Administrativa, integradas al OIC y al SGC.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:17 DE 33

- Identificar y registrar cualquier problema relacionado con el servicio y proceso de Auditoría Interna, de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, Responsabilidades, Unidad de Asuntos Jurídicos, Coordinación de los Órganos Internos de Control Delegacionales, los 35 OICD y la Coordinación Administrativa y del SGC.
- Iniciar, recomendar o proporcionar soluciones a través del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y del Departamento de Calidad.
- Verificar la implantación de las soluciones en los procesos de calidad del OIC.
- Controlar la entrega o instalación del producto no conforme, hasta que la deficiencia o condición insatisfactoria se haya corregido de los productos generados en el OIC

5.5.2 Representante de la Dirección

El Titular del Órgano Interno de Control en el Instituto y Presidente del Comité de Calidad ha designado al Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo Al Buen Gobierno como Representante de la Dirección, quien independientemente de otras responsabilidades, tiene la responsabilidad y autoridad de:

- a) Asegurar que se establezcan, implanten y se de mantenimiento a los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad.
- b) Informar a la alta dirección del funcionamiento del sistema, incluyendo las necesidades para la mejora.
- c) Promover la toma de conciencia de los requisitos de los clientes en todos los niveles de la organización.

La responsabilidad del Representante de la Dirección incluye las relaciones con partes externas sobre asuntos relacionados con el sistema.

5.5.3 Comunicación Interna

El Titular del OIC a través del Representante de la Dirección ha implantado un proceso de Comunicación Interna T-ACE-4 que asegura la difusión de los acuerdos y directrices del Comité de Calidad a todo el personal que participará en el SGC, incluyendo los 35 OIC's Delegacionales por medio de:

- Reuniones periódicas con los empleados
- Trípticos
- Red local de voz y datos del OIC
- Correo electrónico
- Fax
- Página del OIC en Internet e Intranet
- Sistema de Administración de Documentos y Datos (SADD)
- Boletín Interno ACTUA
- Servicios de mensajería especializada (correo certificado, valija, DHL)

5.6 Revisión de la Dirección

5.6.1 Generalidades

El Titular del OIC a través del Comité de Calidad, del Representante de la Dirección y el Departamento de Calidad realizará revisiones periódicas del sistema, para asegurar su continua consistencia, adecuación y eficacia. Esta revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema, incluyendo la política, y los objetivos de la calidad.

Se conservarán registros de las revisiones efectuadas por la Dirección en los Formatos F-TOI-1 Minuta de Revisión de la Dirección y el F-TOI-2 Matriz de Evaluación de los Requisitos y Responsables del Sistema de Gestión de la Calidad, y está conforme a la cláusula 4.2.4 de este manual.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:18 DE 33

5.6.2 Datos de Entrada para la Revisión.

En el proceso de la Revisión por la Dirección T-TOI-1, se identifican como requisitos de entrada los resultados de las auditorías internas de calidad, las Auditorías efectuadas por la empresa certificadora, el desempeño de los procesos de las diferentes áreas del OIC con sus respectivos productos (servicios), los acuerdos de comité en las minutas de las reuniones anteriores como resultado de este proceso, los seguimientos a las acciones correctivas y preventivas y las recomendaciones para la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad, en el proceso T-DCA-3.

Lo antes mencionado son las entradas del proceso y en el formato F-DCA-2 Diagrama de Flujo del proceso, se identifica el monitoreo de cada actividad con su registro de calidad.

Mensualmente y cuando se considera necesario el Comité sesiona para atender cualquier contingencia dentro del sistema.

5.6.3 Resultado de la Revisión.

El producto del proceso T-TOI-1 se identifica como la Minuta de Comité de formato F-TOI-1 Revisión de la Dirección en el que se incluyen los acuerdos del cumplimiento de los objetivos de calidad, los acuerdos de los resultados anteriores, seguimiento al SGC, revisión de los servicios proporcionados a los clientes y las oportunidades de mejora de cada proceso.

Es de vital importancia la suficiencia presupuestal tanto de recursos humanos como financieros para el desempeño del sistema implantado.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:19 DE 33

REQUISITO	6	GESTIÓN DE RECURSOS.
------------------	----------	-----------------------------

6.1 Provisión de Recursos

El personal con responsabilidades definidas en el Sistema de Gestión de la Calidad, es competente en base a la educación, formación, habilidades, prácticas y experiencia que son necesarias para la ejecución de sus actividades, las cuales están descritas en el documento externo Manual de Organización del OIC en el Instituto, y la Coordinación Administrativa ha implementado el proceso T-CAD-1 Recursos Materiales, T- CAD-2 Recursos Financieros, T-CAD-3 Recursos Humanos, para proporcionar los recursos que requieren las áreas y coordinaciones del OIC.

6.2 Recursos Humanos

El Departamento de Recursos Humanos y Competencia proporciona los requerimientos necesarios, con base a las necesidades y requisitos de las áreas, tomando en consideración educación, formación, habilidades y experiencia laboral asegurando que los empleados estén conscientes de la permanencia e importancia de sus actividades y con ello contribuir al logro de los objetivos de calidad.

6.2.1 Competencia, Toma de Conciencia y Formación

Para mantener la competencia del personal en el cumplimiento de sus funciones, la Coordinación Administrativa a través del Departamento de Recursos Humanos, Formación y Competencia, mantiene un proceso documentado T-CAD-3 "Recursos Humanos" y T-CAD 4 " Formación y Competencia" y en los cuales:

- Se identifican las necesidades para fortalecer la competencia del personal que ejecuta actividades que afectan a la calidad;
- Se proporciona capacitación para cubrir esas necesidades;
- Se evalúa la efectividad de la misma.

En la Jefatura de Recursos Humanos, Formación y Competencia, se conserva las evidencias y registros correspondientes de la o Educación, Formación, Calificación y Experiencia del Personal. Ver T-CAD-3"Recursos Humanos".

6.3 Infraestructura

En el Proceso T-CAD-1 Recursos Materiales y T-CAD-5 Apoyo Informático se identifican, proveen y mantienen las instalaciones de la organización que se requieren para lograr la conformidad de los servicios, incluyendo el inmueble los adecuados espacios de trabajo e instalaciones asociadas, así como la debida iluminación y aire lavado, entre otros.

El OIC cuenta con la capacidad instalada en equipo de cómputo y sistemas que permiten el Control y Seguimiento de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad para la oportuna toma de decisiones. Así como una red de voz y datos que coadyuvan al fortalecimiento de la comunicación de áreas centrales y Nacional.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:20 DE 33

6.4 Ambiente de Trabajo

El OIC procura las mejores condiciones para el cumplimiento de los requisitos de las áreas para el desarrollo de sus procesos. Entre los elementos que propician un adecuado ambiente de trabajo, se encuentra el sistema de aire lavado, la creación de nuevas oficinas, mejores espacios, mejor iluminación, plantas, limpieza, etc.

Además, con el objetivo de propiciar un adecuado ambiente de trabajo entre el personal del OIC, se tiene instrumentado un Sistema Interno de Reconocimiento y Estímulos al Personal, el cual es evaluado y reconocido en forma trimestral.

La Coordinación Administrativa llevará a cabo la medición de sus procesos a través de indicadores de productividad, toda vez que se busca conocer el total de servicios atendidos en relación a los solicitados, Adicionalmente con encuestas que le proporcionen el acopio de información se realiza la medición del producto y se verifica la satisfacción del cliente o la No Conformidad lo que permite efectuar las acciones encaminadas hacia la mejora continua.

MANUAL
LIBERADO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:21 DE 33

	7	REALIZACIÓN DEL SERVICIO
--	---	-----------------------------

7.1 Planificación de la realización del servicio

Para la realización de los servicios se planifican y desarrollan procesos en cada Área y Coordinación, desde la identificación de cada proceso (véase 4.1 de este manual) y los acuerdos en el Comité de Calidad para la consecución de los objetivos de esos procesos (véase 5.4).

La planeación se realiza basándose en los objetivos de calidad, así como de los requisitos del servicio de parte de los clientes; la S.F.P., el Instituto y los Usuarios, se documentan contando con la descripción de cada proceso específico de las áreas del OIC, así como los criterios para la aceptación de los servicios. Estos se mantienen como registros para proporcionar evidencias de que los procesos de realización de los servicios cumplen con los requisitos de la norma ISO-9001:2000.

Se cuenta con un Manual M-DCA-2 Plan de Calidad donde se incluye la interrelación de los procesos, mapeo de cada proceso, describiendo la operación de los servicios que se entrega a los clientes.

Cada servicio que se proporciona a los clientes va inspeccionado, verificado y validado por la propia área y liberado por cada Titular de Área o Coordinador, de acuerdo al procedimiento "Elaboración de Procesos".

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con los servicios.

El Titular del OIC, Titulares de Área y Coordinadores, conocen y dan cumplimiento a los requisitos relacionados con los servicios tales como:

- Los requisitos especificados por el Gobierno Federal, específicamente por la SFP.
- Instituto, Derechohabencia y público en general, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,
- Requisitos no especificados pero necesarios para el uso especificado o intencionado de los servicios, y
- Legales y reglamentarios relativos a los servicios que se proporcionan.

Por lo que hace a la Unidad de Asuntos Jurídicos, una vez que se notifican a este Órgano Interno de Control las Demandas de Nulidad o de Amparo en contra de las resoluciones emitidas en su caso por los Titulares del Órgano Interno de Control o del Área de Responsabilidades, dicha Unidad procede a realizar la defensa jurídica de las mismas a través de los procesos de juicios de nulidad o juicios de amparo, T-UAJ-1, T-UAJ-2, integrados en el Sistema de Gestión de la Calidad cubriéndose los requisitos legales mínimos, debiéndose atender dicha defensa al 100% dentro del término legal establecido en las diversas normas legales aplicables.

Así mismo, una vez que se presenten ante este Órgano Interno de Control los recursos de revocación T-UAJ -3 o de revisión en contra de las resoluciones emitidas por el Titular del Área de Responsabilidades en los expedientes de presunta responsabilidad o de inconformidades derivadas de procedimientos licitatorios respectivamente, T-UAJ-4 la Unidad de Asuntos Jurídicos procederá a resolver los recursos Revisión Administrativa interpuestos, integrados en el Sistema de Gestión de la Calidad cubriéndose los requisitos legales mínimos, debiéndose atender dichos recursos cuando menos al 90% dentro del término legal.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:22 DE 33

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con los servicios.

El Titular del OIC y los de Área o Coordinación y de Asuntos Jurídicos revisan los requisitos y procesos relacionados con los servicios antes de cumplir con los requerimientos de los servicios, y para asegurarnos de:

- La definición de los requisitos de los servicios.
- Cuando no exista una solicitud escrita de los requisitos del cliente, se confirmen antes de su aceptación.
- Se resuelvan las diferencias encontradas entre los requisitos establecidos en el contrato vigente y las modificaciones a estos.
- Tener la capacidad para cumplir con los requisitos definidos para los servicios con los clientes.

Se Registra y conserva la evidencia de los resultados de las revisiones del establecimiento del contrato, con los requisitos confirmados, así como de las actualizaciones que se realicen posteriormente. En los casos que cambiasen los requisitos de los servicios, se asegura que la documentación se actualiza, dándose a conocer los mismos a la totalidad del personal que integra este OIC.

7.2.3 Comunicación con el cliente

Los responsables de los procesos deberán mantener comunicación con los clientes, quienes:

- Conocerán los requerimientos, necesidades y expectativas para proporcionar servicios que cumplan con los requisitos.
- Comunicarán a la totalidad del personal que integra este OIC los requerimientos y adecuaciones,
- Vigilarán el cumplimiento de los requisitos, adecuando los procesos y asignando los recursos necesarios en su caso.
- Mantendrán medios de comunicación con ellos como (teléfono, Fax, e mail, Internet).
- Mediante encuestas conocerán expectativas, quejas, sugerencias, mismas que se analizan, clasifican y en su caso, se convierten en requerimientos del sistema.
- Comunicarán las resoluciones a los organismos o personas que interpongan quejas o peticiones.

7.3 Diseño y Desarrollo.- Exclusión permitida y presentada en el alcance de este manual.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de Compras

La Coordinación Administrativa a través del Departamento de Recursos Materiales y Financieros, es responsable de integrar la información para formular la solicitud de abastecimiento-Abast y presentarlos a la Subdirección General de Administración del Instituto, así como el registro y control de las compras directas, consolidadas y la calidad de los artículos adquiridos.

Son los Titulares de Áreas, Coordinadores, Titulares de Unidad y Jefes de Departamento que conforman la Estructura Orgánica del OIC, los que proporcionan las especificaciones de los bienes que requieren, observando que estas correspondan a las estrictamente indispensables para el desarrollo de las actividades de carácter oficial encomendadas a sus respectivas áreas, vigilando a su vez el cumplimiento de las disposiciones en materia de racionalidad, austeridad y disciplina presupuestal.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:23 DE 33

Las compras se afectan con base a las necesidades de las áreas que conforman al OIC, por lo que la Coordinación Administrativa, elaborará el proceso de compras identificado T-CAD-6 presentado en el Manual de Procesos M-DCA-3 en el que se mostrarán las Adquisiciones Directas y Consolidadas y verificados los documentos de compras. Liberado por el Departamento de Calidad cuando sea necesario.

Se establecen y mantienen actualizados los registros de calidad de los proveedores seleccionados para cumplir con el requisito 4.2.4 de la norma Internacional ISO-9001:2000.

7.4.2 Información de las Compras

La Subdirección General de Administración del Instituto, es la encargada de realizar las adquisiciones y licitaciones con base en lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

Las solicitudes de adquisiciones del OIC. Son notificadas por la Subdirección de Recursos Materiales y Servicios del Instituto. La Coordinación Administrativa conoce las bases de la licitación sobre los bienes que serán adquiridos y acude a los actos de apertura de la oferta técnica.

En los formatos de solicitud de bienes de consumo y de inversión, se especifica claramente que su aplicación es exclusivamente en el OIC y se muestra en el Diagrama de Flujo F-CAD-X

7.4.3 Verificación de los Productos Comprados

Todos los artículos y bienes comprados a través de Adquisiciones Consolidadas no se hacen verificaciones en las instalaciones de los proveedores, toda vez que ello comprende a otras instancias del Instituto. En el caso, de compras directas menores, se acude selectivamente a las instalaciones del proveedor para verificar los bienes adquiridos en caso de reclamación.

7.5 Producción y Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la Producción (Servicio)

En el Área de Auditoría de Control y Evaluación del OIC en el Instituto, se identificaron y establecieron 4 procesos sustantivos, conforme a los requisitos requeridos por los clientes, los propios del OIC y los legales y reglamentarios aplicables, mismos que se realizan en condiciones controladas, incluyendo los requisitos antes citados, procedimientos documentados cuando son necesarios, equipos apropiados y métodos de control, seguimiento, liberación y entrega de los servicios, estos procesos son:

- T-ACE-1 Programa Anual de Trabajo (PAT), Determinados los objetivos generales y los requerimientos específicos de los centros de trabajo a revisarse, e integrados con información de diversas áreas del Instituto, estos se turnan a la Secretaría de la Función Pública (SFP), para la autorización del PAT, y se controla y da seguimiento en informes trimestrales por medio del Sistema de Información Periódica (SIP).
- El proceso de Revisiones de Control Interno T-ACE-2 con base en el PAT, se ejecutan las revisiones de control para el mejoramiento de procesos, adopción de mejores prácticas, monitoreo de operaciones, evaluaciones de tecnologías de información específicas y se aplican métodos de control y seguimiento como, mapeo, matriz de riesgos, diagramas de bloque, hojas de trabajo, cedulas de acciones de mejora e índices de eficiencia, dando como resultado los informes y acuerdos de control correspondientes.
- El Proceso de Evaluación a Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel T-ACE-3 realiza la supervisión a unidades médicas conforme a la guía respectiva, elaborando un informe por cada una de las visitas y registrando los resultados en el tablero de control electrónico que se formuló para ello.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:24 DE 33

- En el proceso de Comunicación Interna T-ACE-4, se asegura la difusión de los acuerdos del Comité de Calidad a todo el personal del OIC.
- El Titular del Área de Auditoría Interna, del OIC en el Instituto, estableció 3 procesos, para que los productos cumplan con los requisitos que la normatividad establece en cada caso, como sigue:
- A través del Proceso T-AAI-1 “Control de Auditorías Públicas”, se llevan a cabo las Auditorías que se practican a las diversas áreas del Instituto, desde su investigación preliminar, hasta la entrega del informe final, cumpliendo así de manera uniforme, con la Normatividad emitida por la SFP.
- Así mismo, mediante el Proceso T-AAI-2, “Control y Seguimiento de Observaciones”, se cumple con lo establecido en materia de seguimiento, control y solventación de observaciones determinadas por el Órgano Interno de Control, Auditoría Superior de la Federación, Secretaría de la Función Pública y el Auditor Externo, para su registro en el Sistema de Información Periódica (SIP), de acuerdo con lo establecido en los lineamientos del Plan Anual de Trabajo (PAT), Guía General de Auditoría Pública, Criterios para la baja y solventación de las observaciones y demás disposiciones legales y administrativas aplicables al efecto.
- Como resultado de las auditorías o actos de fiscalización realizados, en su caso, deriva la necesidad de iniciar la integración de expedientes que deberán turnarse al Área de Responsabilidades. Actividad que se cumple en base a la normatividad correspondiente, con el Proceso T-AAI-3 “Integración de Expedientes para Responsabilidades.

El Titular del Área de Quejas ha definido otros 4 importantes procesos:

- Proceso de T-AQU-1 “Atención Ciudadana” que concluye la atención a las Quejas y Denuncias relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones de los servidores públicos y aquellas que se refieren a trámites y servicios.
- También ha implantado los procesos T-AQU-2 “Usuario Simulado”
- El T-AQU-3 “Conciliaciones con Proveedores y Contratistas.
- Y como una necesidad imperante debido al crecimiento exponencial en la solicitud de atención a quejas y denuncias se creo el área y su respectivo proceso de T-AQU-4 Atención Directa y Gestión Inmediata.

La Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales implementó el proceso T-COI-1 “Control de Órganos Internos Delegacionales” en el cual, se concentra y consolida toda la información que genera cada OICD.

Para los 35 Órganos Internos de Control Delegacionales (OICD) se implementaron 3 procesos del T-OID-1 al T-OID-3 Auditorías para OICD; Atención de Quejas y Revisiones de Control Interno respectivamente. Cada mes los informes de estos procesos se envían a la Coordinación de Órganos Internos Delegacionales para que a su vez los canalice a las diferentes áreas del Órgano Interno de Control Central.

7.5.2 Validación de los Procesos para los Servicios

En cada proceso identificado y aplicado, se mide el proceso y el producto (servicio) mediante el formato F-DCA-2 Medición y Seguimiento del Proceso y el Servicio y en el formato F-DCA-3, se identifica la verificación de los registros del Cliente, liberado para su inclusión en SADD como registro de Calidad (4.2.4).

Cada proceso que se establece en el OIC sitúa las condiciones mínimas que prevalecen antes, durante y después de las revisiones que se efectúan a las diferentes áreas del Instituto.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:25 DE 33

Por parte del área auditada se dota al personal auditor de los recursos y elementos necesarios y suficientes para la ejecución del trabajo de Auditoría, así como de las instalaciones. El responsable del grupo de Auditoría procura que cuenten con el espacio, equipo, mobiliario y condiciones de seguridad necesaria para el desarrollo de sus labores; así como es responsable de la guarda y custodia de documentos y papeles de trabajo en el Archivo General del OIC, una vez concluida la revisión.

Además, se establecen los mecanismos para el control y seguimiento de las actividades desarrolladas en el transcurso de la revisión a través del supervisor, quien verifica y registra los avances de acuerdo con lo establecido en el cronograma de actividades y de conformidad con los tiempos establecidos, en su caso, se reprograman las actividades o se ajustan los tiempos de la revisión.

El mismo supervisor verifica el contenido y llenado de las cédulas de observaciones que representan el producto final de la revisión, al contener las situaciones irregulares. El Titular de la Unidad revisa finalmente el contenido y clasifica las cédulas de observaciones, incluidas a los informes. Esto se establece como "IN" Registro de Calidad y se integra en el Procedimiento Control de Registro de Calidad en el Sistema de Gestión de la Calidad.

El OIC identifica las etapas de la auditoría, desde las investigaciones preliminares, inicio, ejecución e informe de la Auditoría y supervisa que todas las etapas de la Auditoría se lleven a cabo dentro de un control establecido que abarca los procesos para la realización de la Auditoría T-AA1-1; el equipo y los recursos financieros y materiales necesarios para el desarrollo adecuado de la Auditoría T-CAD-1; el cumplimiento de la normatividad emitida por la SFP, así como las características y objetivos de la calidad en Auditoría, y la aprobación en cada etapa de la misma.

Las Auditorías se practican con auditores calificados, quienes son supervisados para cumplir con los objetivos de la Auditoría. Para cada Auditoría se especifican los requisitos de calificación del auditor comisionado y se mantiene un registro del desarrollo de la misma.

Como se observa en la cláusula 7.5.1, El Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, ha implantado los procesos T-ACE-1, al T-ACE-4, que abarcan los lineamientos expuestos por la SFP, y se llevan a la práctica por los Titulares de Unidades bajo su coordinación.

El Titular del Área de Quejas revisa los procesos T-AQU-1 "Atención Ciudadana", T-AQU 2 "Usuario Simulado", T-AQU-3 "Conciliaciones con Proveedores y Contratistas" y T-AQU-4 "Atención Directa y Gestión Inmediata" con la finalidad de que se observen las disposiciones legales correspondientes, así como el de emitir la resolución que conforme a derecho proceda.

El Titular del Área de Responsabilidad, revisa sus procesos T-ARE-1 Responsabilidades, T-ARE-2 Pliego de Responsabilidades, T-ARE-3 Inconformidades, a efecto de determinar las presuntas responsabilidades a que hubiera lugar e imponer en su caso, las sanciones que procedan, así como recibe y resuelve las inconformidades interpuestas por los actos que contravengan las disposiciones previstas en los ordenamientos legales aplicables a los procedimientos licitatorios.

El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos es responsable de dar atención oportuna a todos los servicios en materia contenciosa que requiere el OIC dentro del término legal y revisa los procesos de Juicios de Nulidad T-UAJ-1, Juicio de Amparo T-UAJ-2, Recursos de Revocación T-UAJ-3 y Revisiones Administrativas T-UAJ-4 integrados en el Sistema de Gestión de la Calidad en el Procedimiento "Elaboración de Procesos", con el objeto de que estos se lleven a cabo de conformidad con las disposiciones que rigen a cada materia, alcanzándose los objetivos planteados por la Unidad de Asuntos Jurídicos respecto a dichos procesos, referenciados en el requisito 5.4.1 y 5.4.2.

Por último, la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales (COID) para supervisar los procesos a cargo de los OICD, establece el proceso T-COI-1 "Control para los Órganos Internos de Control Delegacionales".

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:26 DE 33

Los OICD tienen a su cargo 3 procesos similares a los que realizan las áreas centrales, y la finalidad de cada uno de ellos es la siguiente:

T-OID-1 Que los Informes de las Auditorías realizadas, se apeguen a los lineamientos establecidos, tanto por la Secretaría de la Función Pública, como por el Órgano Interno de Control en el Instituto.

T-OID-2 Que la Atención de las Promociones Ciudadanas, recibidas en los OICD, se apeguen a los lineamientos emitidos tanto por la Secretaría de la Función Pública, como por el Órgano Interno de Control en el Instituto.

T-OID-3 Se verifica la evaluación a las Revisiones de Control Interno.

7.5.3 Identificación y Trazabilidad

En el OIC, los Titulares de Área, Coordinadores y Titulares de Unidad, son los responsables de coordinar las actividades de identificar y dar seguimiento a los diferentes servicios comprometidos en el Sistema de Gestión de la Calidad, todos los procesos están identificando con un código el resultado del proceso.

En cuanto a las auditorías y revisiones de control a cargo de Auditoría Interna, Control y Evaluación y OICD, desde la planeación de la revisión hasta la presentación del Informe de Auditoría y el Seguimiento para la solventación de las observaciones determinadas o de las acciones de mejora acordadas, se identifican y se rastrean a través del número de revisión asignado en el PAT, ejemplo: 3.01.38.00, donde los dígitos indican: (3) el año de revisión, (01) el número de la Auditoría de acuerdo al PAT, (38) la Unidad Auditora, (00) el número de revisiones realizadas en esa auditoría y las letras identifican: (A) auditoría y (C) revisión de control.

En cuanto al control y seguimiento de observaciones, cada una de éstas se identifica y se rastrea en el Sistema de Información para el Control de Auditorías (SIPCA) mediante el número asignado de registro, como sigue: 3.6338.1.15, donde el (3) es el año en que se dio de alta, (6) el número de revisión según el PAT, (38) la Unidad Auditora, (1) el número de la revisión interna y 15 el número de la observación.

Respecto a los procesos del Área de Quejas, se supervisa la correcta aplicación de los lineamientos establecidos por la SFP para la Identificación y Trazabilidad de los expedientes que son radicados en el Área de Quejas, desde su ingreso hasta su conclusión a través del Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SEAC), que identifica y tiene la Trazabilidad con el número de expediente asignado de manera consecutiva en el área, de acuerdo con lo siguiente:

El número de expediente será anotando en la pasta del folder y estará compuesto de 10 dígitos de la siguiente forma: 12-3456/7890 en donde

- **1-2.-** Corresponderán al tipo de expediente de que se trata de acuerdo a la clasificación realizada:
- **QU.-** Queja contra el servidor público
- **DE.-** Denuncia contra servidor público
- **SI.-** Seguimiento de irregularidad
- **SO.-** Solicitud
- **SU.-** Sugerencia
- **RE.-** Reconocimiento
- **CO.-** Conciliación
- **GC.-** Gestión Inmediata
- **CA.-** Asesorías y Orientaciones
- **3-6.-** Será el número consecutivo de expedientes que le corresponda
- **7-0.-** Se refieren al año en que se apertura dicho expediente.

