

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA TIERRA
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**



SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 APLICADOS EN EL ÁREA DE SALUD PERTENECIENTE A LA DELEGACIÓN DE DESARROLLO ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.

TRABAJO FINAL DE GRADO PRESENTADO POR LA BACHILLER AURA Y. HERNÁNDEZ C., PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO INDUSTRIAL

CIUDAD BOLÍVAR, JUNIO DE 2010

HOJA DE APROBACIÓN

Este trabajo de grado, intitulado “**Sistema de Indicadores de Gestión basado en la Norma ISO 9001:2008 Aplicados en el Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar**”, presentado por la bachiller **Hernández C. Aura Y.**, ha sido aprobado de acuerdo a los reglamentos de la Universidad de Oriente, por el jurado integrado por los profesores:

Nombres:

Firmas:

Profesor: Luis Franco

(Asesor)

Profesor (a): _____

Profesor (a): _____

Profesor Dafnis Echeverría

(Jefe del Departamento de Ingeniería Industrial)

Ciudad Bolívar ____ de _____ 201__.

DEDICATORIA

Dios Todopoderoso, por estar siempre a mi lado, te pido que me sigas guiando por el sendero del bien, la justicia y la honestidad; y de esta manera, hacerme un instrumento de tu paz.

A mis Padres, Cruz Hernández y Antonia Caña, quienes que con gran sacrificio y amor me ayudaron a seguir adelante y a culminar mi carrera. Por prestarme su apoyo incondicional y aconsejarme siempre en cada una de mis tareas.

A mis Hermanos, Yudecys Hurtado, Yessika Hernández, Yohana Brito, Leonel Hernández, Madelin Hernández, Marcos Hernández, quienes me dan felicidad cada día y alegría en mis momentos difíciles.

A mis amigos, Luís Uña, Reni Martínez, Orman Herrera, Miguel Morales, Francisco Perdomo, Karen Flores, Gabriela Luna y Johana Duran; quienes estuvieron a mi lado brindándome su apoyo, confianza, cariño y comprensión durante toda la carrera.

Aura Hernández

AGRADECIMIENTOS

A mi tutor académico, el profesor Luís Franco, quien profesionalmente, y con sus sabios conocimientos, me guió en la realización de este proyecto, y quien con su magistral ilustración, me hizo comprender diversos temas que fueron de gran importancia en esta investigación.

A mi tutor Industrial, Sociólogo, Franklin Arzolay por ayudarme a comprender los trabajos que se efectúan en el departamento objeto de estudio, y por sus consejos que fueron parte fundamental en la consecución de este proyecto.

A mis Familiares y amigos, quienes con su compañía y apoyo me ayudaron en los momentos más difíciles de mi carrera.

A la Universidad de Oriente por ser parte de mi vida y haberme brindado la oportunidad de formarme como profesional a través de la enseñanza de sus profesores.

A todos ustedes mis más profundos agradecimientos.....

Aura Hernández

RESUMEN

Un Sistema de Gestión de la Calidad, es una decisión estratégica de la alta gerencia de la organización, sin embargo, el diseño y la implementación están influenciados por las diferentes necesidades y objetivos particulares, en donde, no solo va dirigida a la conformidad o aseguramiento de la calidad, sino también a demostrar su capacidad para lograr aumentar la satisfacción del cliente, mediante el seguimiento, medición, análisis y mejoras del proceso. El desarrollo de éste trabajo, presenta el Sistema de Indicadores de Gestión Basado en la Norma ISO 9001:2008 Aplicados en el Área de Salud Perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar. El desarrollo del trabajo se inicia con la observación directa del proceso a estudiar y la recopilación de información mediante entrevistas realizadas al personal involucrado con el área en estudio. Para ello se realizó una inspección general al proceso, apoyada en la Lista de Verificación ISO 9001:2008. También se utilizó la herramienta Causa-Efecto que permitió detectar las causas principales y secundarias que afectan al proceso; clasificándolas y vinculándolas entre sí. Las descripciones de cargo; permitieron conocer los deberes y responsabilidades del personal involucrado con el proceso y con el sistema de gestión de la calidad. Se organizaron las operaciones realizadas en el proceso; por medio de los flujogramas y mapas de proceso que permitieron identificar la secuencia e interacción de los mismos, todo relacionado con la prestación del servicio. Al igual se establecieron los métodos y procedimientos para la operación y control del mismo; siendo estos de gran importancia en la planificación de la calidad del servicio, esta planificación de la calidad permite asegurar la continuidad y la confiabilidad de las operaciones y a la vez lograr un control de calidad a lo largo del proceso de atención al cliente, permitiendo también controlar y monitorear cada etapa del mismo; y poder corregir las desviaciones que puedan detectarse en cada fase. Se establecieron los indicadores de gestión que permitirán realizar seguimiento, medición y análisis del proceso. La evaluación final del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud; expresó respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma un 6 % de incumplimiento de los deberes exigidos por la norma ISO 9001:2008; por ende se puede observar un 81% del total de deberes conforme y un 13% de actividades incompletas.