En relación al Área de Responsabilidades, registra e identifica en el Libro Electrónico los expedientes atendidos con motivo de las Auditorías, Quejas y/o Denuncias en donde se advierten elementos que pudieran ser materia de

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:27 DE 33

responsabilidades administrativas y los relativos a las inconformidades presentadas por supuestas irregularidades derivadas de los procesos licitatorios efectuados por el Instituto. Adicionalmente, se lleva un registro en el Libro de Gobierno del Área de los expedientes integrados con motivo del fincamiento del Pliego Preventivo de Responsabilidades.

Para los efectos de su Identificación y Trazabilidad, a los expedientes derivados del Proceso de Responsabilidades se les asigna las siglas "PAR" que significa "Procedimiento Administrativo de Responsabilidades", seguido de cinco dígitos que corresponden al número consecutivo (000) y año en que se integra (00).

A los expedientes derivados del Proceso de Atención a Inconformidades se les asignan siete dígitos que corresponden al número consecutivo (000) y el año en que se integra (0000).

Y respecto a los expedientes integrados con motivo del fincamiento de pliego Preventivo de responsabilidades formulado por la Subdirección General de Finanzas del Instituto, se les asigna las siglas "PR" que significan "Pliego de Responsabilidades", seguido de siete dígitos que corresponden al número consecutivo (000) y año en que se integra (0000).

La Coordinación de OICD, mantiene los mismos criterios de Identificación y Trazabilidad en Auditoria, Actos de Fiscalización, Integración de Expedientes para Responsabilidades, Quejas e Intervenciones de Control en los 35 OIC Delegacionales.

La Unidad de Asuntos Jurídicos identifica las notificaciones relativas a los procesos de Juicios de Nulidad, Juicios de Amparo, Recursos de Revocación y Revisiones Administrativas, relacionados en dicha Unidad mediante el número de expediente asignado de manera consecutiva respecto de cada proceso, correspondiendo el 637-I y el número consecutivo que corresponda para Revisiones Administrativas; el 637-II y el número consecutivo que corresponda para Recursos de Revocación; 637-III y el número consecutivo que corresponda para Juicios de Nulidad; y 637-IV y el número consecutivo que corresponda para Juicios de Amparo.

El Titular de la Unidad de Asuntos Jurídicos revisa los procedimientos de Identificación y Trazabilidad respectivos con la finalidad de identificar los expedientes en cualquier parte del proceso hasta su conclusión, estableciendo gráficas como registros que proporcionan evidencias del cumplimiento de los objetivos del área en el Sistema de Gestión de la Calidad en el Procedimiento "Control de Registros".

7.5.4 Propiedad del Cliente

En la práctica de Auditorías las unidades administrativas del Instituto (Cliente) proporcionan espacio físico, equipo de cómputo y eventualmente equipo de transporte para facilitar la revisión de la auditoria. La guarda, custodia, almacenamiento y verificación de los bienes utilizados, está a cargo de las propias Unidades Administrativas (Cliente), cuando eventualmente alguno de estos bienes se daña o sea inadecuado para su uso, el personal comisionado del OIC informa al área auditada, quien registra y efectúa lo conducente. Por esta razón y por no intervenir directamente en los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, estamos excluyendo este requisito dentro del Manual del Sistema de Gestión de la Calidad.

7.5.5 Preservación de los Servicios

Cada una de las Áreas del OIC ejerce un control sobre los documentos durante el proceso y la realización del producto, hasta su guarda temporal en sus respectivas áreas del archivo.

Para cumplir con el presente requisito existen mecanismos orientados para la recepción, control, guarda y custodia de los expedientes e informes que las áreas generan, hasta en tanto se remitan al almacén general con domicilio en Av. San Fernando No, 15 Colonia Toriello Guerra, Delegación Tlalpan. Para cumplir el tiempo de retención establecido.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:28 DE 33

7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición

Dentro de los procesos de servicios como son las Auditorías Públicas que realiza el OIC, que no son actividades de manufactura en el que se incluyen equipos de inspección, medición y prueba, consideramos que este requisito de la norma internacional ISO 9001:2000 queda excluida dentro del Sistema de Gestión de la Calidad del OIC.

Sin embargo, el OIC en el Instituto cuenta con la capacidad instalada en materia informática para apoyar el desarrollo de los procesos de todas las áreas, las cuales nos mantienen en constante evaluación por la Secretaria de la Función Pública, quien consolida la información para los efectos pertinentes.

Los principales sistemas informativos son:

- SIP Sistema de Información Periódica
- SIPCA Sistema Interno para el Control de Auditorías
- SEAC Sistema Electrónico de Atención Ciudadana
- SPAR Sistema de Procedimientos Administrativos de Responsabilidades
- Sistema Electrónico de Inconformidades
- Sistema de Control Documental

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:29 DE 33

REQUISITO	8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
-----------	---	--------------------------------

8.1 Generalidades

En los 32 procesos que ha identificado el OIC, se establecieron los lineamientos para planificarlos e implementarlos así como para darle seguimiento, medirlos y mejorarlos continuamente, con lo cual se puede demostrar la aceptación de los servicios que se proporciona a los clientes y asegurar la conformidad y eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad del OIC.

En el proceso T-TOI-1 Revisión de la Dirección, el Comité de Calidad en reuniones mensuales da evidencias de la conformidad de los servicios, revisando los objetivos de calidad que nos hemos trazado y asegurando la conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad, con apoyo de graficas que se utilizan de la técnica estadística apropiada en cada caso.

Actualmente se implementó el proceso T-DCA-3 "Mejora Continua del OIC en el Instituto", el cual se referencia con el requisito 8.5 de este manual para complementar la eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad.

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del Cliente.

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad, en el procedimiento "Elaboración de Procesos" se diseñó un formato F-DCA-5 "Satisfacción del Cliente" con el propósito de que cada proceso identificado por el área respectiva, de haber cumplido con los requisitos del cliente (7.2.1 y 7.2.2), elaboraran una gráfica y/o cualquier herramienta estadística para medir la satisfacción del cliente en el OIC.

Es así como los responsables de cada proceso presenta la gráfica de la satisfacción del cliente a los Titulares de Área, Coordinadores, Jefes de Unidad para su aprobación y posteriormente al Comité de Calidad, en donde se analiza el grado de cumplimiento de los requisitos del cliente con el OIC.

En el caso de Responsabilidades.-La satisfacción del cliente se verificara a través de las visitas que se efectúan al Área de Responsabilidades por parte de la Subsecretaría de Atención Ciudadana de la Secretaría de la Función Pública, así como de las revisiones que efectúa la Dirección cada mes, de igual forma se rinden informes mensuales, trimestrales y anuales al Área de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno.

En el Área de Quejas, se verifica a través de la aplicación de encuestas telefónicas y/o personales la conformidad de los clientes respecto a la prestación de los servicios de esta área de la siguiente manera:

- Proceso T-AQU-1 Atención Ciudadana, se aplicará la encuesta al cliente una vez que se de por atendida la petición ciudadana, elaborándose mensualmente el reporte del resultado.
- Proceso T-AQU-2 Usuario Simulado, una vez realizado el informe de la Visita de Verificación de Usuario Simulado, se aplicará una encuesta al responsable del área verificada, a efecto de medir su satisfacción, elaborándose mensualmente el reporte del resultado.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:30 DE 33

- Proceso T-AQU-3 Conciliaciones con Proveedores y Contratistas, a través de la aplicación de la encuesta se medirá la satisfacción del cliente, la cual se aplicará una vez que se haya dado por terminado el proceso, es decir al haberse notificado el resultado de la conciliación, elaborándose mensualmente el reporte del resultado.
- Proceso T-AQU-4 Atención Directa y Gestión Inmediata

En cuanto a la Unidad de Asuntos Jurídicos.- Se da a través de la integración de los expedientes en los que se contienen copia de los acuses correspondientes a los productos de cada proceso, así como los acuerdos que emiten los diversos Tribunales y de los que se desprende la atención dentro del termino legal que se les da a los asuntos que atiende esta Unidad, corroborando lo anterior con los formatos integrados dentro del Sistema de Gestión de la Calidad en el Procedimiento "Control de Registros".

Con lo anterior existe plena evidencia que se satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes de la Unidad de Asuntos Jurídicos.

En el caso de la Coordinación Administrativa, se realiza a través de encuestas a los titulares de área en las que se mide la satisfacción y aceptación del producto de acuerdo a los requisitos establecidos por ellos.

8.2.2 Auditoría Interna

El Titular del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y Representante de la Dirección, a través del Departamento de Calidad ha implementado los Procesos de Auditoría T-DCA-1 Auditoría Interna de Calidad T-DCA-2 Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad, así como el procedimiento documentado "Auditorías Internas de Calidad", con lo cual se cumple con el requisito de la norma de ISO-9001:2000.

El objetivo esencial de la auditoria interna es el determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad implementado por el OIC esta conforme con los requisitos de la norma internacional ISO 9001 y que efectivamente el sistema es implementado y mantenido.

Dentro del procedimiento Auditorías Internas de Calidad, establecimos los lineamientos para planear las auditorias, considerando el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias anteriores. En este procedimiento se encuentran definidos los criterios de auditoria, alcance de la misma, su frecuencia y metodología, así como la distribución del informe de los resultados de la Auditoría. En el formato F-DCA-14 por medio del cual se evalúa si el Sistema de Gestión de la Calidad cumple con los requisitos de la norma, determinándose las no conformidades, acciones correctivas, preventivas, de seguimiento y oportunidades de mejora; así como la conservación de los registros de calidad, conforme a lo estipulado en el requisito 4.2.4 de este manual y del Manual de Procesos M-DCA-3.

Los responsables de cada una de las áreas del OIC que se estén auditando, conocen la importancia de tomar acciones rápidas sin pérdidas de tiempo para eliminar las no conformidades detectadas y analizar sus causas. Es así como las áreas auditadas y los auditores internos realizaran las actividades de seguimiento incluyendo la verificación de las acciones correctivas tomadas y el informe de los resultados de la verificación como se muestra en el 8.5.2 Acciones Correctivas de este manual.

Los auditores internos de calidad que tienen la competencia para realizar auditorias internas de calidad serán instruidos por diferentes empresas capacitadoras y en especial por el organismo certificador, de los cuales algunos servidores públicos que también cuentan con experiencia en auditoria de calidad, realizaran la función de facilitadores en cursos de capacitación en ISO 9000, 5's y Liderazgo, estando así en posibilidades de cubrir la capacitación total del personal del OIC central con los 35 OIC en Delegaciones. A su vez, de estos nuevos servidores públicos capacitados, se efectúa una selección por parte de los Titulares de cada Área para la formación y competencia de nuevos auditores internos de calidad, dando por resultado la capacitación a todas las áreas del OIC, incluyendo los 35 OIC Delegacionales con la finalidad de que estratégicamente en diferentes Estados de la República se cuente con el personal que tenga la competencia suficiente para apoyar a dichos

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:31 DE 33

Órganos Internos de Control cuando sea necesario, con la certidumbre de que el Sistema de Gestión de la Calidad se ha implantado, documentado y mantenido de acuerdo con los requisitos de la Norma internacional ISO 9001 Asimismo, cuando se lleven a cabo las auditorias internas de calidad de acuerdo al programa de auditoria, se cuente con personal que realice la ejecución de éstas, de manera imparcial, objetiva y no puedan auditar su propio trabajo.

Dando cumplimiento a la norma 19011:2002 Directrices para la Auditoria de los Sistemas de Gestión de la Calidad.

8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos

Una vez que se tienen los recursos (4.1d) y efectuado los procesos de acuerdo al procedimiento "Elaboración de Procesos", con los requerimientos de la cláusula 7 cada responsable de su proceso identifica en el F-DCA-2 Diagrama de Flujo las actividades, el seguimiento, medición del proceso y el producto; F-DCA-3 Seguimiento y Medición del Proceso cada Titular, Coordinador y /o Jefe de Unidad redactará el objetivo del proceso con su respectiva medición a través de una gráfica.

Esta grafica se presenta en el Comité de Calidad por cada uno de los procesos con lo cual se demuestra la capacidad para alcanzar los objetivos planificados.

8.2.4 Seguimiento y Medición del Producto (Servicios)

Cada área en su proceso respectivo identifica como salida del proceso su producto ya sea informe, resolución de juicios, etc.

En el Diagrama de Flujo del Proceso formato F-DCA-2 Identifica la actividad "Revisión de los requisitos" (7.2.1) los requisitos del cliente inherentes a los servicios en otra actividad dentro del diagrama de flujo, La medición de seguimiento del proceso. (7.2.3), Liberación del producto, los requisitos inherentes a los servicios, así como los legales y reglamentarios. En otro círculo dentro del diagrama de flujo, la Medición y Seguimiento del Proceso (8.2.3) y con otro círculo dentro del mismo diagrama de flujo la Liberación del Producto y es el registro de calidad del "Control de Registros de Calidad," para lo cual se llenará el formato F-DCA-4 "Seguimiento y Medición del Producto".

Este formato se identificara con una R incluyéndose en el sistema de administración de documentos y datos (SADD) en el cual el departamento de calidad lo identifica con la suma de todos los registros de calidad en el procedimiento "Control de Registros". Es así como cada área es responsable de su proceso, su producto y de mejorarlo continuamente. Como ejemplo: en el Área de Quejas.- el Titular libera el expediente una vez que verifica que cumple con los requisitos del cliente, con los criterios de integración y ha suscrito el acuerdo de conclusión y oficio de notificación, a través de los formatos F-AQU-2 y F-AQU-3, para los procesos T-AQU-1, T-AQU-2, T-AQU-3 y T-AQU-4, respectivamente.

8.3 Control del Producto No Conforme

El OIC a través del Representante de la Dirección y del Departamento de Calidad implantara el procedimiento documentado de Control de Producto No Conforme en el que se especifica cuando un producto que no sea conforme con los requisitos del servicio o del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencional.

En el caso de auditorias internas ó externas, la revisión por la dirección de las No Conformidades son responsabilidad de cada área de solventarlas y deberá de llenar los formatos de los procedimientos Producto No Conforme, Acciones Correctivas y en su caso Acciones Preventivas.

Los controles, las responsabilidades y aprobaciones relacionadas con el tratamiento del Producto No Conforme, están definidos en el propio procedimiento y se aplica de la siguiente manera:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:32 DE 33

- Tomando acciones correctivas para eliminar la no conformidad detectada.
- Autorizar su uso, liberación o aceptación bajo concesión de una autoridad pertinente y cuando sea aplicable por el cliente.
- Tomando acciones preventivas para impedir su uso o aplicación.

En cualquiera de los casos anteriores se mantienen registros conforme al requisito 4.2.4 de ese procedimiento, en los cuales se describe la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente.

Cuando detectamos un Producto No Conforme posterior a la entrega del servicio, tomamos acciones preventivas apropiadas respecto a los efectos potenciales de esa no conformidad.

8.4 Análisis de Datos

A través del Comité de Calidad, se determinara, recopilara y analizara los datos apropiados, que son presentados por las diferentes áreas que componen el OIC del Instituto. Los formatos que se presentan en el Comité de Calidad F-DCA-3 Medición del objetivo del proceso, F-DCA -5 Satisfacción del cliente; F-DCA -6 Mejora continua.

Además de los datos proporcionados por la auditoria interna y/o externa y de las revisiones efectuadas por la dirección cuando se proponen acciones correctivas y preventivas a través del SADD.

El análisis de datos proporciona información sobre:

- La satisfacción del Cliente
- La Conformidad con los Servicios que proporcionamos
- Las Características y tendencias de los Procesos, incluyendo las oportunidades de mejora para llevar a cabo acciones preventivas.

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua

En el procedimiento Elaboración de Procesos se implementó un formato F-DCA-6 Mejora , en el cual cada proceso adoptara las acciones de mejora que haya efectuado, entregando dicho formato al Comité de Calidad para su incorporación y análisis, este formato es la salida del proceso T-DCA-3 Mejora Continua del OIC en el Instituto, Donde la filosofía de cada servidor público se enfoca a mejorar continuamente su trabajo y por lo tanto la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad. Además de escribir que actividades ha implementado el área para la mejora continua.

Mediante el uso de la política y objetivos de calidad, los resultados de las auditorias internas, el Análisis de Datos 8.4; Las Acciones Correctivas y Preventiva así como integración del proceso T-TOI-1 Revisión por la Dirección, cuya valuación se realiza en el formato F-TOI-1 -donde se informa al Comité de Calidad del OIC.

8.5.2 Acción Correctiva

En el Comité de Calidad y todos los servidores públicos que conforman el OIC, tomamos acciones para eliminar la causa de No conformidades con el objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las NO conformidades encontradas, por lo cual , el Departamento de Calidad ha implantado el procedimiento documentado Acciones Correctivas, para definir los requisitos para revisar las no conformidades tanto de los usuarios como de sus clientes, determinando las causas de las no conformidades, evaluando la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir, determinando la implantación de las acciones necesarias, y registra los resultados de las acciones tomadas y

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ISO-9001:2000

CÓDIGO: M-DCA-1
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA:33 DE 33

conservar estos registros de acuerdo al procedimiento Acciones correctivas , cumpliendo con el requisito 4.2.4 de la norma Internacional ISO 9001:2000

8.5.3 Acciones Preventivas

En el OIC También se determinaran acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir recurrencia. Es así como el Departamento de Calidad implementara el procedimiento documentado "*Acciones Preventivas*", definiendo los requisitos y determinando las no conformidades potenciales y sus causas. Registran los resultados de las acciones tomadas y se conservan los registros de las acciones preventivas implantadas. También está de acuerdo con los requisitos de la norma Internacional ISO-9001:2000.

MANUAL NO
LIBERADO

4.3 MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD

M-DCA-2

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 1 DE 33

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL OIC EN EL INSTITUTO

MANUAL NO
LIBERADO

FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
	ASISTENTE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 2 DE 33

CONTENIDO	PÁGINA
PRESENTACIÓN	3
OBJETIVOS	3
ALCANCE	3
PLANEACIÓN Y DESARROLLO	3
MAPEO DE PROCESOS	4
DIAGRAMA FLUJO DE PROCESOS DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL CENTRAL	6
DIAGRAMA FLUJO DE PROCESOS DE ORGANOS INTERNOS DE CONTROL DELEGACIONALES	8
MAPEO DEL ORGANO INTERNO CONTROL EN EL INSTITUTO DE SALUD	10
MAPEO DE PROCESOS DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL EN EL INSTITUTO DE SALUD CON CODIGOS DE LOS PROCESOS	12
MAPEO DE PROCESOS DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL EN EL INSTITUTO DE SALUD DELEGACIONAL	14
MAPEO DEL ÁREA DE CONTROL Y EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN GOBIERNO	16
MAPEO DEL ÁREA DE AUDITORIA INTERNA	18
MAPEO DEL ÁREA DE QUEJAS	20
MAPEO DE LA COORDINACIÓN DE ORGANOS INTERNOS DE CONTROL DELEGACIONALES	22
MAPEO DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES	24
MAPEO DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS	26
MAPEO DEL TITULAR DEL ORGANO INTERNO CONTROL	28
MAPEO DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA	30
MAPEO DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD	32

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 3 DE 33

Presentación

El Manual del Plan de Calidad es un complemento al Sistema de Gestión de la Calidad. Este documento contiene los objetivos, el alcance y los requerimientos específicos, planeados para la realización del producto, instrumentados adecuadamente en los servicios a cargo de las áreas de: Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas, y Responsabilidades; de la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacionales, y de los 35 OICD; de la Unidad de Asuntos Jurídicos, y la Coordinación Administrativa, que se efectúan en el OIC en el Instituto de Salud y que sustentan el desarrollo del Órgano Interno de Control desde la implantación del Sistema de Gestión de la Calidad hasta su última revisión.

Objetivos

El Órgano Interno de Control en el Instituto de Salud a través del Manual del Plan de Calidad tendrá como objetivo el demostrar la relación y la aplicación de los procedimientos y procesos documentados de los servicios que se proporcionan a los clientes con el propósito de alcanzar los objetivos planificados descritos en el Manual de Gestión de la Calidad (5.4.1), y que juntos son parte de la mejora continua en su cumplimiento.

Alcance

El Manual del Plan de Calidad incluye cada uno de los servicios que son proporcionados a los clientes a través de los Titulares de Área, Coordinadores, Titular de los OICD, Jefes de Departamento y Servidores Públicos Profesionales en los que destacan los Contadores Públicos, Administradores, Economistas, Abogados, Doctores e Ingenieros, entre otras disciplinas, quienes son responsables en el suministro, producción del servicio con la calidad requerida en cada acción y del resultado de los servicios proporcionados. Dentro de esta visión también se incluye al Comité de Calidad, referenciado en el requisito 5.4.2 del Manual de Gestión de la Calidad.

Planeación y Desarrollo

En el Diagrama de Flujo de los Procesos del OIC en el Instituto de Salud, se muestran las actividades sustantivas del proceso de Auditoría Interna, del proceso de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, del proceso de Quejas, del proceso de Responsabilidades y del proceso de la Unidad de Asuntos Jurídicos, ver Anexo 1.

Existe una interrelación estrecha entre el Área de Auditoría Interna, el Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y el Área de Quejas con el Área de Responsabilidades y esta a su vez con el Área de la Unidad de Asuntos Jurídicos. Estas Áreas Sustantivas tienen una relación directa con el Titular del OIC y este mantiene comunicación con los clientes, destacando la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Instituto de Salud.

Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (M-DCA-1), se incluye a la Coordinación de los OICD, quien supervisa a los 35 OICD. Cada uno de ellos realiza casi las mismas actividades sustantivas del Órgano Interno de Control Central, las cuales se presentan en el Anexo 2 de este manual. Los resultados de las auditorías, las intervenciones de control interno y de atención ciudadana (Quejas), son enviados a la Coordinación de los OICD para su revisión y envío, al Área de Auditoría Interna o al Área de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno; y en caso de presuntas responsabilidades al Área de Responsabilidades.

Para lograr la interrelación del personal de la Coordinación de OICD, y los 35 OICD, se planeará la capacitación en la Norma ISO 9001:2000 y en la Herramienta de 5's, a 20 auditores internos de calidad Delegacionales por zona geográfica de la República Mexicana (Ver requisito 6 del Manual de Gestión de la Calidad).

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 4 DE 33

Mapeo de Procesos

Hay una relación estrecha entre el OIC con los clientes (SFP y el Instituto de Salud), para lo cual se implantará un diseño de la interrelación de todos los procesos y procedimientos que integran el Sistema de Gestión de la Calidad, y se presenta en el Anexo 3 con los de cada Área, y Coordinación, incluyendo no solo las áreas sustantivas sino también las de apoyo, la Coordinación Administrativa y el Departamento de Calidad. El mismo mapeo de procesos se presenta en el Anexo 4 de este manual con cada una de las claves respectivas de cada proceso (Anexo 3bis).

En el centro del mapeo se encuentra el Titular del OIC en el Instituto de Salud con su proceso T-TOI-1. En el segundo nivel se localiza la Coordinación Administrativa con la interrelación de todas las Áreas que integran el OIC; En el tercer nivel se presenta la interrelación de las Áreas de Auditoría Interna, Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, Quejas y la Coordinación de Órganos Internos de Control Delegacional con el Área de Responsabilidades y la Unidad de Asuntos Jurídicos. En el cuarto nivel el Departamento de Calidad interrelacionando con todas las Áreas y Coordinaciones; En quinto nivel la interrelación de todas las Áreas y Coordinaciones con el Titular del OIC, y por último en sexto nivel se encuentra la interrelación de cada área con sus propios procesos.

En el Anexo 4 se presenta el mapeo de procesos de los 35 OIC Delegacionales; en los 31 Estados de la República Mexicana y 4 Órganos Internos de Control Regionales instalados en el Distrito Federal, se anotan los 3 procesos que les aplican: T-OID-1 Auditoría para los OIC Delegacionales, T-OID-2 Atención de Quejas para los OIC Delegacionales y T-OID-3 Intervenciones de Control Interno para los OIC Delegacionales.

El Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno de acuerdo con los requisitos 4.1, 5.4.2 y 7.1, se implantará como su principal proceso el T-ACE-1 Plan Anual de Trabajo, se tiene una interrelación con el Titular del OIC y demás áreas como se observa en el mapeo de procesos, áreas de Auditoría Interna, Quejas, y Responsabilidades; de la Coordinación de Organos Internos de Control Delegacionales, y de los 35 OICD; de la Unidad de Asuntos Jurídicos, y la Coordinación Administrativa, programando sus actividades de servicios requeridos y de los tiempos de entrega programados para que en la Revisión de la Dirección, se acuerde en el Comité de Calidad el cumplimiento del objetivo del proceso señalado anteriormente.

En el anexo 5 se desarrolla el mapeo del Área de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno, mostrando sus 3 procesos T-ACE1 Programa Anual de Trabajo; T-ACE-2 Intervenciones de Control Interno; T-ACE-3 Evaluación a Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel y T-ACE-4 Comunicación Interna. El diagrama de flujo de cada proceso se encuentra en el Manual de Procesos y Procedimientos M-DCA-3

El mapeo de procesos de Auditoría Interna, presenta el proceso T-AAI-1 Auditoría Pública; T-AAI-2 Control y Seguimiento de Observaciones; T-AAI-3 Integración de Expedientes para Responsabilidades, los cuales se presentan en el anexo 6.

En cuanto a los procesos del Área de Quejas, se recibe documentación por diversas vías de las promociones de Atención Ciudadana T-AQU-1, las cuales son atendidas y canalizadas a las diferentes instancias para la apertura de expedientes e investigaciones; además del proceso Usuario Simulado T-AQU-2, verificando las incidencias en el INSTITUTO DE SALUD, hasta llegar a las acciones correspondientes a presuntas responsabilidades. T-AQU-3 Conciliaciones con Proveedores y Contratistas y el T-AQU-4 Atención Directa y Gestión Inmediata. En el anexo 7 se presenta el mapeo del Área de Quejas.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 5 DE 33

En el mapeo de la Coordinación de OICD, se presentan los 3 procesos que aplican a los 35 OICD, referenciados en el requisito 7 del Manual de Administración de la Calidad. T-OID-1 Auditorías para los OICD: T-OID-2 Atención a Quejas para los OICD y T-OID-3 Intervenciones de Control Interno para los OICD. Así como el T-COI-1 Control para los Organos Internos de Control Delegacionales, donde se recibe la información del resultado de los diferentes procesos a cargo de los OICD. Ver anexo 8.

En el mapeo del Proceso de Responsabilidades, se encuentran los expedientes integrados por Auditoria Interna, Quejas y los OICD, dándoles entrada a los procesos administrativos y jurídicos, T-ARE-1 Responsabilidades, T-ARE-2 Pliego de Responsabilidades y T-ARE-3 Inconformidades, hasta la notificación de la resolución y el informe a sus clientes. Ver anexo 9.

El mapeo de la Unidad de Asuntos Jurídicos, muestra la secuencia que se efectúa en los Juicios de Nulidad T-UAJ-1, Juicios Amparo T-UAJ-2 , con las demandas de Recursos de Revocación T-UAJ-3 y en su caso, la Revisión Administrativa T-UAJ-4 ver anexo 10.

Cabe destacar que el Titular del OIC mantiene informados a sus clientes trimestral y anualmente de sus actividades e informes (T-TOI-1), así mismo instruye a los Titulares de Área y en especial con el Titular de Auditoría de Control y Evaluación y Apoyo al Buen Gobierno y al Departamento de Calidad (T-DCA-1 al 3) de las actividades que deben seguir y de los acuerdos con sus clientes (SFP y el Instituto de Salud) ver anexo 11.

El mapeo de la Coordinación Administrativa con 5 procesos, T-CAD-1 Recursos Humanos, T-CAD-2 Formación y Competencia T-CAD-3 Recursos Materiales, T-CAD-4 Recursos Financieros, T-CAD-5 Apoyo Informático y T-CAD-6 Compras, referenciados en el requisito 6 del Manual de Gestión de la Calidad y que están referenciados en el mapeo de todos los procesos, diariamente aportan los recursos para obtener los servicios de calidad que se proporcionan a los clientes.(Ver Anexo 12)

Cada uno de los procesos identificados se tiene un diagrama de flujo F-DCA-3 en el Manual de Procesos M-DCA-3

El mapeo del Departamento de Calidad se incluyen los 3 procesos que se interrelacionan con todo el Sistema de Gestión de la Calidad y que está documentado en el requisito 4 del Manual de Gestión de la Calidad (Anexo 13).

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 6 DE 33

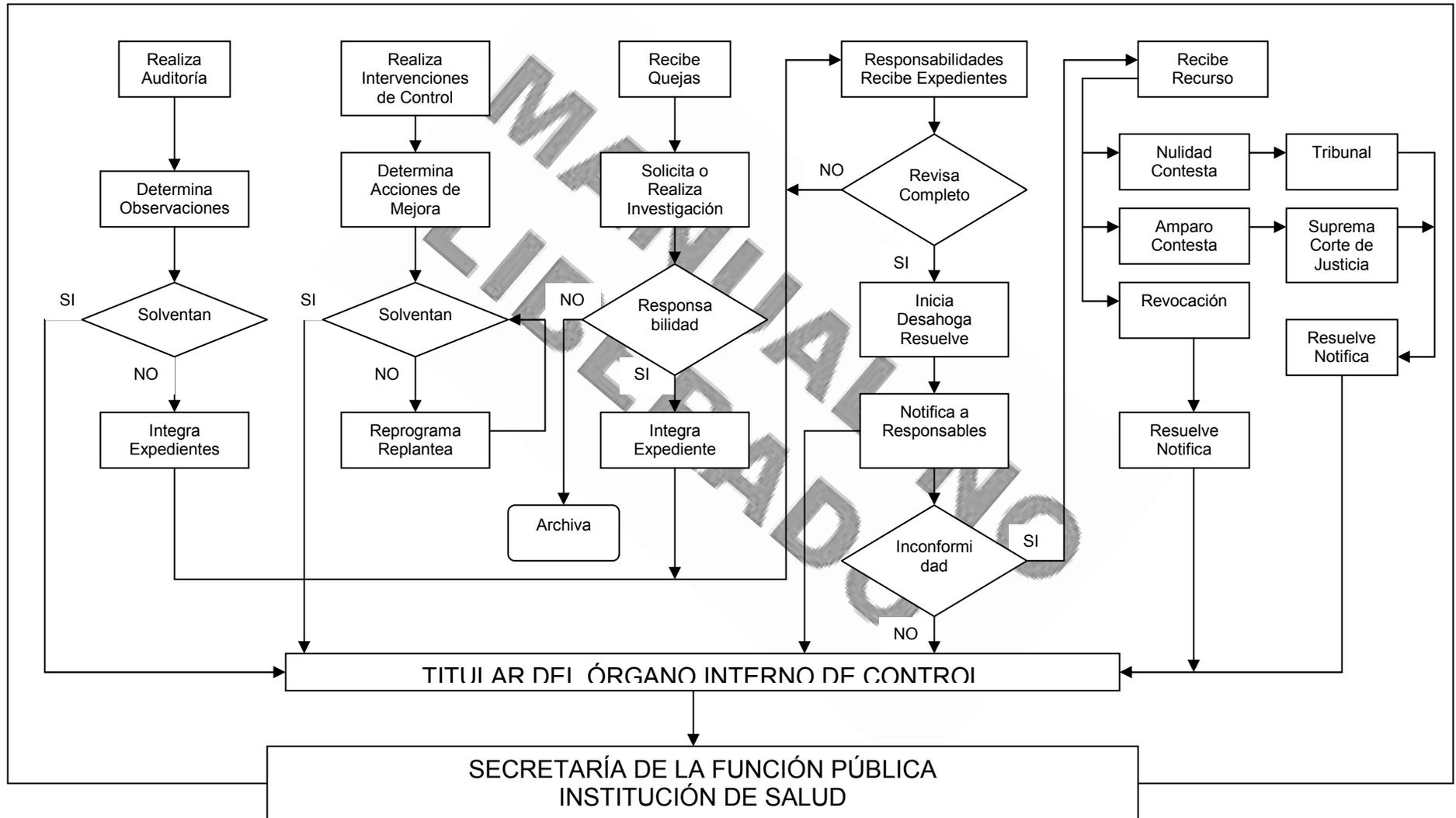
ANEXO NÚMERO 1 DIAGRAMA DE FLUJO DE PROCESOS DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL CENTRAL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 7 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 8 DE 33

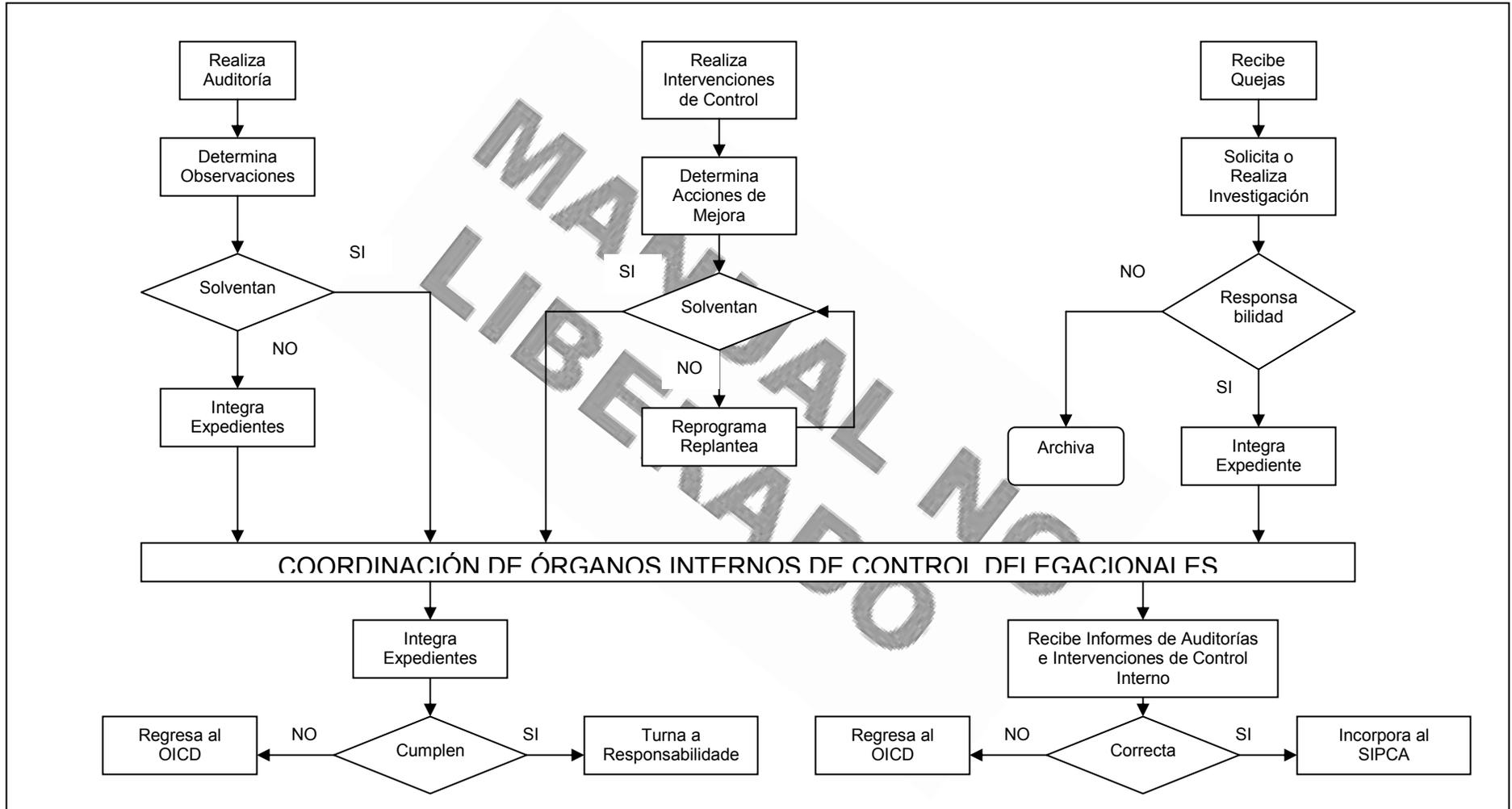
ANEXO NÚMERO 2 DIAGRAMA DE FLUJO DE PROCESOS DE ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL DELEGACIONAL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 9 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 10 DE 33

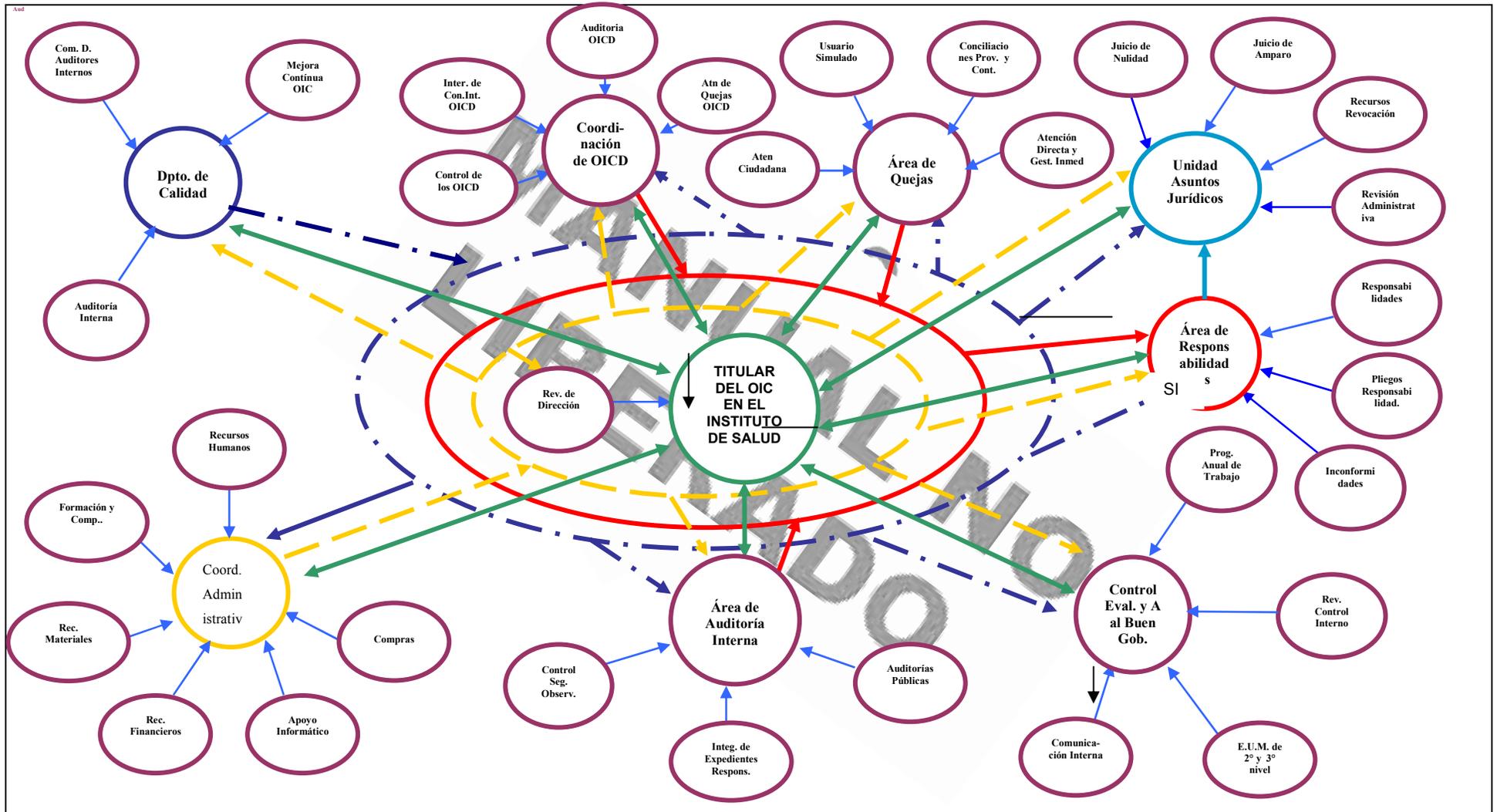
ANEXO NÚMERO 3 MAPEO DE PROCESOS DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL INSTITUTO DE SALUD

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 11 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 12 DE 33

ANEXO

NÚMERO 3-BIS

MAPEO DE PROCESOS

DEL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

EN EL INSTITUTO

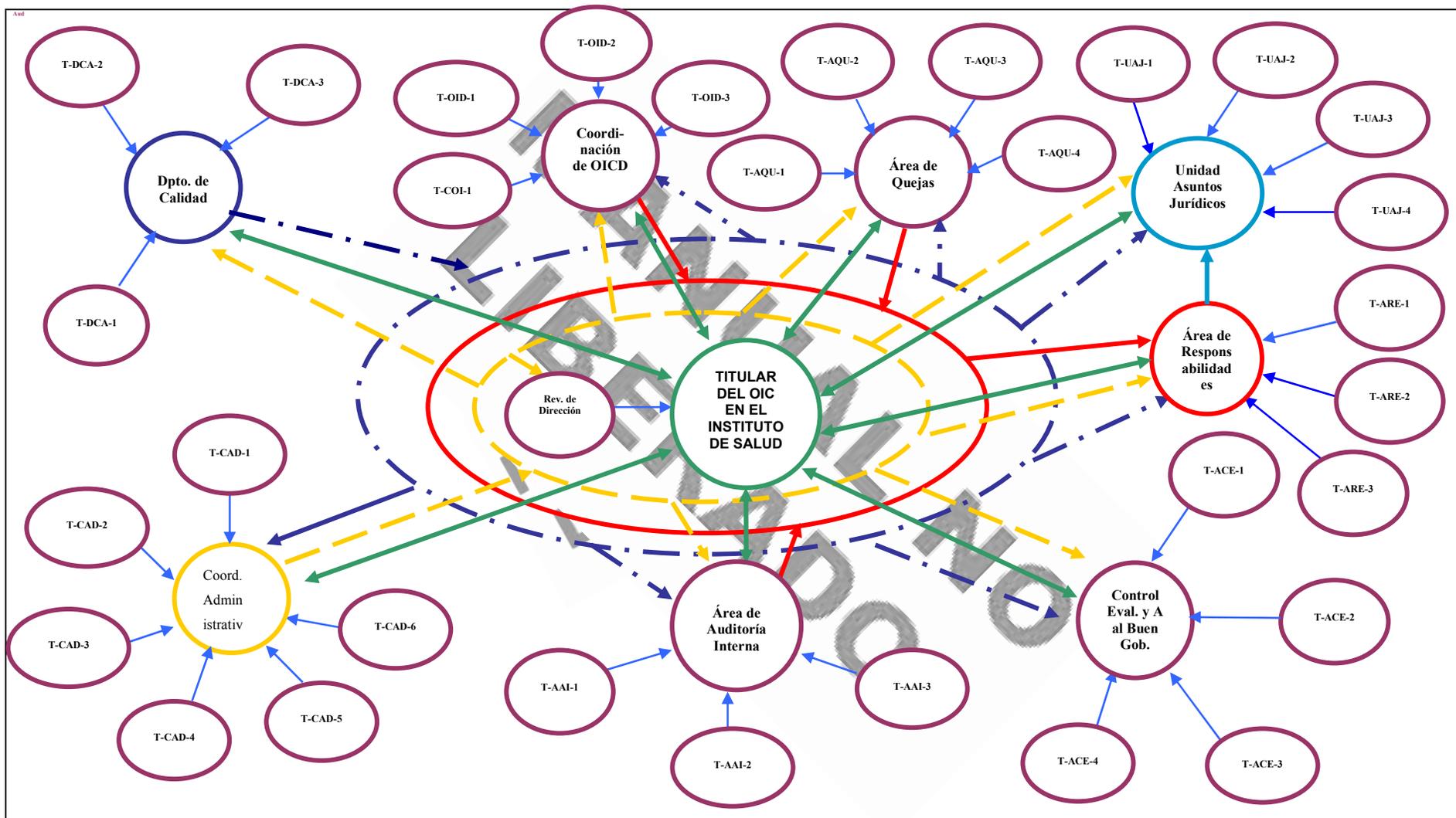
DELEGACIONAL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 13 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 14 DE 33

ANEXO

NÚMERO 4

MAPEO DE PROCESOS

DEL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

EN EL INSTITUTO

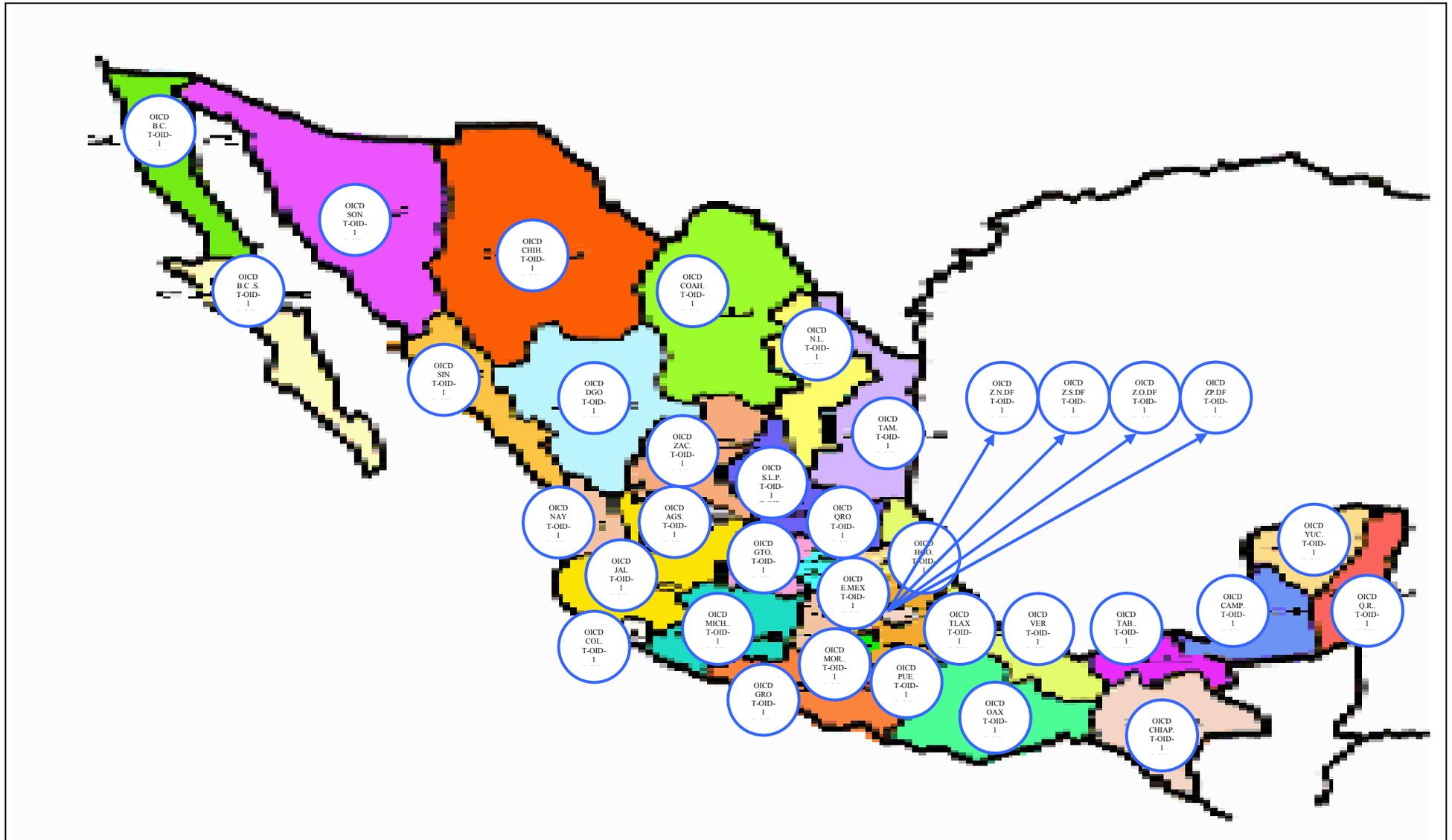
DELEGACIONAL

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 15 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 16 DE 33

ANEXO

NÚMERO 5

MAPEO DE PROCESOS

DEL

ÁREA DE AUDITORÍA DE CONTROL Y

EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN

GOBIERNO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 17 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 18 DE 33

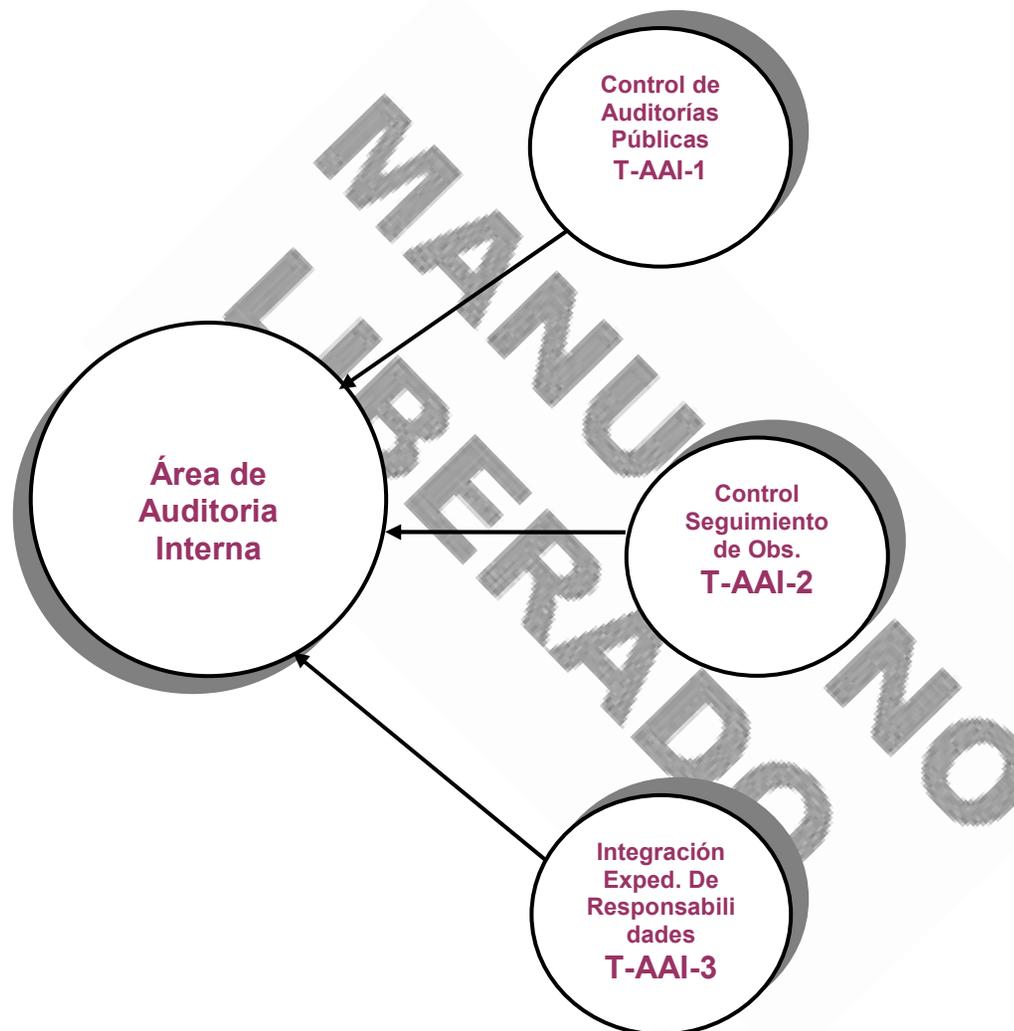
ANEXO NÚMERO 6 MAPEO DE PROCESOS DEL ÁREA DE AUDITORÍA INTERNA

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 19 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 20 DE 33

ANEXO NÚMERO 7 MAPEO DE PROCESOS DEL ÁREA DE QUEJAS

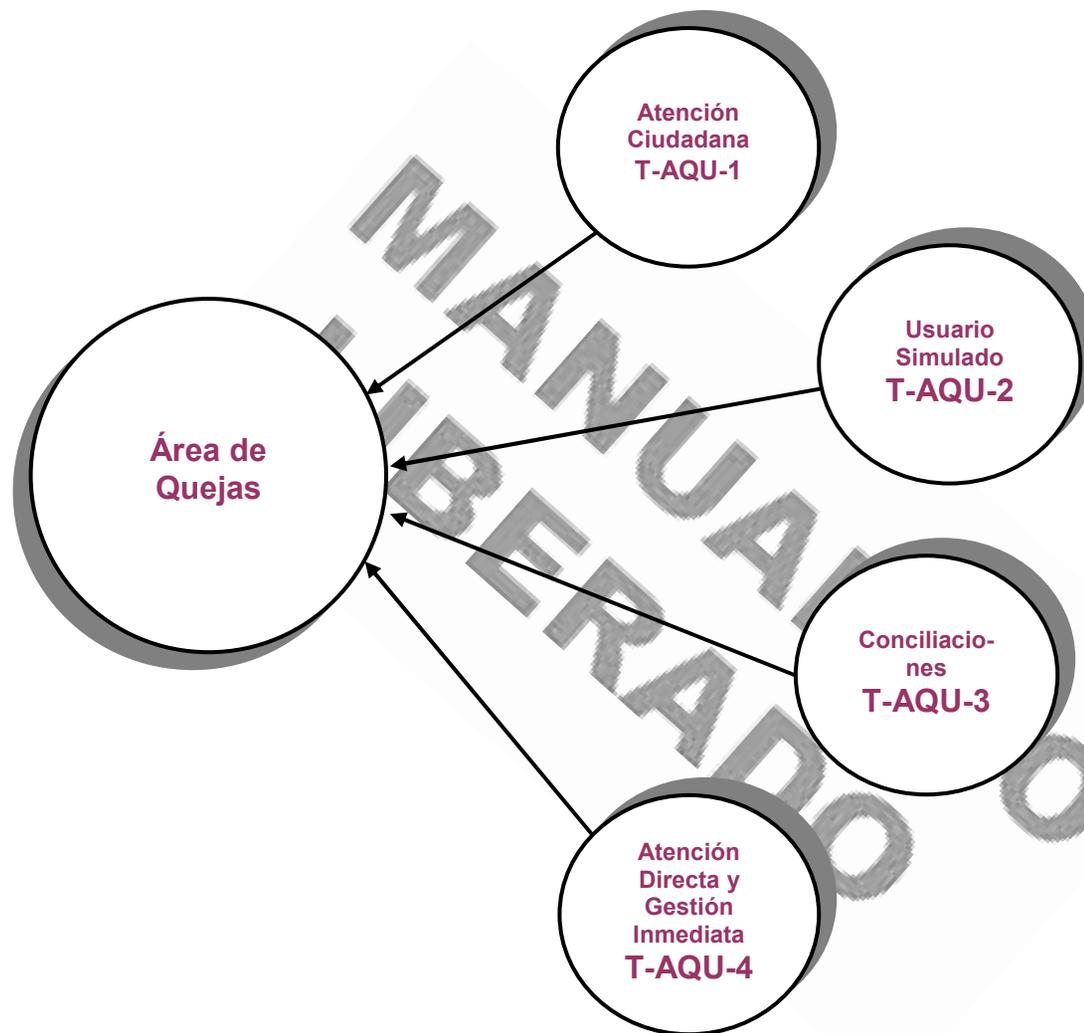
MANUAL LIBERADO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 21 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 22 DE 33

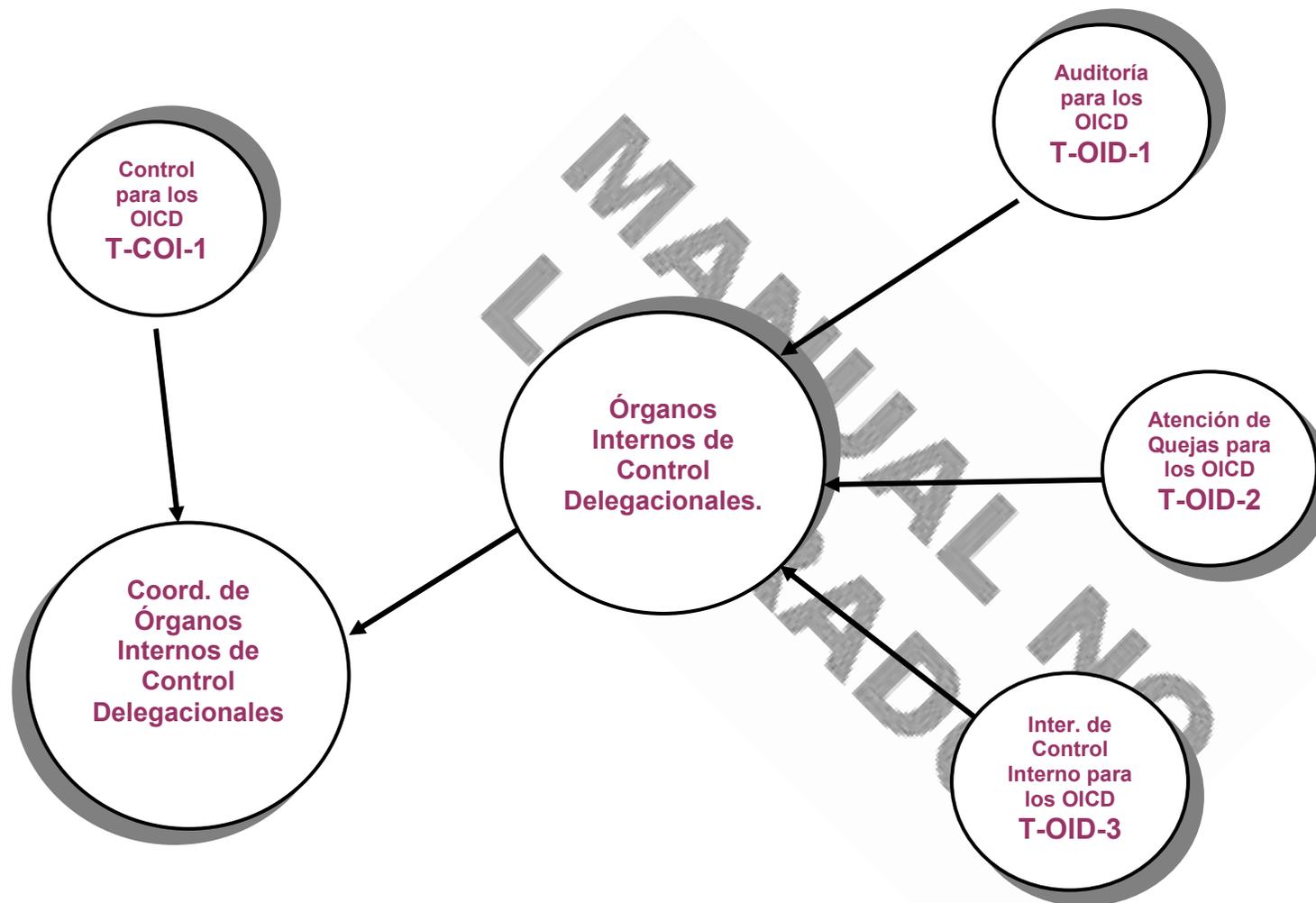
ANEXO NÚMERO 8 MAPEO DE PROCESOS DE LA COORDINACIÓN DE ÓRGANOS INTERNOS DE CONTROL DELEGACIONALES

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 23 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 24 DE 33

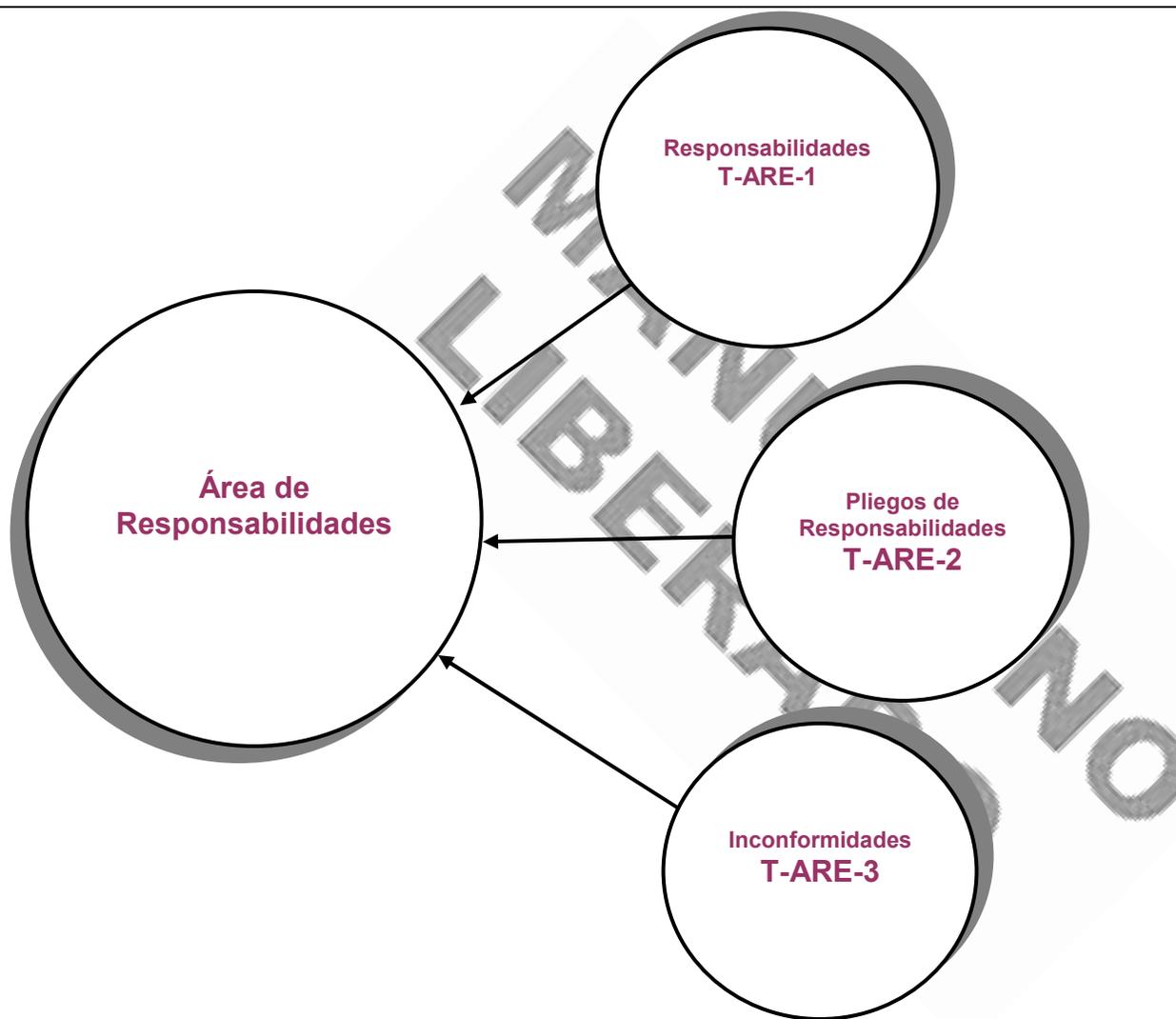
ANEXO NÚMERO 9 MAPEO DE PROCESOS DEL ÁREA DE RESPONSABILIDADES

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 25 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 26 DE 33

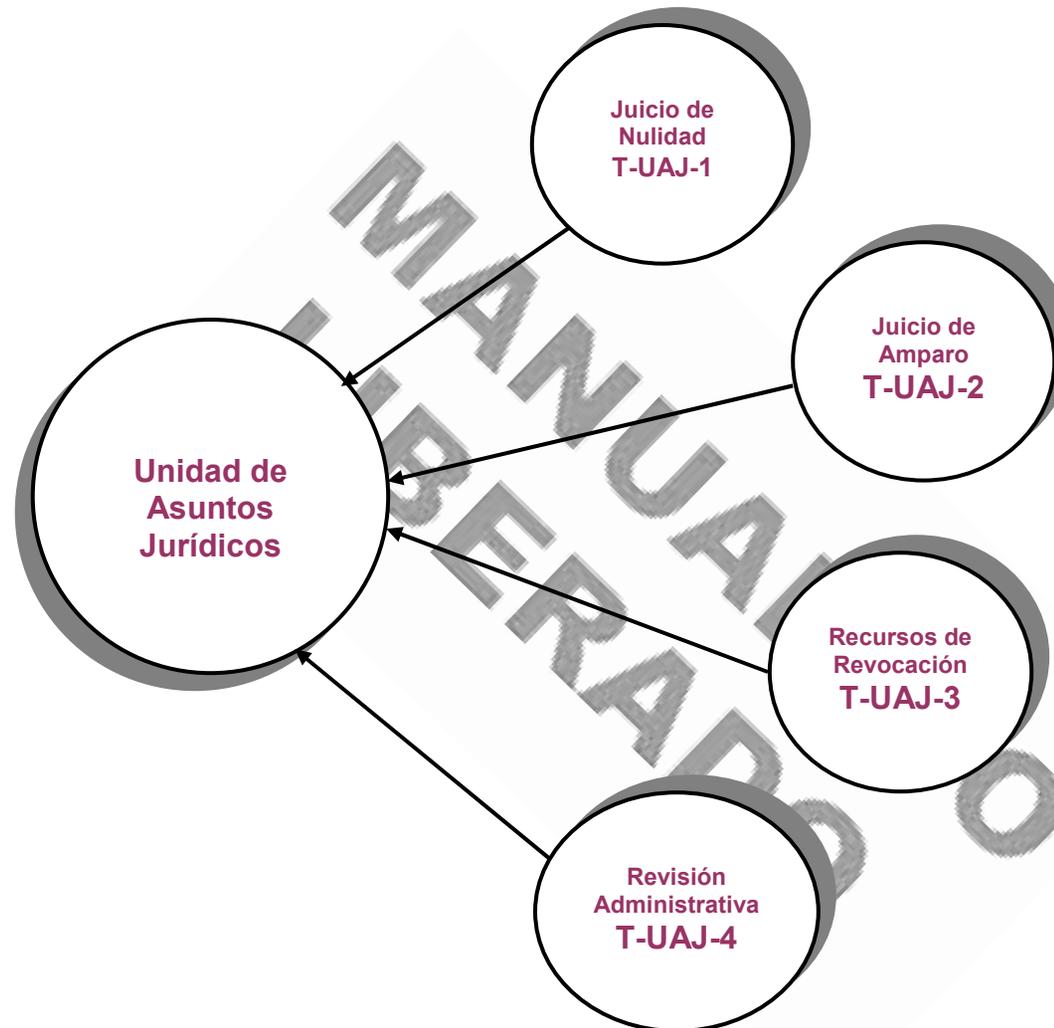
ANEXO NÚMERO 10 MAPEO DE PROCESOS DE LA UNIDAD DE ASUNTOS JURÍDICOS

Órgano Interno de Control en una Institución de Salud

Manual del Plan de Calidad del Órgano Interno de Control

Código: M-DCA-2
Revisión No: 0

Página:
27 de 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 28 DE 33

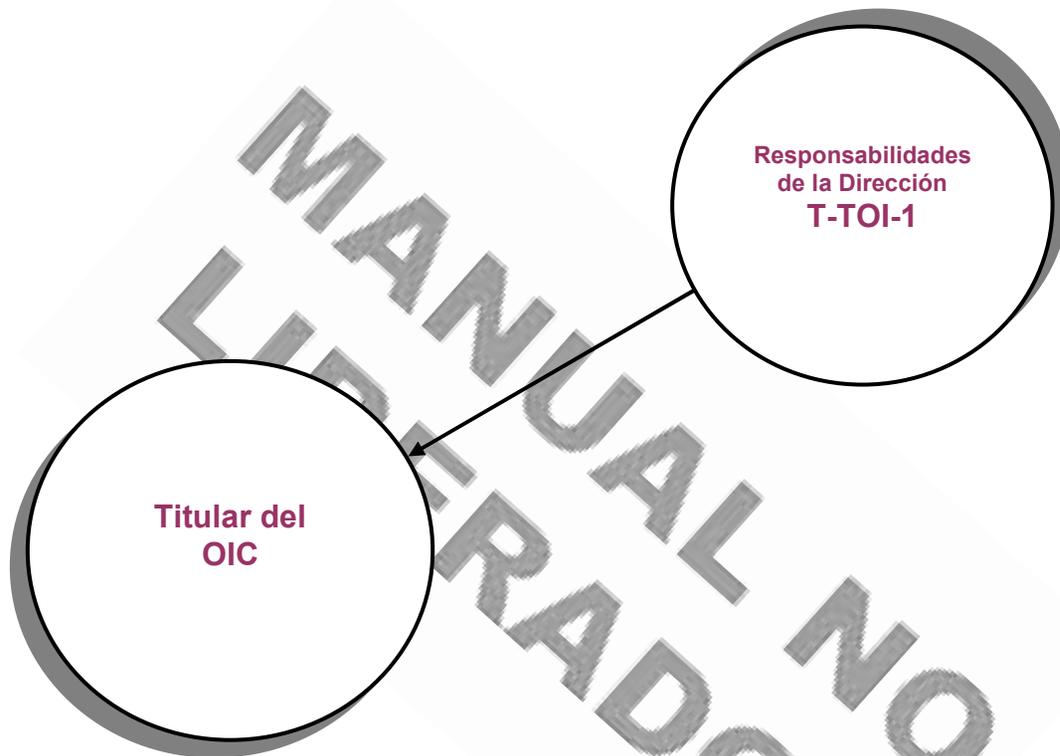
ANEXO NÚMERO 11 MAPEO DE PROCESOS DEL ÁREA DEL TITULAR DEL OIC

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 29 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 30 DE 33

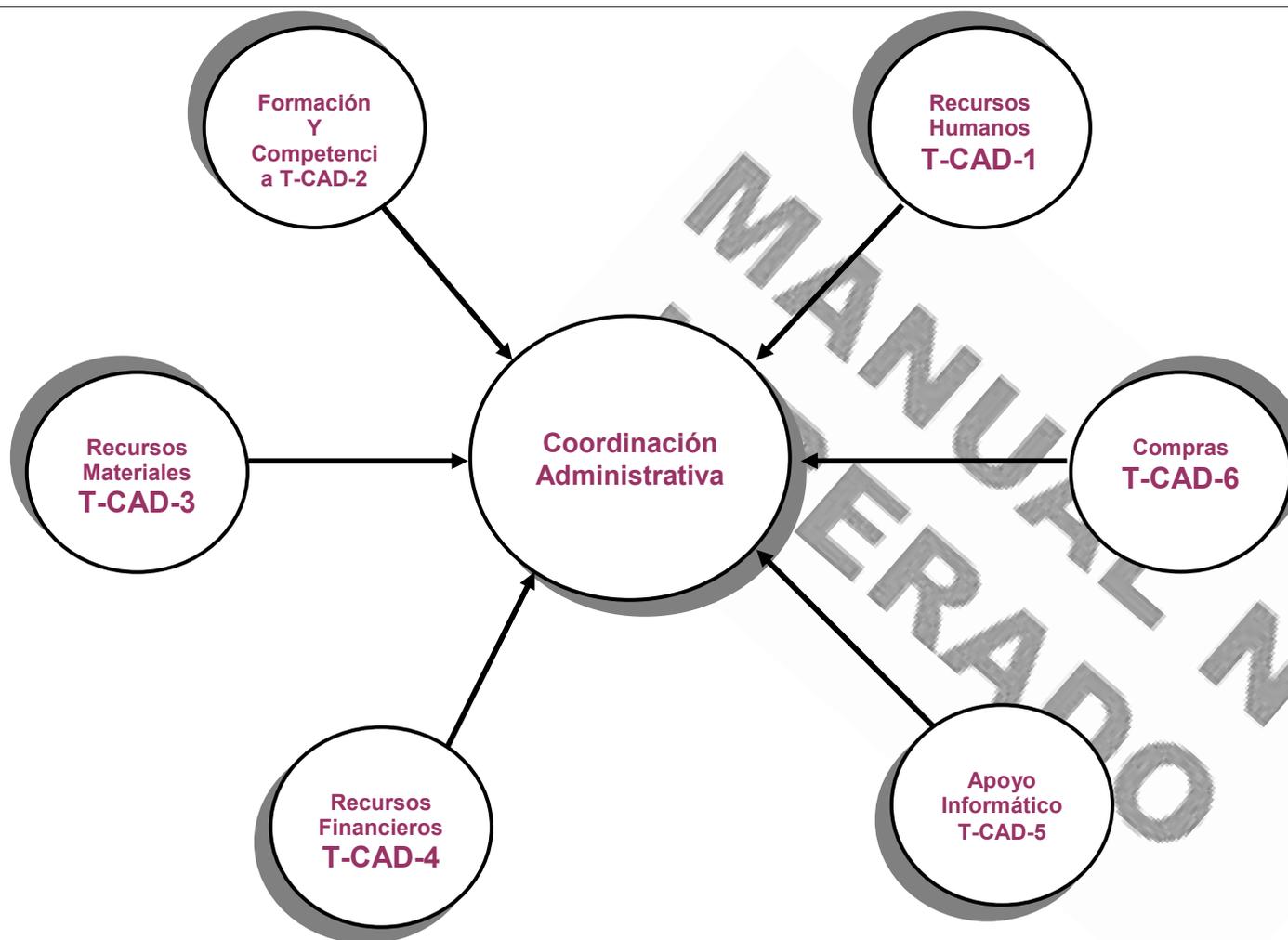
ANEXO NÚMERO 12 MAPEO DE PROCESOS DE LA COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 31 DE 33



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 32 DE 33

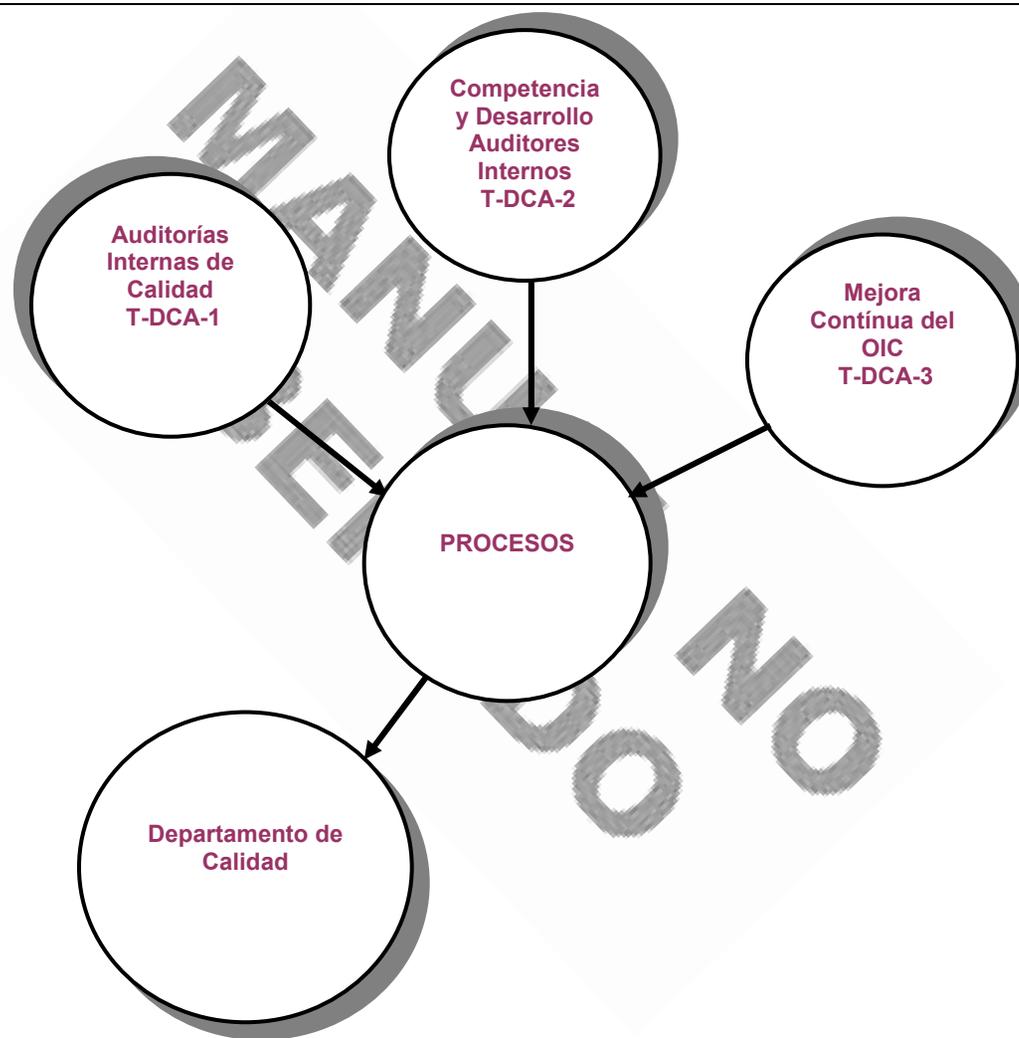
ANEXO NÚMERO 13 MAPEO DE PROCESOS DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MANUAL DEL PLAN DE CALIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL

CÓDIGO: M-DCA-2
REVISIÓN NO: 0

PÁGINA: 33 DE 33



4.4 MANUAL DE PROCESOS

M-DCA-3

4.4.1 Proceso de Auditorias Internas de Calidad

Con base en un programa de auditorias internas de calidad, se evalúa si el Sistema de Gestión de la Calidad implementado en el OIC está conforme a la norma ISO 9001: 2000 y si efectivamente funciona y recibe mantenimiento.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-1
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 7

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

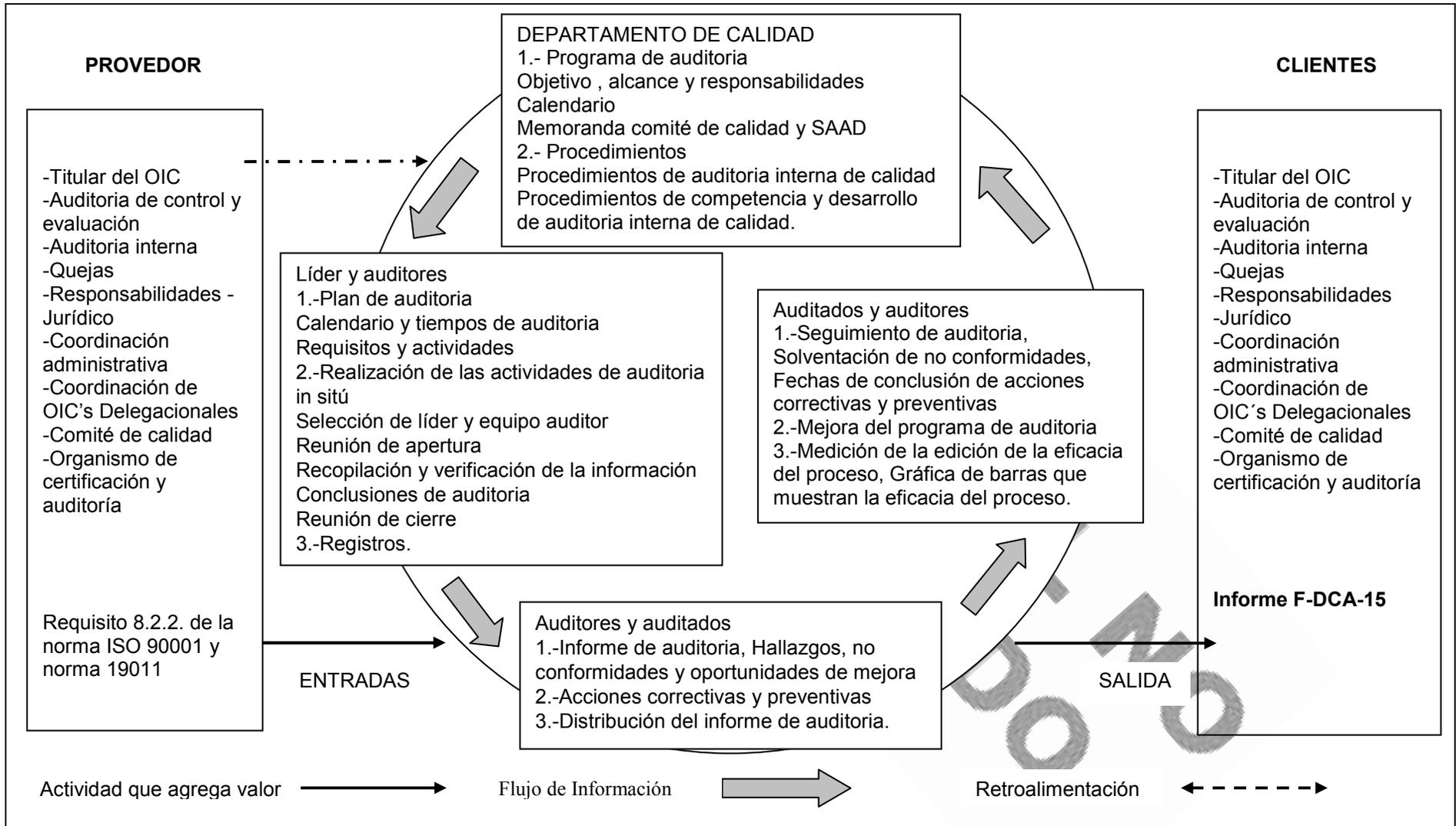
Adecuación del proceso de acuerdo a la nueva revisión y cambio de formato del nuevo procedimiento de auditorias internas de calidad P-DCA-3.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-1
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 7



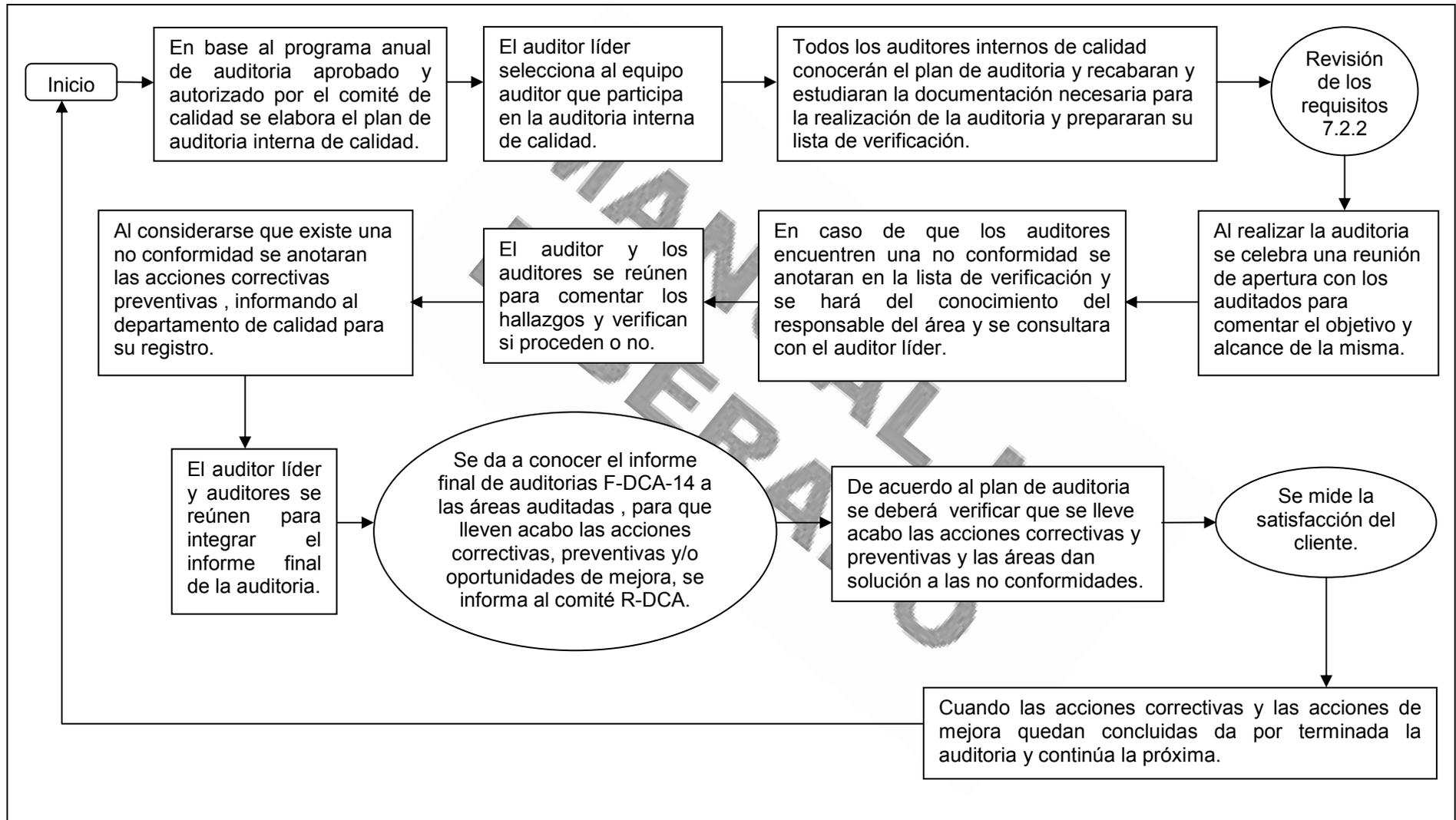
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-22

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 7



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-ACE-22

REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 4 DE 7

Evaluar al sistema de Administración de la Calidad con respecto al grado de madurez del mismo.

GRADO DE MADUREZ		Requisitos				
		4	5	6	7	8
Inicio	0-1					
Desarrollo	1-5					
Confiable	5-10					
Competente	10-15					
De clase mundial	15-20					
Total						

Se redacta el grado de madurez del sistema de administración de la calidad

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-24

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 7

¿Se cumplen con los requisitos?

Actividad	Si	No
¿Existe un programa anual de auditorias internas de calidad?		
¿Existe un plan de auditorias internas de calidad?		
¿Existe una lista de verificación?		
¿Se tiene una lista de asistencia de inicio y término de la auditoria de calidad?		
¿Existe informe de no conformidad?		
¿Existe informe de auditoria interna de calidad?		

Si la Auditoria Interna de Calidad realizada durante la fecha establecida cumple con los requisitos, el informe es liberado de acuerdo a los criterios establecidos.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-1
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 7

Evaluar los requisitos 4, 5, 6, 7 y 8 de acuerdo con el resultado de cada auditoria interna practicada.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINÚA DEL PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-36

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 7

Proceso:

Fecha:

Folio No.:

Descripción de la mejora continúa:

Valor : Alto = 5

Medio = 2

Bajo = 1

Objetivo:

Causa:

Observaciones:

Alto: Si la mejora continua afecta a toda la organización

Medio: Si la mejora continua afecta a todo el proceso

Bajo: Si la mejora continúa beneficia una parte del proceso

4.4.2 Proceso de Competencia y Desarrollo de Auditores Internos de Calidad

Se refiere a la selección del personal que participará en el Sistema de Gestión de la Calidad como auditor interno de calidad, con base a su competencia y capacitación en la norma ISO 9000: 2000, herramientas japonesas 5's y liderazgo.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-2
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 7

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

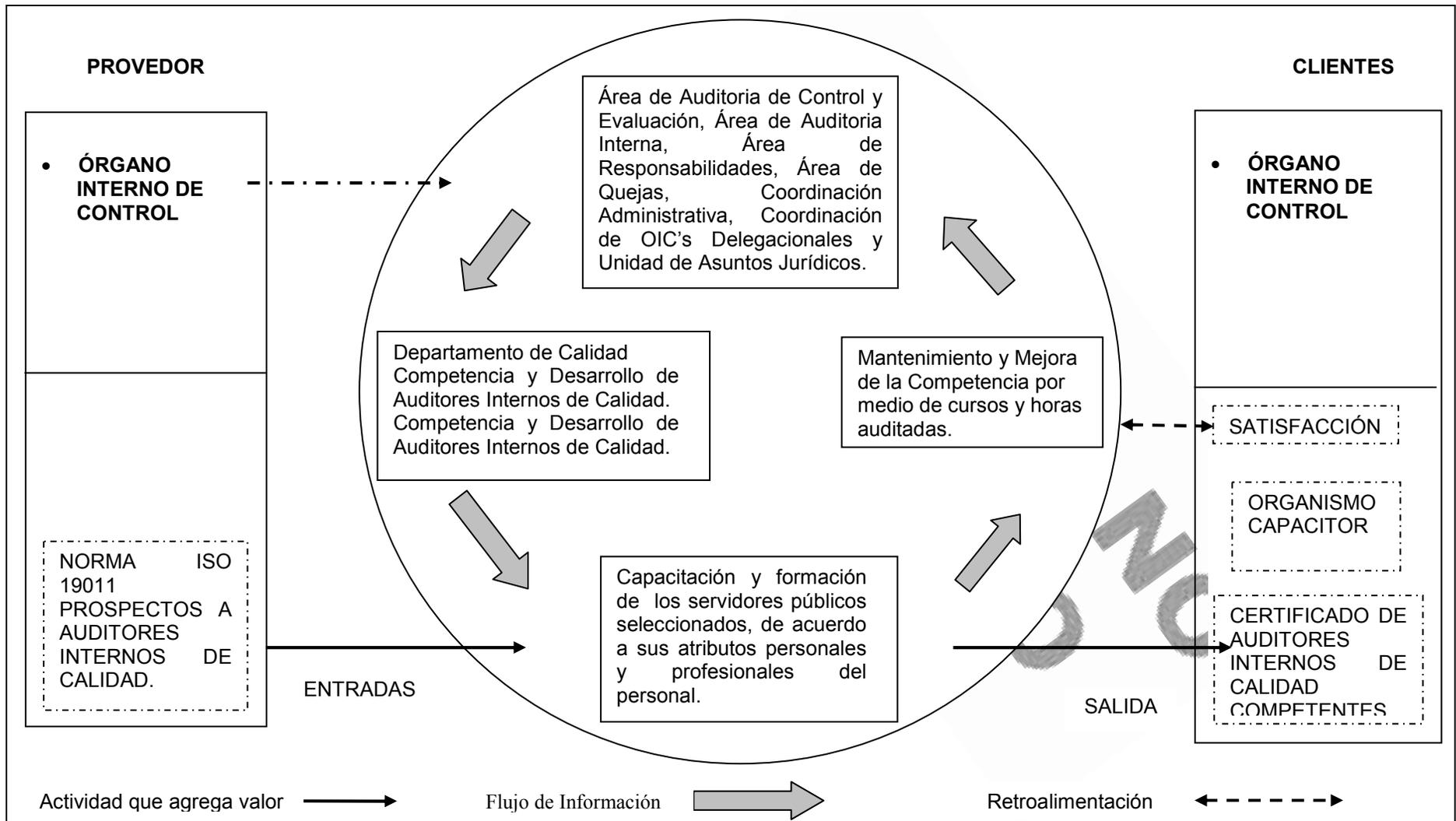
CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-2
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 7



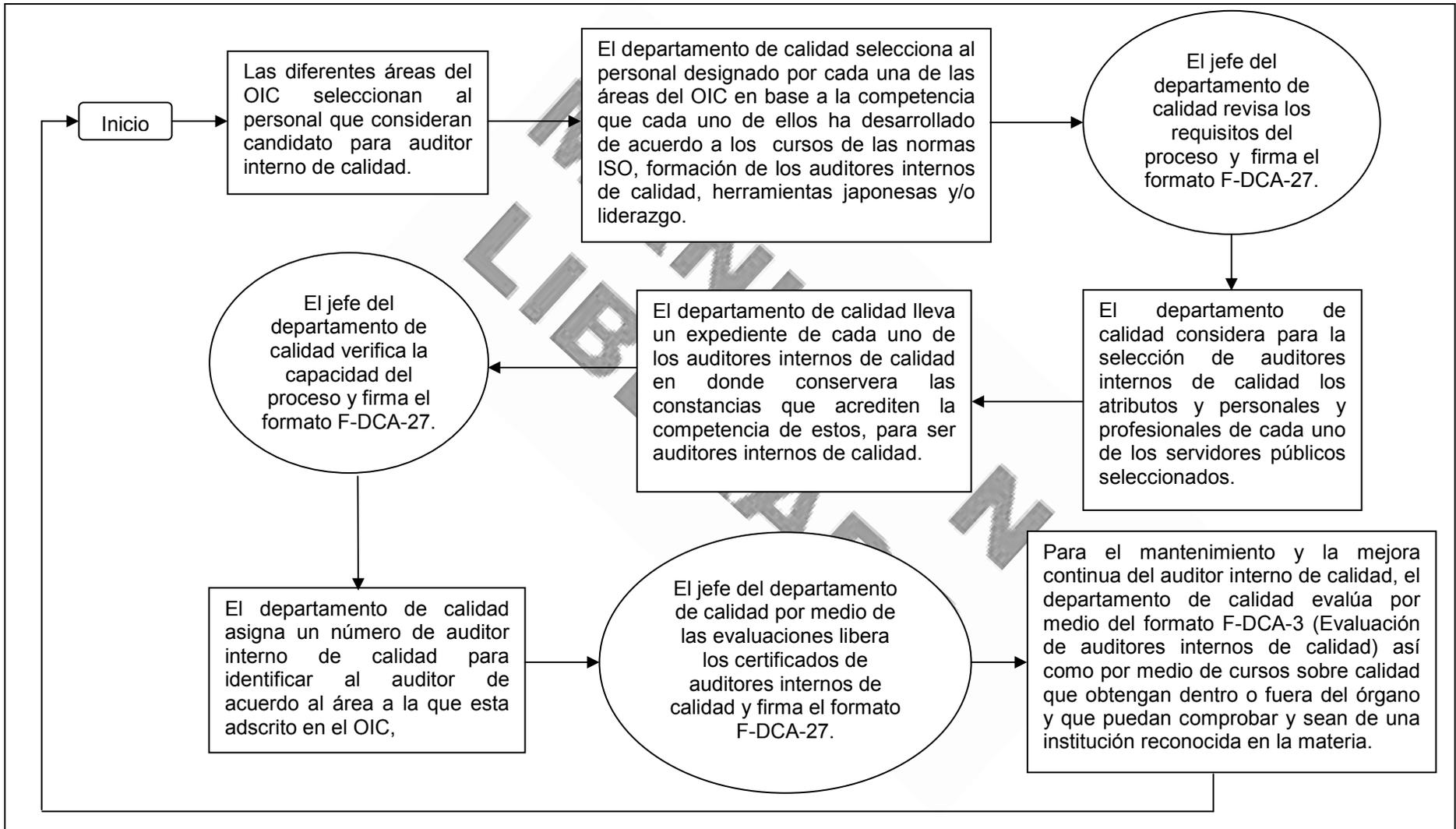
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-27

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 7



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DEL OBJETIVO DEL PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO DE
AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-28
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 4 DE 7

Datos personales

Nombre :	
Área :	
Unidad :	

Educación

Nivel Académico :	
Certificación o título :	
Fecha de Egreso :	
Institución :	

Experiencia Laboral

Área	Tiempo (meses , años)

Experiencia en auditorias de Calidad

Auditoria	Fecha	Duración

Formación (cursos recibidos)

Nombre del curso	Fecha	Duración

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO
DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-29
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 7

El desempeño de los auditores internos de calidad se refleja de acuerdo a los resultados de las auditorías internas de calidad y quien llevara acabo esta evaluación será el Jefe del Departamento de Calidad será quien al final de cada auditoría realizará dicha evaluación y firma de este formato. De conformidad con el mismo.

	Fecha de la auditoria	Desempeño de los auditores en la auditoria		
		Bueno	Regular	Malo
Auditoria Interna de Calidad No.				

Firma del Jefe del Departamento de Calidad.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO
DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-30
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 6 DE 7

Se llevará a cabo mediante un cuestionario al C. Comité de Calidad.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA DEL PROCESO DE COMPETENCIA Y DESARROLLO DE AUDITORES
INTERNOS DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-31
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 7

La mejora se llevará a cabo conforme a la participación del personal que interviene como auditor interno de calidad en cursos de capacitación y competencia en materia de normas ISO 9000 y todo aquello relacionado con calidad.

MANUAL
LIBERADO NO

4.4.3 Proceso de Mejora Continua del OIC

Tiene como objetivo que cada servidor público se enfoque a mejorar continuamente su trabajo y por lo tanto la efectividad del Sistema de Gestión de la Calidad.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE MEJORA CONTÍNUA DEL OIC
ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-3
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 7

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

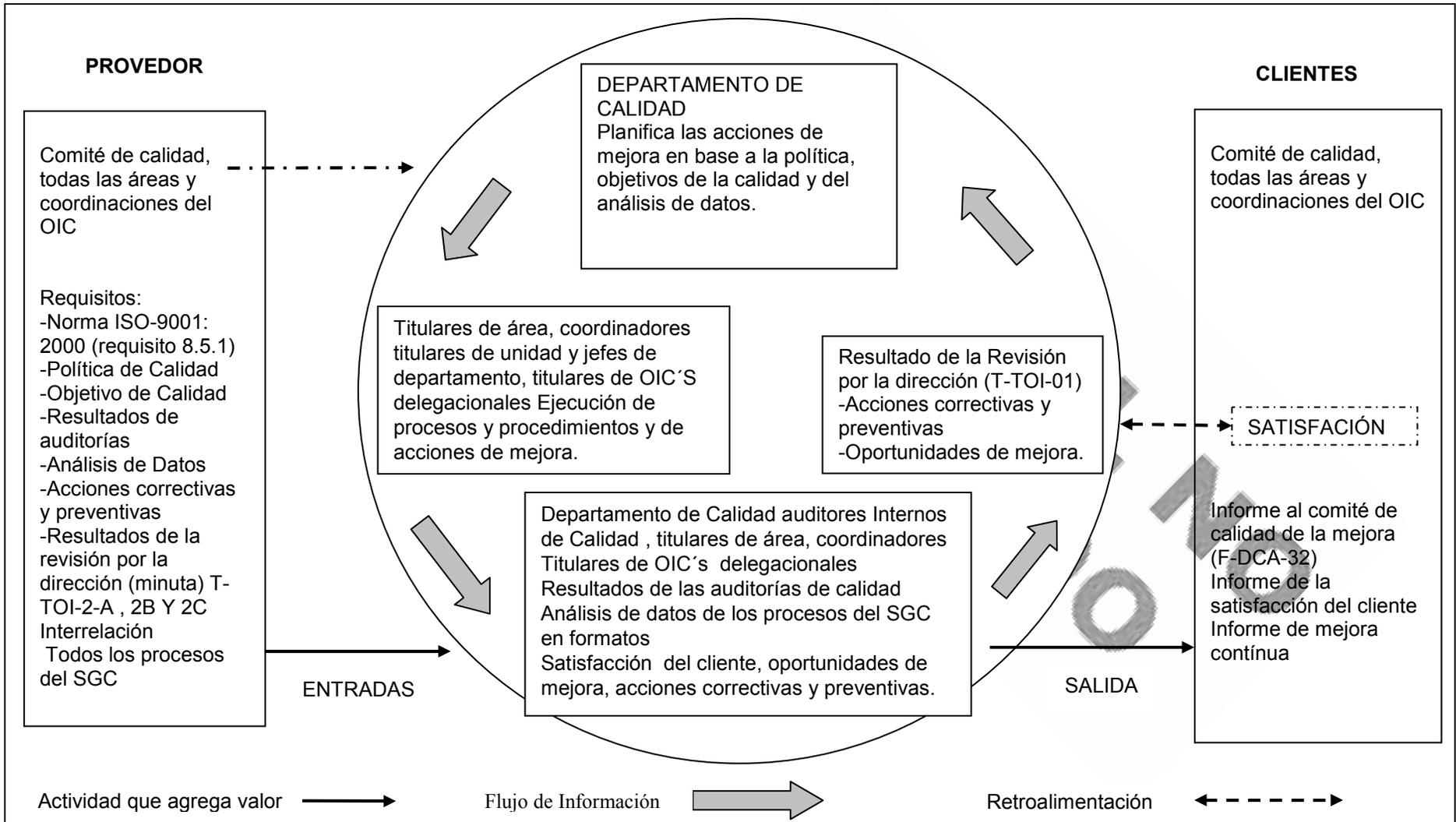
Los cambios a los procedimientos del sistema y de las revisiones por la dirección el departamento de calidad al analizar los formatos de mejora modificara la estructura del proceso, quedando congruentes con las revisiones que se hagan en un futuro.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

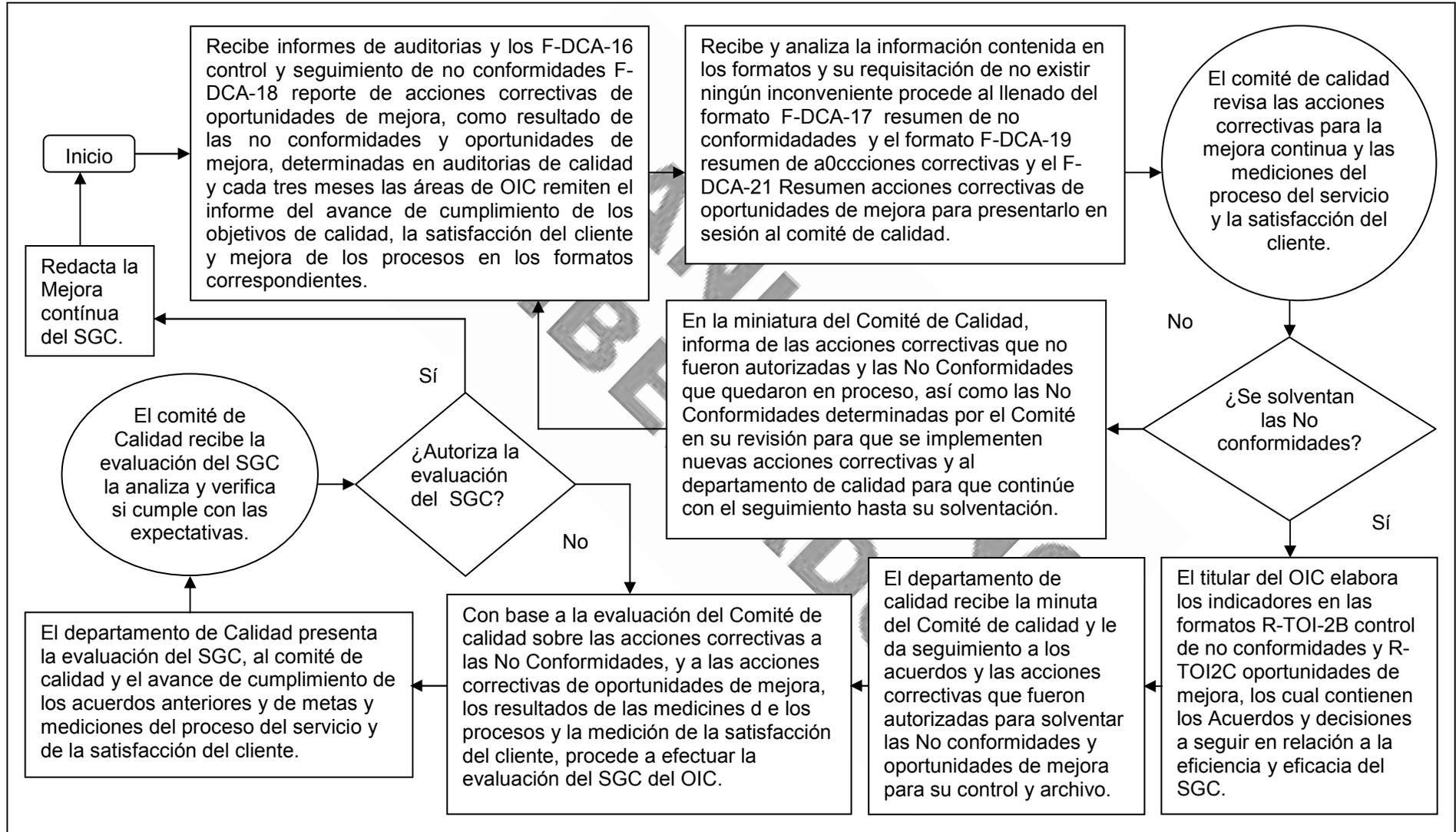
PROCESO DE MEJORA CONTÍNUA DEL OIC
 ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: T-DCA-3
 REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 7



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DEL OBJETIVO DEL PROCESO DE MEJORA CONTÍNUA DEL OIC
ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-33
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 4 DE 7

OBJETIVO :

Aumentar la capacidad del Órgano Interno de Control en la institución de salud para cumplir los requisitos de la Norma.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE MEJORA CONTÍNUA DEL OIC
 ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-34
 REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 7

R-DCA-3

Revisión de los requisitos	si	no	Revisó
• Norma ISO-9001 : 2000N requisito 8 . 5. 1			
• Política de Calidad			
• Objetivos de Calidad			
• Resultados de Auditorias			
• Análisis de datos			
• Acciones Preventivas			
• Resultados de la revisión por la dirección			

Seguimiento del Informe	si	no	Revisó
• Se revisaron los requisitos del servicio			
• Se analizaron los datos			

R-DCA-7

Liberación del informe	
Las acciones de mejora continua a implementar han cumplido con los requisitos y son liberadas para su aplicación de acuerdo a los criterios establecidos	
_____ Nombre y firma de quien libera	Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE MEJORA CONTÍNUA DEL OIC
ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-35
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 7

De las auditorias internas de calidad, encuestas y auto evaluación, manifestadas en el formato (F-DCA-5) de satisfacción del cliente de todas las áreas del OIC se llevará a cabo la recopilación de la información para su análisis, y del resultado de éste se utilizará como herramienta para la elaboración del formato de mejora continua de este proceso.

Se utilizará el método de gráficas para la medición de estos formatos, la frecuencia se determinará de acuerdo a cada proceso del Órgano Interno de Control para determinar la eficacia y eficiencia de nuestros procesos en relación a las expectativas de nuestros clientes.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

INFORME DE MEJORA CONTÍNUA AL COMITÉ DE CALIDAD
ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE CALIDAD

CÓDIGO: F-DCA-36
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 7

Del resultado del análisis de los formatos de mejora, de la satisfacción del cliente, de la revisión por la dirección en este formato se informa y describen las mejoras al Sistema de Gestión de la Calidad en el OIC, que se dan a conocer y las que serán puestas a consideración del Comité de Calidad, para su aprobación.

MANUAL
LIBERADO NO

4.4.4 Proceso de Comunicación Interna

Se asegura la difusión de los acuerdos y directrices del Comité de Calidad a todo el personal que participa en el Sistema de Gestión de la Calidad: Red local de voz y datos del OIC, correo electrónico, fax, páginas de intranet e internet, boletín interno ACTUA.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
ÁREA RESPONSABLE : AUDITORIA DE CONTROL Y EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN
GOBIERNO

CÓDIGO: T-ACE-4
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 7

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

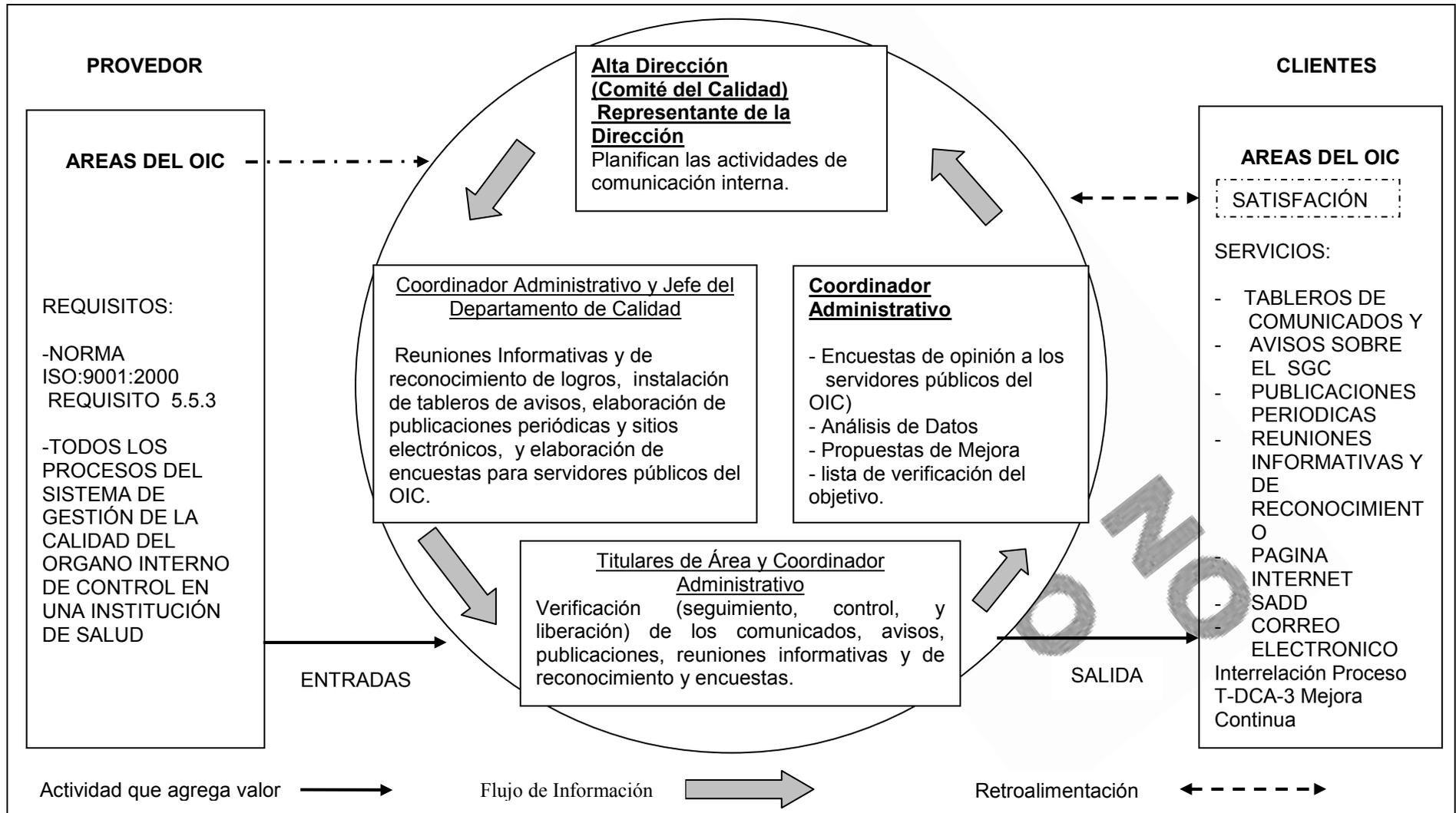
Los procedimientos del sistema y de las revisiones por la dirección el departamento de calidad al analizar los formatos de mejora modificara la estructura del proceso, quedando congruentes con las revisiones que se hagan en un futuro.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
 ÁREA RESPONSABLE : AUDITORIA DE CONTROL Y EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN GOBIERNO

CÓDIGO: T-ACE-6
 REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 7



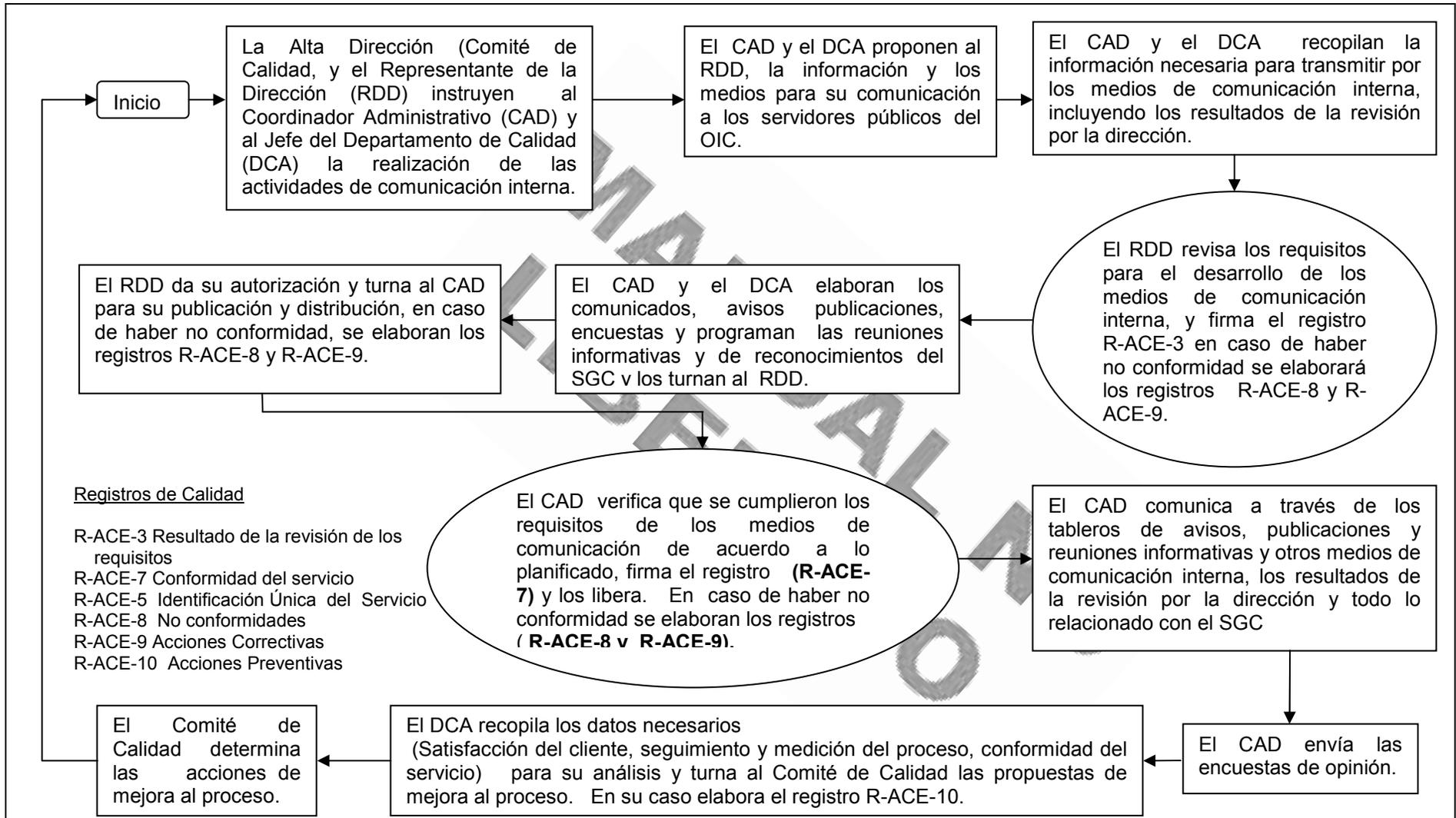
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
 ÁREA RESPONSABLE : AUDITORIA DE CONTROL Y EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN GOBIERNO

CÓDIGO: F-DCA-36
 REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 3 DE 7



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
ÁREA RESPONSABLE: AUDITORIA , CONTROL , EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN
GOBIERNO

CÓDIGO: F-ACE-22
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 4 DE 7

Objetivo:

Proporcionar los medios necesarios para la comunicación interna del SGC.

Medición del objetivo al mes

	Si	No
Verificación de medios de comunicación interna		
Tableros de avisos		
Publicaciones periódicas		
Reuniones informativas		
Red interna (electrónica)		
Correo Electrónico		

Por medio de los tableros de avisos, se comunicarán resultados de las evaluaciones de los cursos de: Liderazgo; Ambiente de Trabajo; 5s'; ISO-9001/9004 Par Consistente; 19011 Auditorias Internas de Calidad.

Se publicará información sobre Auditorias Internas de Calidad.

Se llevarán a cabo Juntas del Comité de Calidad para la revisión del SGC, y se comunicarán los resultados por medio de la minuta correspondiente. Por medio de correo electrónico y como poyo para la formación y competencia de los servidores públicos de los OIC's Delegacionales se distribuirá material de los cursos de: Formación y Competencia de: Liderazgo, Ambiente de Trabajo, ISO-9001/9004:2000 Par Consistente; ISO-19011:2000 Formación de Auditores Internos de Calidad.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
ÁREA RESPONSABLE: AUDITORIA , CONTROL , EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN
GOBIERNO

CÓDIGO: F-ACE-24
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 7

La medición de la satisfacción del cliente (en todas las áreas del OIC) respecto a la comunicación de avances, resultado, logros y oportunidades de mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, se realizará mediante encuestas de opinión a los servidores públicos del OIC.

La frecuencia de la medición de la satisfacción del cliente se realizará mensualmente.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
 ÁREA RESPONSABLE: AUDITORIA , CONTROL , EVALUACIÓN Y APOYO AL BUEN
 GOBIERNO

CÓDIGO: F-ACE-23
 REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 6 DE 7

R-ACE-3

Revisión de los requisitos	si	no	Revisó
<ul style="list-style-type: none"> • Norma ISO-9001:2000 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Información de todos los procesos del SGC 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Seguimiento del Informe	si	no	Revisó
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinaron los requisitos de los medios de comunicación interna 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Se revisaron los requisitos los medios de comunicación interna 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Se reviso la información de la revisión por la dirección 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

R-ACE-7

Liberación del informe
<p>Los medios de comunicación interna cumplieron con los requisitos y son liberados de acuerdo con los criterios establecidos, para su publicación y comunicación a través de tableros de avisos, publicaciones y reuniones informativas.</p>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>_____ Nombre y firma de quien libera</p> </div> <div style="width: 35%;"> <p>Fecha:</p> </div> </div>

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA DEL PROCESO DE COMUNICACIÓN INTERNA
ÁREA RESPONSABLE: ÁREA RESPONSABLE: AUDITORIA , CONTROL , EVALUACIÓN
Y APOYO AL BUEN GOBIERNO

CÓDIGO: F-ACE-23
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 7 DE 7

R-ACE-5

CLAVE UNICA DE IDENTIFICACION	NUMERO	SERVICIO	NOMBRE Y FIRMA
TABLEROS DE AVISOS		MEDIOS DE COMUNICACION	
PUBLICACIONES PERIODICOS		MEDIOS DE COMUNICACION	
REUNIONES INFORMATIVAS		MEDIOS DE COMUNICACION	
RED INFORMATIVA (INTRANET)		MEDIOS DE COMUNICACION	
CORREO ELECTRONICO		MEDIOS DE COMUNICACION	

4.4.5 Proceso de Revisión por la Dirección

Da a conocer a todo el personal del Órgano Interno de Control, el compromiso de la dirección con el desarrollo, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAT DEL OIC

CÓDIGO: T-TOI-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 11

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

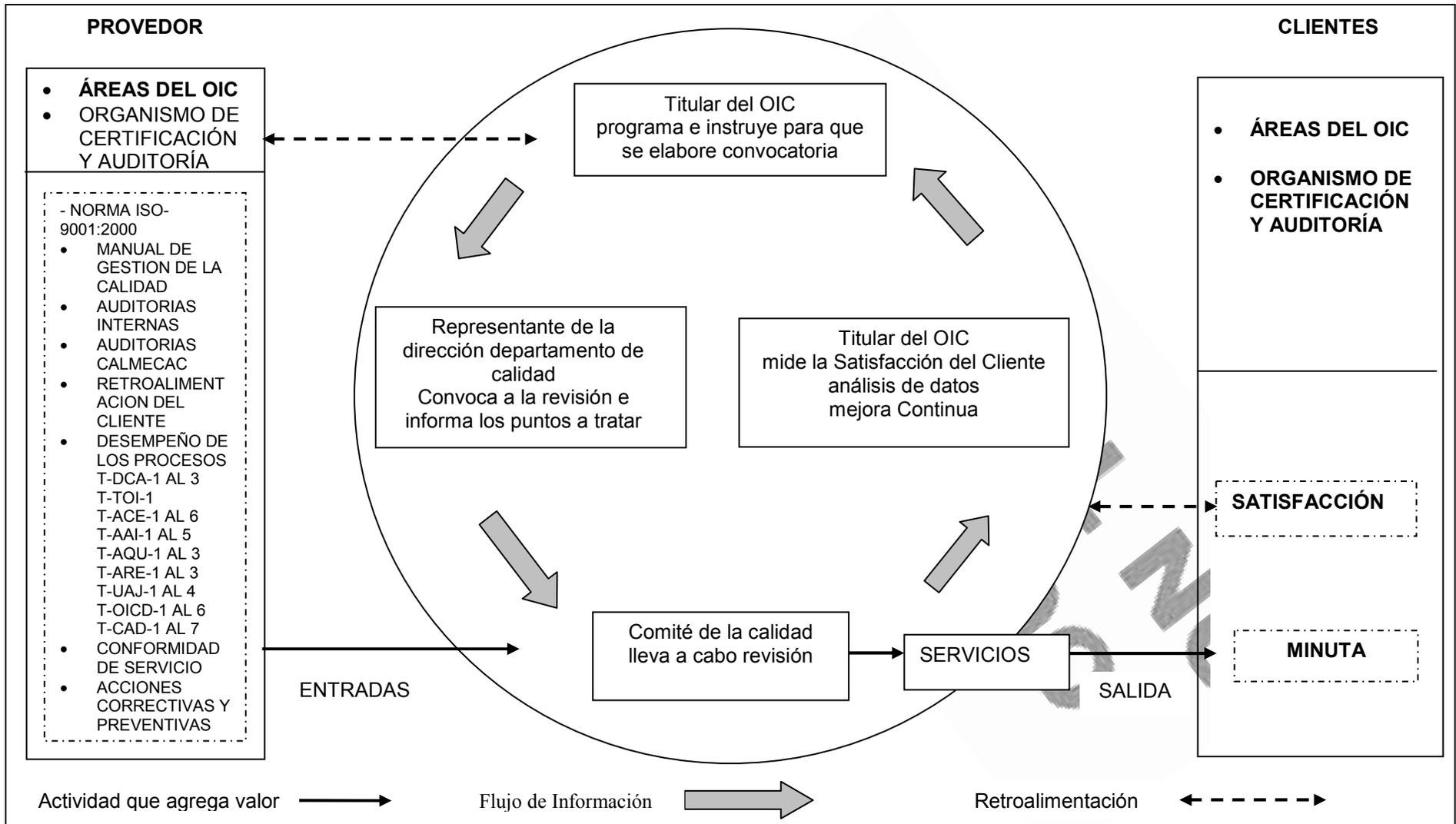
CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: T-TOI-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 11

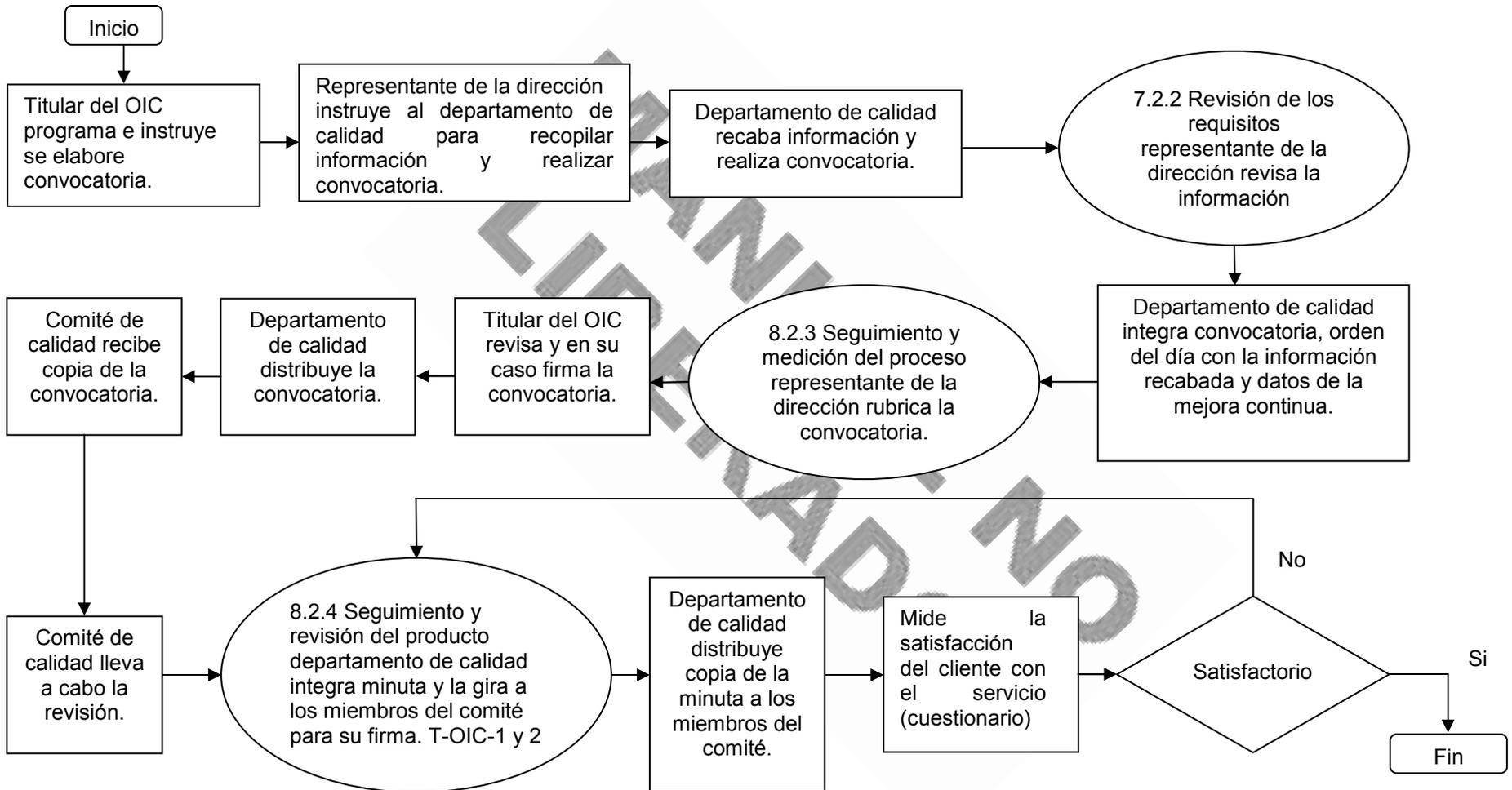


ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: T-TOI-01
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 11



R-TOI-1 Revisión por la dirección
R-TOI-3 Revisión de los requisitos
R-TOI-7 Conformidad del servicio

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MINUTA DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-02
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 4 DE 11

Objetivo del proceso: Asegurar el funcionamiento eficaz y eficiente del sistema de administración de la calidad a través de la revisión por la dirección y quedando asentado en la minuta de la revisión.

Medición de proceso: En la reunión del comité de calidad cada área presenta la información referente a la medición del cumplimiento de sus objetivos definidos en el sistema de la administración de la calidad, dicha información es evaluada y se anexa a la minuta de la revisión por la dirección.

R-TOI-1

MINUTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Fecha:

Próxima Reunión:

Orden del día

I. Seguimiento a los acuerdos de la sesión anterior pendientes

II. Revisión por la dirección al mes de

Liberación de Expediente

III. Satisfacción al cliente

IV. Mejora continua

V. Asuntos generales

VI. Acuerdos

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MINUTA DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-02
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 11

Titular del Órgano Interno de
control en la Institución de salud

Titular del Área de Auditoría de
Control y Evaluación y apoyo al
Buen Gobierno

Titular del Área de Auditoria Interna

Titular del Área de Quejas

Titular del Área Responsabilidades

Coordinador de Órganos Internos
De control delegacionales

Titular de la Unidad de Asuntos
Jurídicos

Coordinador Administrativo

Titular de la Unidad de Supervisión y control

Jefe del departamento de calidad

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-02-A
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 11

Referencia	Acuerdo	Área Responsable	Fecha Compromiso	N/A	P	C	Seguimiento
<p>Se registrarán todos los acuerdos que se hayan convenido en las reuniones del comité de calidad y se dará seguimiento hasta su conclusión.</p> <p>MANUAL LIBERADO NO</p> <p>P: Pendiente C: Concluido N/A: No Atendido</p>							

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

CONTROL DE NO CONFORMIDADES DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-02-B
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 11

Las no conformidades detectadas en las reuniones del comité de calidad se reportarán al responsable del procedimiento P-DCA-06, debiendo requisitar los formatos del mismo procedimiento.

Por otra parte, el responsable de solventar las no conformidades deberá de informar al departamento de calidad mediante los formatos del procedimiento P-DCA-07 de las acciones correctivas que se llevarán a cabo para solventar las no conformidades detectadas y en su caso los formatos de procedimiento F-DCA-8 acciones preventivas.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

OPORTUNIDADES DE MEJORA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-02-C
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 8 DE 11

Una vez autorizado el formato F-DCA-18-A resumen de oportunidades de mejora por el comité de calidad éste deberá ser requisitado para informar al responsable del procedimiento P-DCA-07, y cuando estén concluidas o solventadas quedarán como registro de calidad R-TOI-1

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 9 DE 10

R-TOI-3

Revisión de los Requisitos	Sí	No	Revisó
Norma ISO 9001:2000			
Seguimientos de las revisiones previas			
Objetivos de calidad de cada área			

Seguimiento del proceso	Sí	No	Revisó
Se determinó la orden del día			
Se revisaron los requisitos del proceso			
Se revisaron las cifras de los objetivos de calidad de cada área			
Se entregó convocatoria a cada miembro del comité de calidad			
La minuta de la revisión fue firmada por cada miembro			

R-TOIC-7

Liberación de Minuta

La minuta de la revisión por la dirección correspondiente a la sesión correspondiente se elaboró de acuerdo con los requisitos del servicio de la misma y los requeridos por el cliente y se entregó a cada miembro del comité.

Nombre y firma de quien libera

Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA
DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-04
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 10 DE 11

Medición de la satisfacción del cliente: La medición de la satisfacción del cliente se realizará cada trimestre mediante cuestionario que se realizará a cada integrante del comité de calidad.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN
OFICINA DEL TITULAR DEL OIC

CÓDIGO: F-TOI-05
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 11 DE 11

El comité de calidad supervisa el cumplimiento de lo estipulado en el manual de calidad, así como en los procesos y registros de calidad que conforman la documentación del sistema de administración de la calidad, autoriza cualquier modificación a los documentos del sistema de administración de la calidad, supervisa la ejecución de las auditorías internas de calidad y da seguimientos a las acciones correctivas y preventivas.

Las reuniones del comité de calidad se llevan a cabo cada trimestre y queda constancia de ello en la minuta de la revisión por la dirección F-TOI-2

4.4.6 Proceso de Atención Ciudadana

Explica la forma de atender las quejas y denuncias relacionadas con las obligaciones de los servidores públicos y aquellas que se refieren a trámites y servicios, con la aplicación de los requisitos de la norma ISO 9001: 2000.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-01
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 8

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

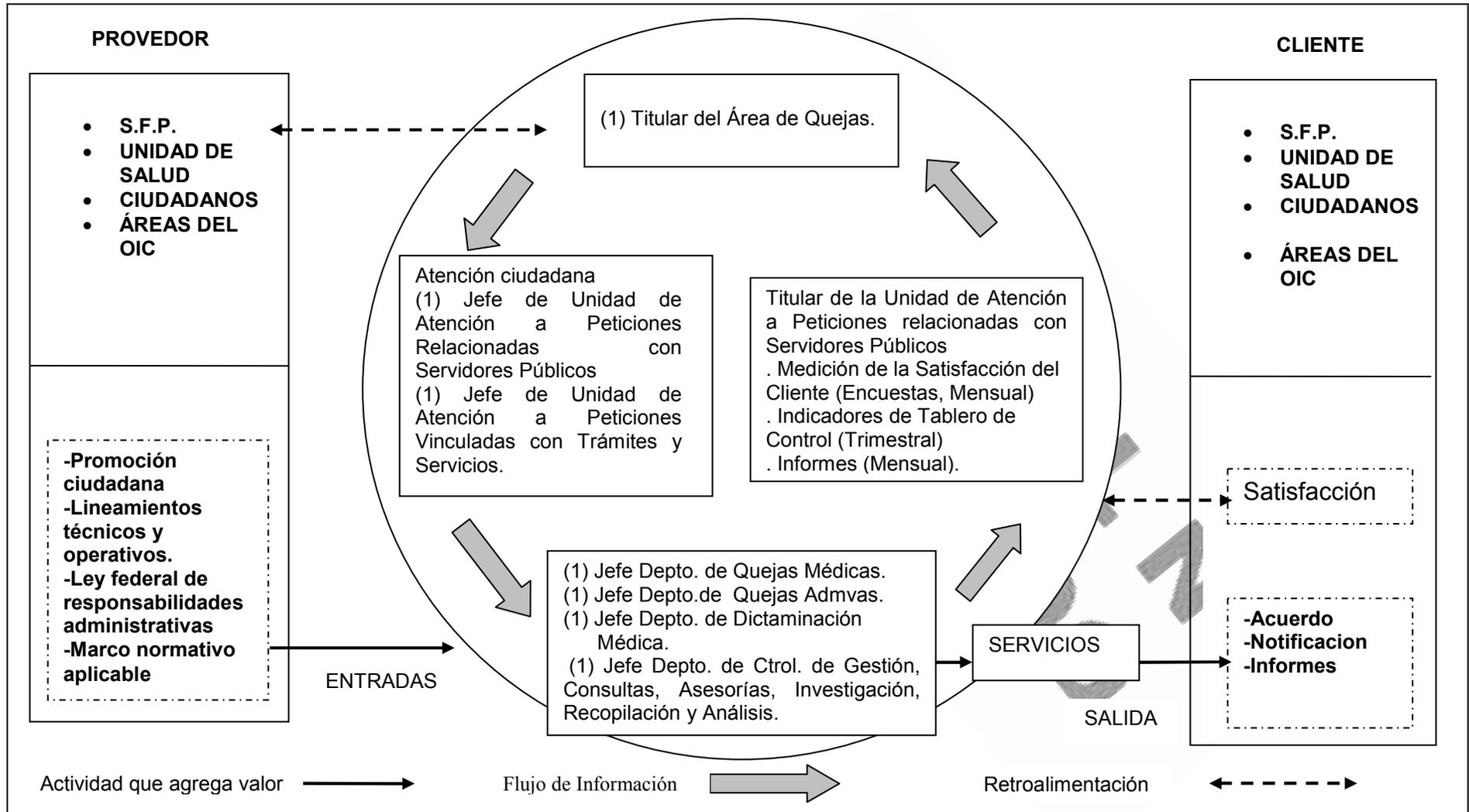
CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-01
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 8



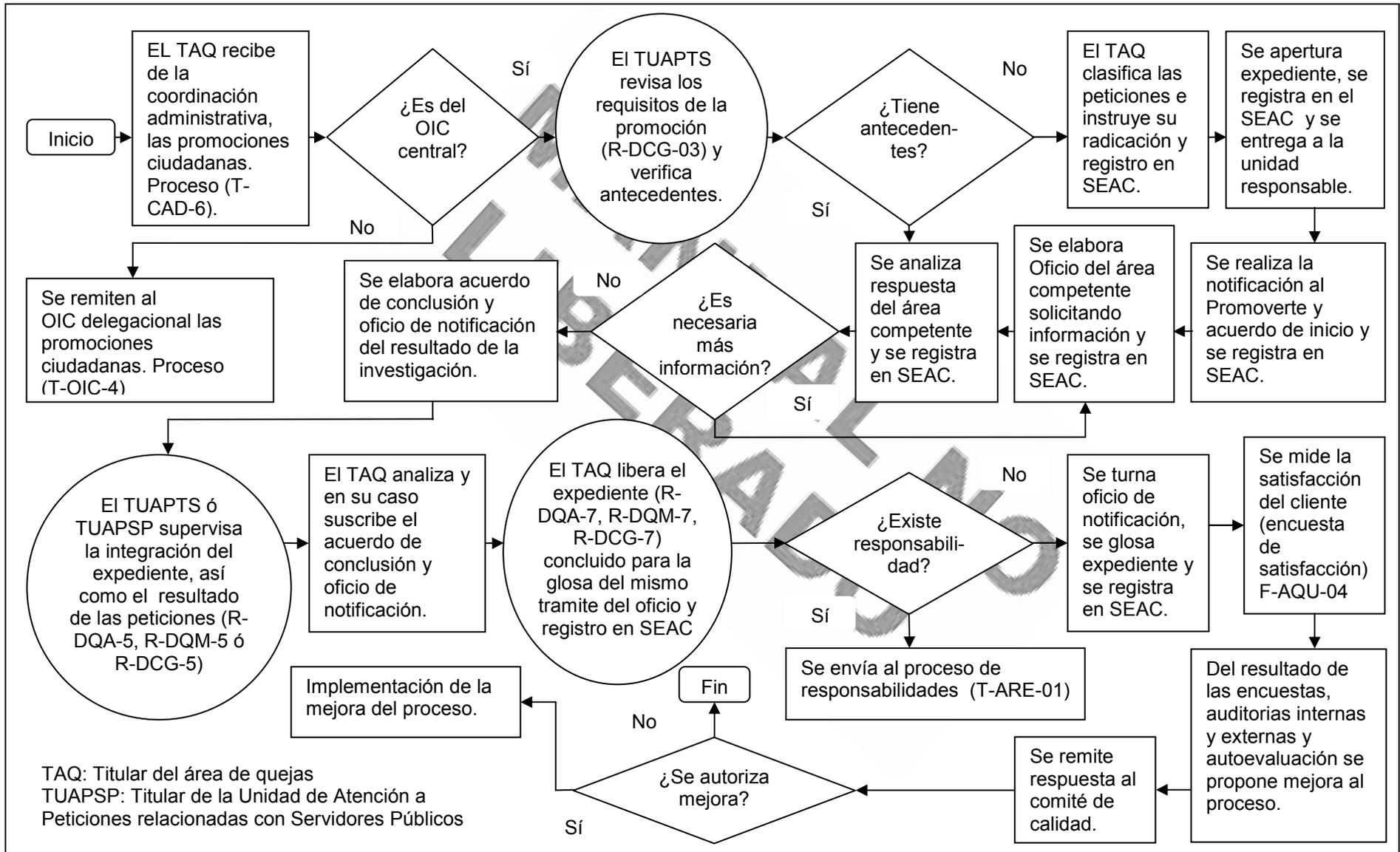
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-03

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 8



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-02
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

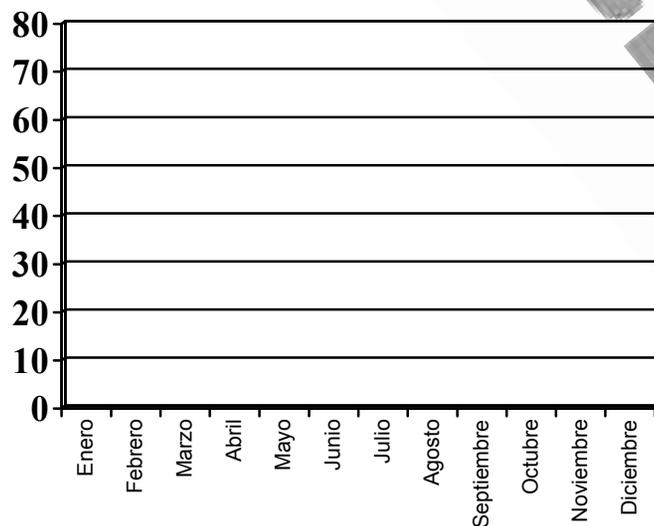
PÁGINA: 4 DE 8

Objetivo: Resolver 2400 peticiones ciudadanas en el ejercicio anual.

Medición del Objetivo: Se realizará a través de una gráfica mensual, con valores acumulados.

Gráfica:

Peticiones atendidas anualmente



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 8

Seguimiento y Medición del Proceso:

R-DCG-3

*Revisión de los Requisitos	Sí	No	Responsable
Promoción ciudadana			
Cumple con los lineamientos técnicos y operativos			

Seguimiento y Medición del Servicio:

R-DQA-5, R-DQM-5, R-DCQ-5

Supervisión de Integración de exp.	Sí	No	No Aplica	Responsable

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 8

R-DQA-7 Ó R-DCG-7

Liberación de Expediente

El titular del área de quejas libera el expediente, una vez que se verifica que cumple con los requisitos del cliente, con los criterios de integración y ha suscrito el acuerdo conclusión y oficio de notificación.

Titular del Área de Quejas

Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE ATENCIÓN
CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-04
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 8

Medición de la satisfacción del cliente: La medición de la satisfacción del cliente se realizará a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción, con una periodicidad mensual.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN CIUDADANA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-13
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 8 DE 8

Del resultado de las encuestas de satisfacción, las auditorias internas y externas, así como de la auto- evaluación se propondrán, en su caso las mejoras necesarias al proceso.

MANUAL
LIBERADO NO

4.4.7 Proceso de Conciliación con Proveedores y Contratistas

Indica los pasos a seguir para la atención a las solicitudes de conciliaciones realizadas por los proveedores o contratistas que otorgan sus servicios al Instituto de Salud.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 8

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

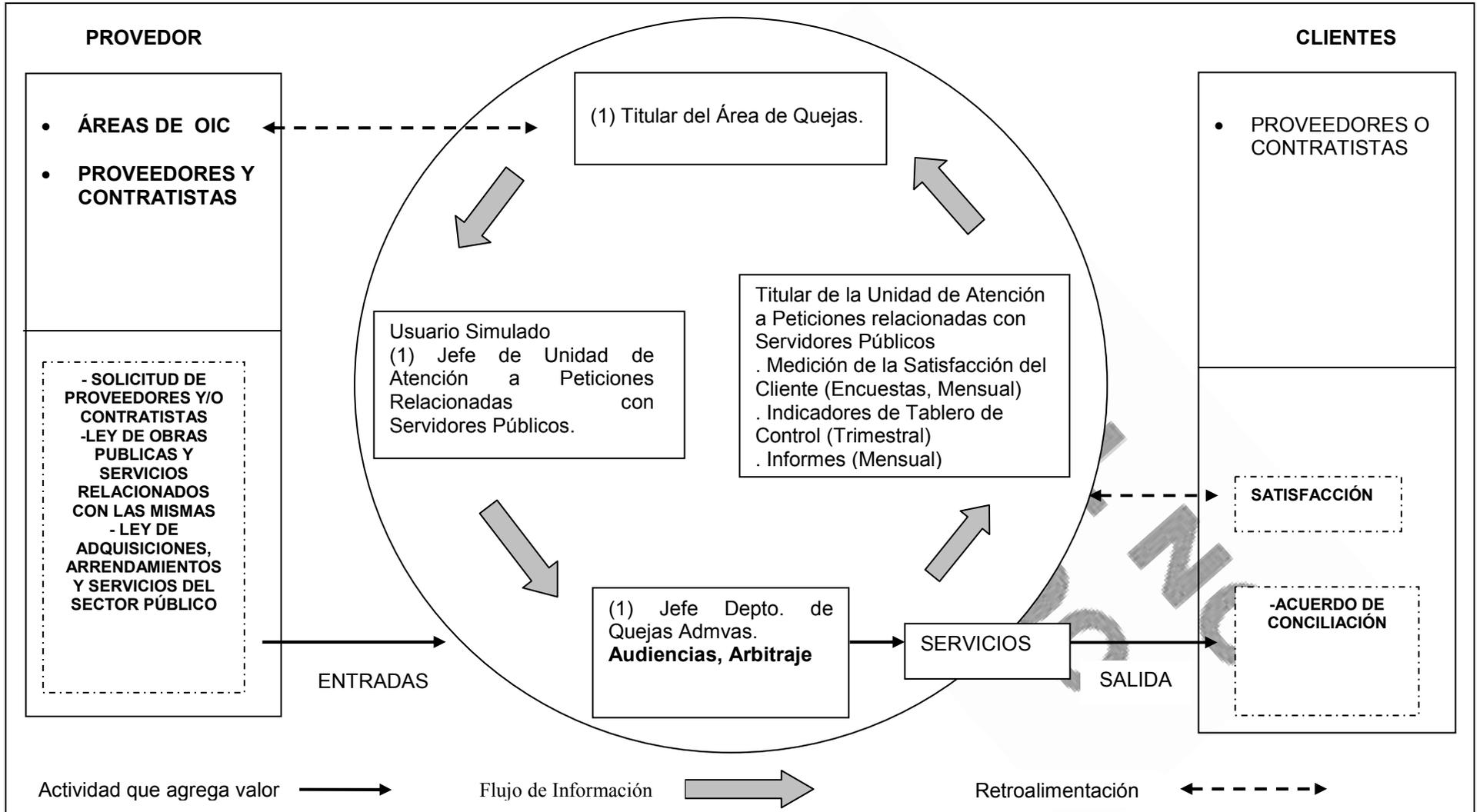
--

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-03
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 8

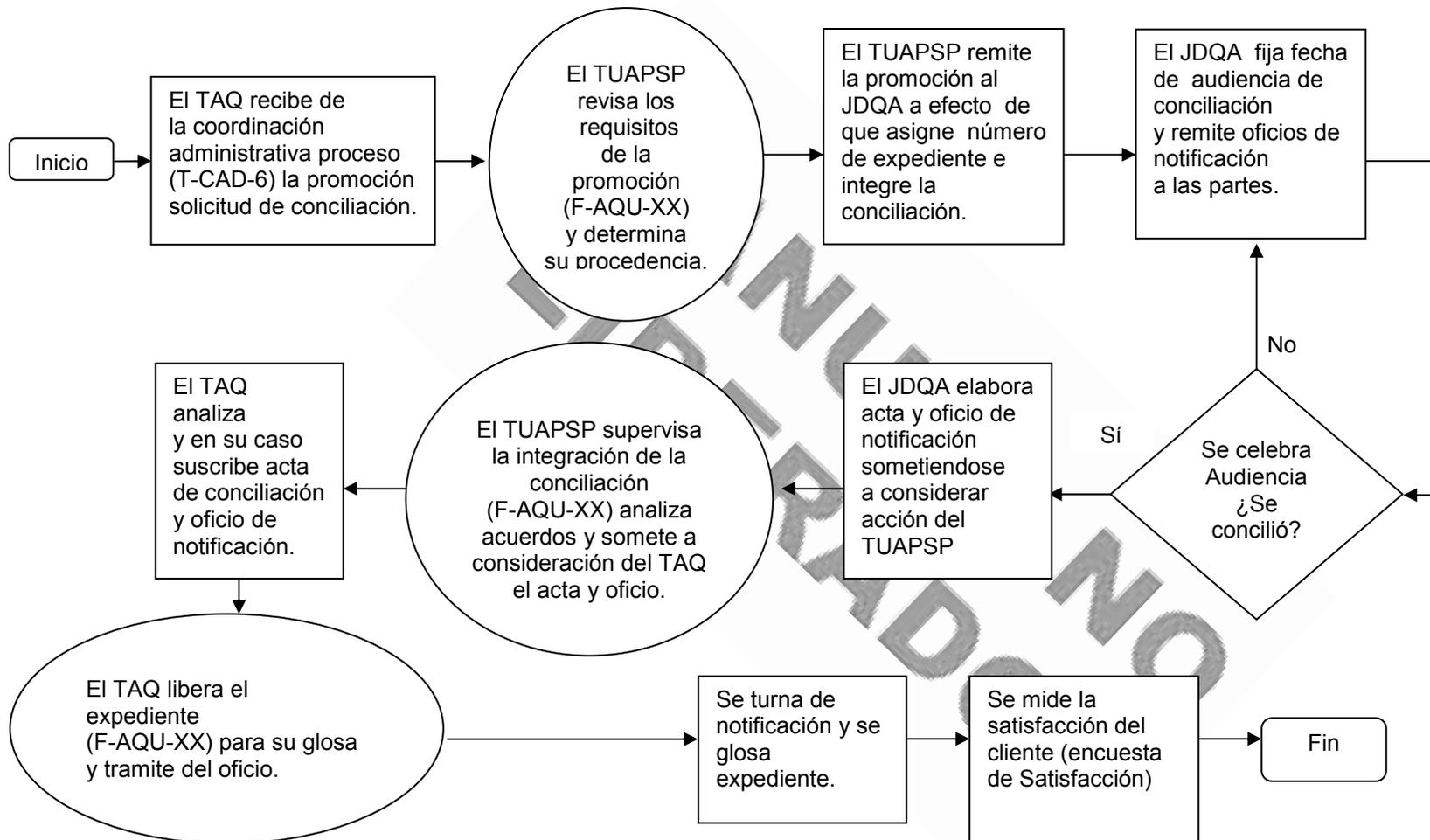


ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-3
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 8



TAQ: Titular del Área de Quejas

TUAPSP: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos

JDQA: Jefe de Departamento de Quejas Administrativas.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES
Y CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

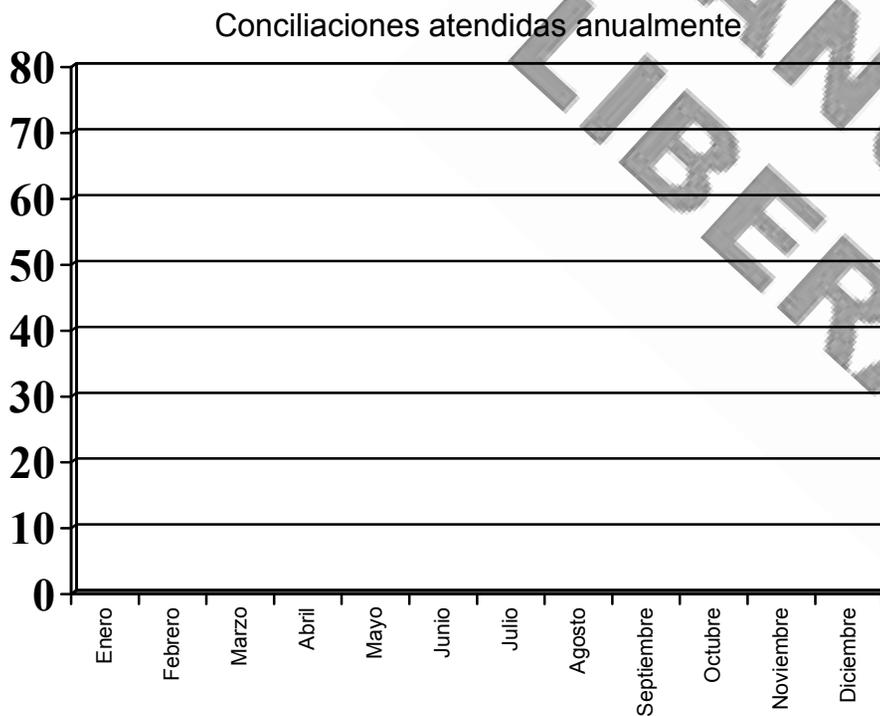
CÓDIGO: F-AQU-10
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 4 DE 8

Objetivo: Atender de manera exitosa el 50% de las conciliaciones con proveedores y contratistas.

Medición del Objetivo: Se realizará a través de una gráfica mensual, con valores acumulados.

Gráfica:



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y
CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-11
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 8

Medición y Seguimiento del Proceso:

R-AQU-3

*Revisión de los Requisitos	Sí	No	Responsable
Promoción con proveedores y contratistas			
Cumple con los términos de la ley de obras públicas y servicios			
Cumple con los términos de la ley de adquisiciones , arrendamientos y servicios del sector público			

Medición y Seguimiento del Servicio:

R-AQU-5

*Supervisión de Integración de Expediente	Sí	No	No Aplica	Responsable
Acuerdo de admisión (inicio de conciliación)				
Solicitud de informe y notificación de audiencia de conciliación al área responsable				
Oficio de notificación al proveedor o contratista para audiencia de conciliación				
Informe del área responsable				
Acta (s) de audiencias de conciliación				
Acuerdo de suspensión				
Notificación del resultado de conciliación				

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y
CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-7
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 8

R-AQU-7

Liberación de Expediente

El titular del área de quejas libera el expediente, una vez que se verifica que cumple con los requisitos del cliente, con los criterios de integración y ha suscrito el acuerdo de conciliación y oficio de notificación.

Titular del Área de Quejas

Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN
CON PROVEEDORES Y CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-8
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 8

Medición de la satisfacción del cliente: La medición de la satisfacción del cliente se realizará a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción, con una periodicidad mensual.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE CONCILIACIÓN CON PROVEEDORES Y
CONTRATISTAS
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-14
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 8 DE 8

Del resultado de las encuestas de satisfacción, las auditorias internas y externas, así como de la auto-evaluación, se propondrán en su caso las mejoras necesarias al proceso.

MANUAL
LIBERADO NO

4.4.8 Proceso de Usuario Simulado

Desarrolla los pasos a seguir para realizar las visitas a unidades médicas como Usuario Simulado, con el objetivo de verificar la autenticidad de los servicios.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-2
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 8

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

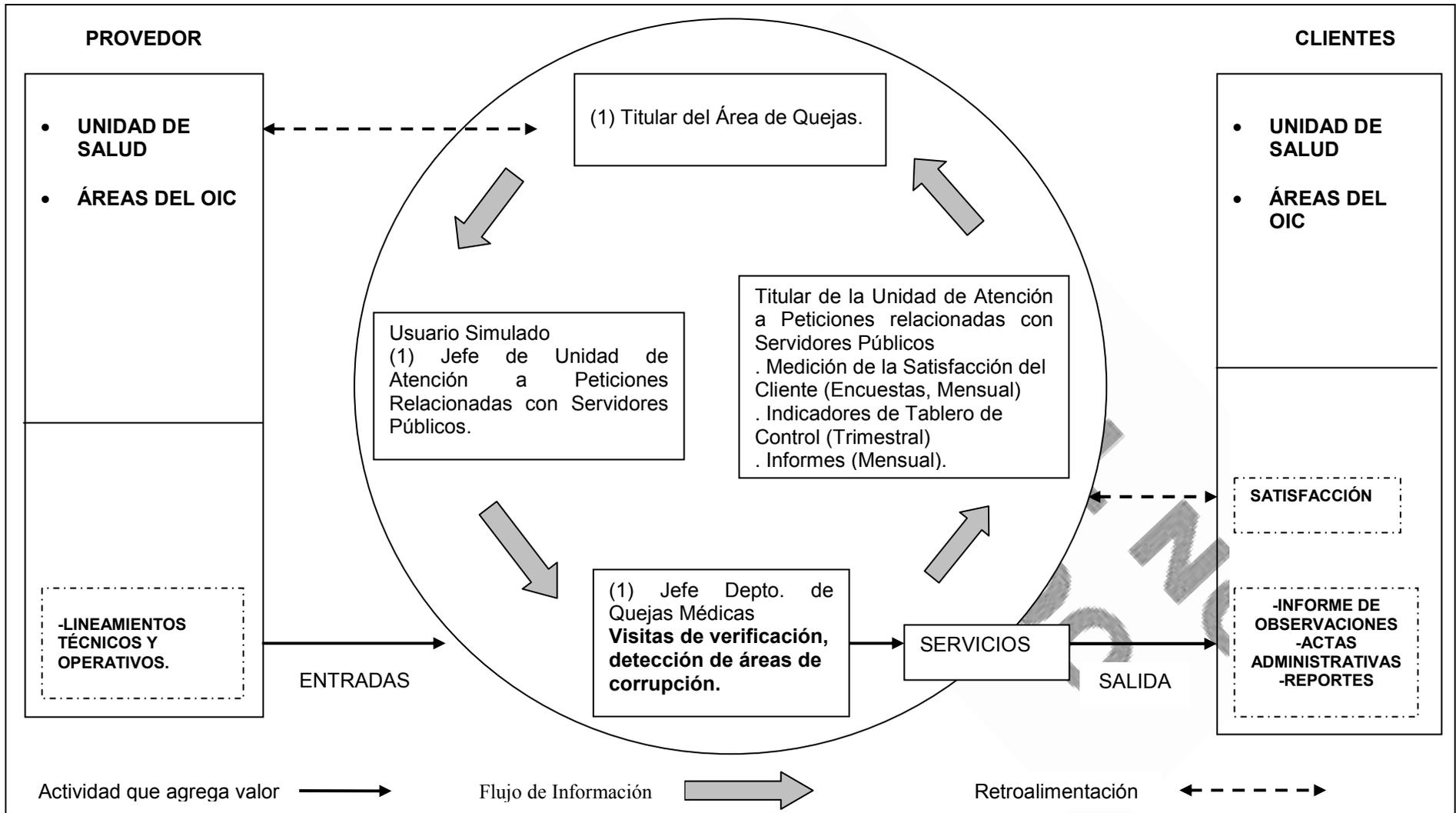
CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-2
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 8

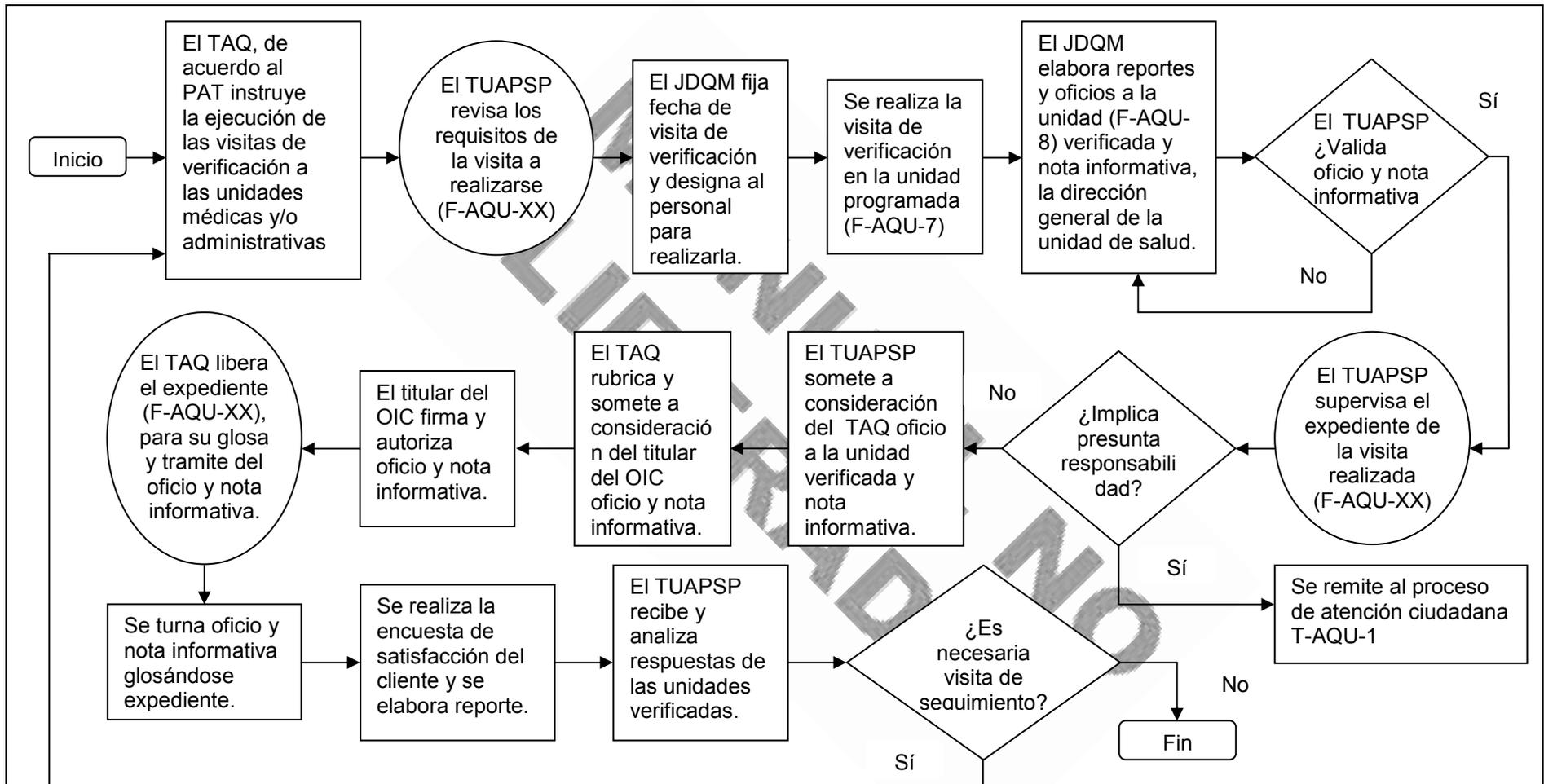


ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-3
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 8



TAQ: Titular del Área de Quejas
 TUAPSP: Titular de la Unidad de Atención a Peticiones Relacionadas con Servidores Públicos
 JDQM: Jefe de Departamento de Quejas Médicas
 PAT: Programa Anual de Trabajo

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

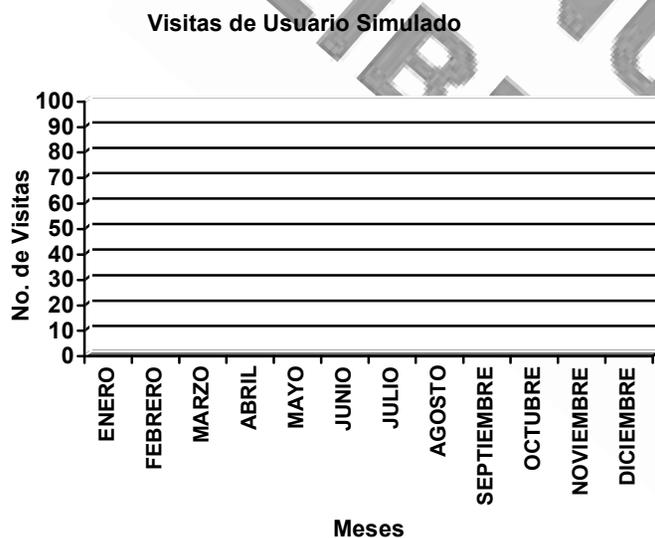
CÓDIGO: F-AQU-6
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 4 DE 8

Objetivo: Realizar 100 visitas de verificación de usuario simulado.

Medición del Objetivo: Se realizará a través de una gráfica mensual, con valores acumulados.

Gráfica:



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-7
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 8

Medición y Seguimiento del Proceso:

R-AQU-3

*Revisión de los Requisitos	Sí	No	Responsable
Programa Anual de Trabajo			
Lineamientos y Criterios Técnicos y Operativos de Atención Ciudadana			

Medición y Seguimiento del Servicio:

R-AQU-5

*Supervisión de Integración de Expediente	Sí	No	No Aplica	Responsable
Cédula de Verificación				
Encuesta al Usuario de la Unidad Verificada				
Oficio de Observaciones a la Unidad Verificada				
Nota Informativa a la dirección de la Unidad de Salud				

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-8
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 8

R-AQU-7

Liberación de Expediente

El titular del área de quejas libera el expediente, una vez que se verifica que cumple con los requisitos del cliente, con los criterios de aplicación y se han suscrito el oficio de observación al área verificada y nota informativa para la dirección general de la institución de salud.

Titular del Área de Quejas

Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-8
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 8

Medición de la satisfacción del cliente: La medición de la satisfacción del cliente se realizará a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción, con una periodicidad mensual.

MANUAL
LIBERADO NO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE USUARIO SIMULADO
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-14
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 8 DE 8

Del resultado de las encuestas de satisfacción, las auditorias internas y externas, así como de la auto- evaluación se propondrán, en su caso las mejoras necesarias al proceso.

MANUAL
LIBERADO NO

4.4.9 Proceso de Atención Directa y Gestión Inmediata

Determina la atención de las promociones ciudadanas vinculadas con trámites y servicios, estableciendo comunicación con el área involucrada y gestionando la atención inmediata.

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-04
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 1 DE 8

ELABORÓ

REVISÓ

APROBÓ

FECHA DE EMISIÓN:

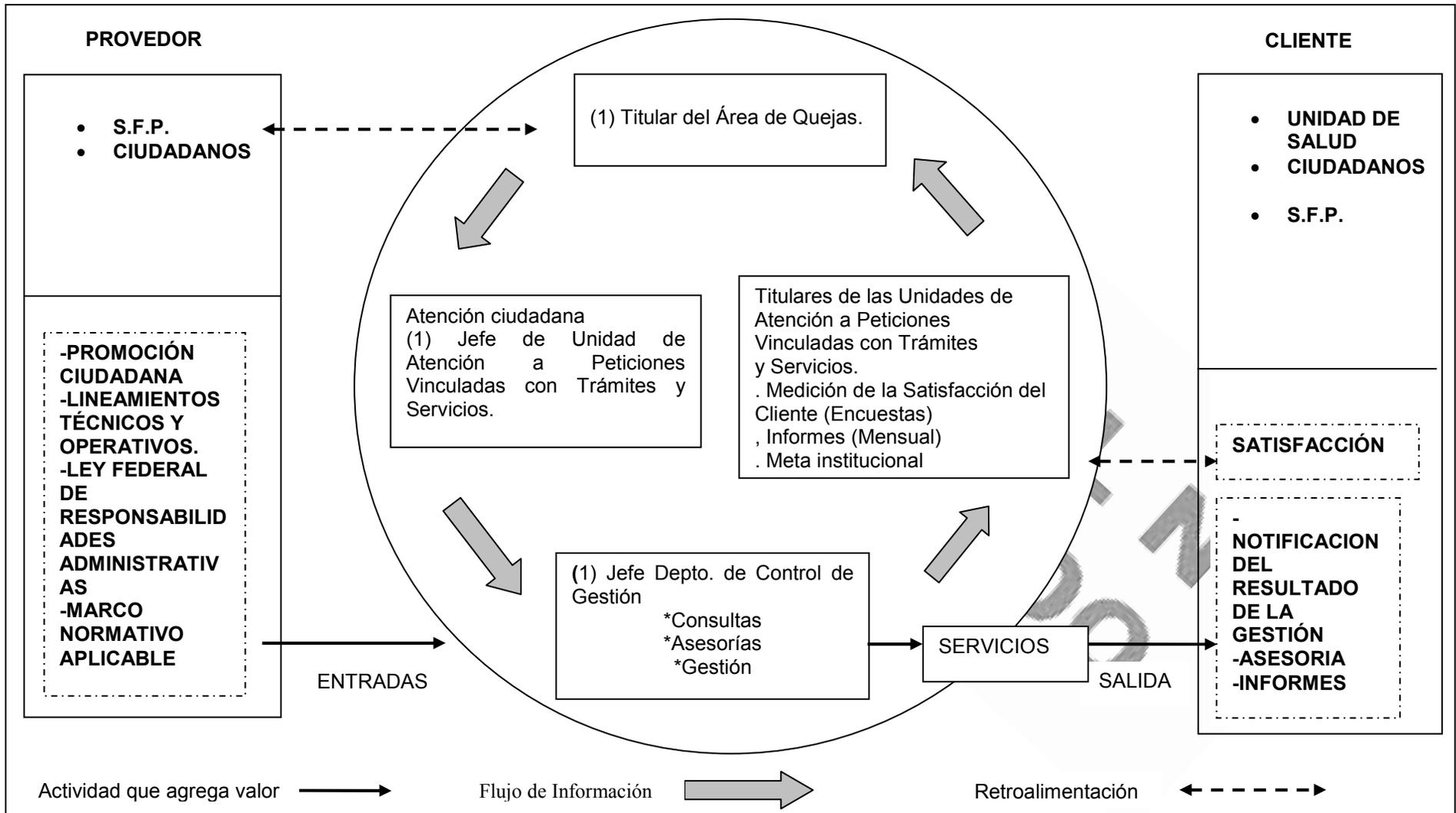
CAMBIOS EFECTUADOS EN LA REVISIÓN

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MODELO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-04
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 2 DE 8



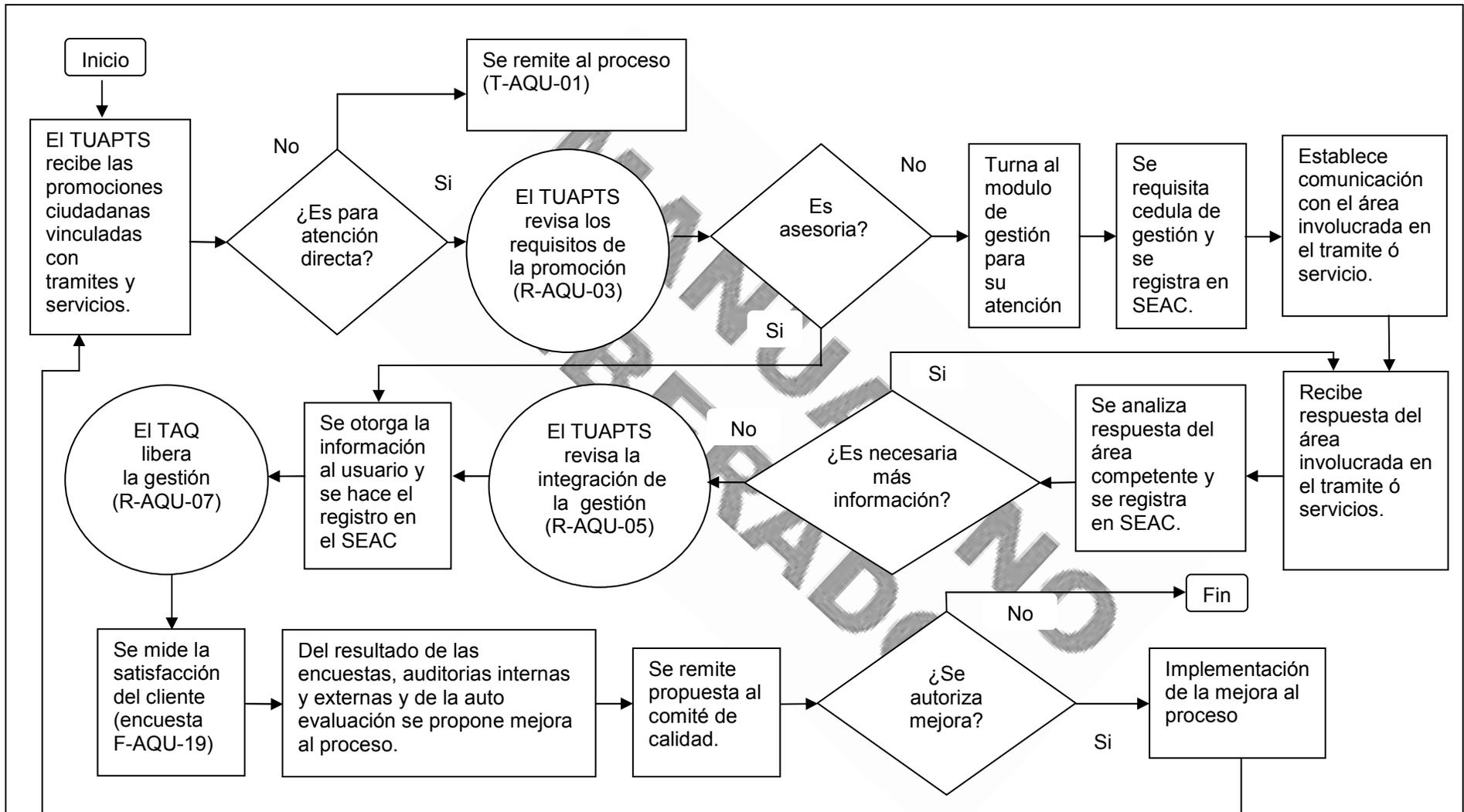
ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

DIAGRAMA DE FLUJO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: T-AQU-16

REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 3 DE 8



TAQ: Titular del Área de Quejas R-TOI-1 Revisión por la dirección R-TOI-3 Revisión de los requisitos R-TOI-7 Conformidad del servicio

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN
INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

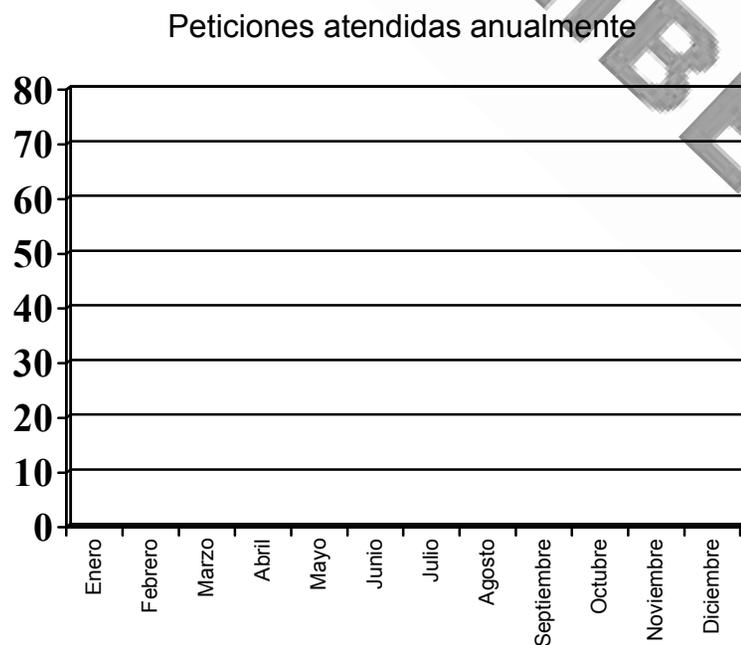
CÓDIGO: F-AQU-17
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 4 DE 8

Objetivo: Atender 900 asuntos de atención directa y gestión ciudadana en el ejercicio.

Medición del Objetivo: Se realizará a través de una gráfica mensual, con valores acumulados.

Gráfica:



ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN
INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-17
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 5 DE 8

Seguimiento y Medición del Proceso:

R-AQU-3

*Revisión de los Requisitos	Sí	No	Responsable
Promoción ciudadana			
Cumple con los lineamientos técnicos y operativos			
Identificación del marco formativo aplicable			

Seguimiento y Medición del Servicio:

R-AQU-5

Supervisión de Integración de expediente	Sí	No	No Aplica	Responsable
Cedula de gestión y planeamiento de la petición ciudadana				
Registro de la solicitud de información				
Registro de la respuesta otorgada por la unidad involucrada				
Registro de información al usuario				

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN
INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-18
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 6 DE 8

R-AQU-7

Liberación de Expediente

El titular del área de quejas libera el expediente, una vez que se verifica que cumple con los requisitos del cliente, con los criterios de integración y se ha informado al usuario.

Titular del Área de Quejas

Fecha:

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE DEL PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA
Y GESTIÓN INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-19
REVISIÓN NO.: 0 FECHA:

PÁGINA: 7 DE 8

Medición de la satisfacción del cliente: La medición de la satisfacción del cliente se realizará a través de la aplicación de la encuesta de satisfacción, en un 20% de los asuntos resueltos y con una periodicidad mensual.

MANUAL NO
LIBERADO

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DIRECTA Y GESTIÓN INMEDIATA
ÁREA DE QUEJAS

CÓDIGO: F-AQU-13
REVISIÓN NO.: 0

FECHA:

PÁGINA: 8 DE 8

Del resultado de las encuestas de satisfacción, las auditorias internas y externas, así como de la auto- evaluación se propondrán, en su caso las mejoras necesarias al proceso.

MANUAL NO
LIBERADO NO

CONCLUSIONES

Se considera que el objetivo de la tesis se cumplió en un 100%, ya que se dejaron sentadas las bases del Sistema de Gestión de la Calidad definiendo ocho procedimientos documentados que determinaron los lineamientos para el desarrollo de tres manuales, el del Sistema de Gestión de la Calidad, el del Plan de Calidad y el de Procesos. Implantando la norma para dos de sus principales áreas en esta primera etapa: Dirección y Quejas, quedando pendiente replicar los procedimientos al resto de las áreas, definidos incluso en esta fase, para así ver funcionar el ciclo del sistema en su totalidad.

La dimensión del presente proyecto representaba implantar 26 procesos en 7 áreas dentro del OIC central y 3 procesos en cada uno de sus 35 Órganos Internos de Control Delegacionales, para lo que se requería tiempo de capacitación, definición y desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad de por lo menos un año, razón por la cual después de definir la plataforma de trabajo para el total del sistema, fue necesario decidir por donde empezar.

La definición de los procedimientos permitió a las áreas iniciar con el análisis para determinar cuantos y cuáles serían los procesos a implantar, en ese lapso la Dirección resolvió que el Área de Quejas tenía objetivos que contenían compromisos contraídos por el gobierno de la República Mexicana en su Plan Nacional de Desarrollo, por lo que sería con el área que daría inicio al proyecto. Lo que hizo necesario involucrar los procesos del SGC (4), la Dirección (1) y el Área de Quejas (4) implantando para esta primer etapa 9 procesos.

Dos siguientes etapas terminarán de implantar los 20 procesos restantes, y la última iniciará la evaluación del SGC, con auditorías internas de calidad que emitirán resultados para iniciar acciones correctivas y preventivas conduciendo a mantener el Sistema en un ciclo de mejora continua.

El grupo de trabajo que desarrolló el proyecto fue interdisciplinario, dentro de las ingenierías, por lo que algunos de los integrantes no habíamos aplicado en campo los conceptos de calidad, lo que llevó tiempo el estudiar y conocer los conceptos de calidad y de las normas relacionadas con este trabajo.

El presente trabajo nos aportó a los integrantes el conocimiento suficiente para la interpretación de la norma ISO 9000:2000, de tal forma que hoy podemos aplicarla en el desempeño de cualquier servicio o elaboración de producto al que nos enfrentemos. Particularmente este proyecto nos permite asegurar que es aplicable a cualquier Órgano Interno de Control dependiente de la Secretaría de la Función Pública.

La Universidad nos proporcionó elementos para razonar, analizar y determinar acciones a seguir, como en la implantación de este proyecto. Haciendo que métodos probados sean de fácil entendimiento y aplicación.

TRABAJO POR REALIZAR

2ª. Etapa

Implantar los procesos de las Áreas del Órgano Interno de Control Central, Auditoría Interna tres procesos, Auditoría de Control y Evaluación tres procesos y Apoyo al Buen Gobierno (el cuarto se implantó en la primer etapa), Responsabilidades tres procesos, la Unidad de Asuntos Jurídicos cuatro procesos y las Coordinaciones de Administración seis procesos y de Órganos Internos de Control Delegacional un proceso. Haciendo un total de veinte.

3ª Etapa

Tendrá el objetivo de replicar el sistema en los treinta y cinco OIC's delegacionales, que por ser en todo el territorio nacional se planea realizarlo por regiones, desde la capacitación hasta la implantación del mismo.

4ª Etapa

Evaluará el funcionamiento total del sistema con Auditorías Internas de Calidad, que permita verificar la interrelación de los procesos y el monitoreo de la realización del producto, y así poder detectar productos no conformes que den origen a tomar acciones correctivas y preventivas.

Estas actividades cierran el ciclo de aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad; sin embargo éste no se detiene, ya que dan origen a la mejora continua del mismo.