CONTENIDO

HOJA DE APROBACIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
CONTENIDO	vi
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE TABLAS	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	4
SITUACIÓN A INVESTIGAR	4
1.1 Situación objeto de estudio	4
1.2 Objetivos de la investigación	7
1.2.1 Objetivo general	7
1.2.2 Objetivos específicos	7
1.3 Justificación de la investigación.....	8
1.4 Alcance de la investigación.....	8
CAPÍTULO II	9
GENERALIDADES	9
2.1 Reseña histórica	9
2.2 Ubicación geográfica de la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar	10
2.3 Misión de la empresa	11
2.4 Visión de la empresa	11
2.5 Objetivos de la empresa	12
2.5.1 Objetivo general	12
2.5.2 Objetivos específicos	12
2.6 Estructura organizacional de la empresa.....	13
2.6.1 Niveles jerárquicos.....	15
2.7 Departamento donde se realizo la investigación.....	17
2.8 Objetivos del Área de Salud.....	17
2.9 Funciones del Área de Salud.....	17

CAPÍTULO III.....	19
MARCO TEORICO.....	19
3.1 Antecedentes de la investigación	19
3.2 Bases teóricas (breve definición de términos técnicos)	20
3.2.1 Tipos de sistemas	20
3.2.2 Gestión	21
3.2.3 Sistema de Gestión de la Calidad.....	22
3.2.4 La Norma ISO 9001	33
3.2.5 Indicadores de Gestión.....	35
3.2.6 Certificación de la Norma 9001	40
3.3 Glosario de términos	40
CAPÍTULO IV.....	42
METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	42
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	42
4.2 Población y muestra de la investigación.....	43
4.2.1 Población de la investigación.....	43
4.2.2 Muestra de la investigación.....	43
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	44
4.4 Pasos requeridos para la realización de la investigación	45
4.5 Técnicas de la ingeniería industrial.....	47
4.5.1 Diagrama Causa – Efecto.....	47
4.5.2 Gráficos y diagramas de control	48
4.5.3 Diagrama de flujo de proceso	49
4.5.4 Diagrama de Gantt	52
4.5.5 Matriz FODA	52
4.5.6 Técnicas de control de calidad	53
4.5.7 Planes de calidad	53
4.5.8 Desarrollo y enfoque organizacional	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	54
5.1 Diagnóstico de la situación actual del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil	54
5.1.1 Análisis del diagnóstico	55

5.2 Resultados del diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil.....	60
5.3 Análisis del Sistema Gestión de la Calidad a través del Diagrama Causa-Efecto	65
5.4 Análisis del Sistema de la Calidad del Área de Salud a través de una matriz diagnóstica simple orientada hacia la detección de necesidades (Matriz FODA) ..	68
CAPÍTULO VI.....	70
PROPUESTA.....	70
6.1 Directrices de la calidad.....	70
6.1.1 Política de calidad	70
6.1.2 Objetivo de la calidad.....	70
6.1.3 Objetivos específicos de la calidad	70
6.2 Responsabilidad, autoridad y comunicación en el Sistema de Gestión de la Calidad. (Capítulo de la norma 5.5).....	71
6.2.1 Estructura organizativa del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud.....	71
6.2.2 Descripción de los niveles de responsabilidad y autoridad del personal dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.....	73
6.3 Elaboración de flujogramas y mapas del proceso realizado en el Área de Salud (Capítulo de la norma 3)	74
6.3.1 Descripción de los procesos claves	74
6.3.2 Mapa de procesos del Área de Salud	80
6.4 Sistema de Gestión de la Calidad (Capítulo de la norma 4.1)	81
6.4.1 Requisitos generales.....	81
6.4.2 Registros de Calidad	82
6.5 Manual de la calidad (Capítulo de la norma 4.2.2).....	83
6.5.1 Propuesta para realizar el manual de calidad basado en los flujogramas ..	84
6.6 Comunicación con el cliente (Capítulo de la norma 5.5.3).....	85
6.7 Planificación de la realización del servicio (Capítulo de la norma 7.1).....	85
6.8 Auditorías internas (Capítulo de la norma 8.2.2).....	85
6.9 Revisión y evaluación de los indicadores de gestión	86
6.10 Elementos de análisis para establecer indicadores de gestión en el proceso ..	86
6.11 Indicadores de gestión del proceso	87

6.11.1 Indicadores de gestión propuestos para el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar.	88
6.12 Mejora continua (Capítulo de la norma 8.5.1)	93
6.13 Acciones correctivas (Capítulo de la norma 8.5.2)	93
6.14 Acciones preventivas (Capítulo de la norma 8.5.3)	94
6.15 Diagnóstico de la situación final del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil	95
Conclusiones	98
Recomendaciones.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	102
APÉNDICES.....	106
APÉNDICE A	106
ANÁLISIS DE LA NORMA, LISTA DE NO CONFORMIDADES	106
APÉNDICE B	141
PROGRAMA DE DESCRIPCIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS...	141
Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5.....	151

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 Ubicación Geográfica del Área de Salud perteneciente a la Delegación de Bienestar Estudiantil. (Intranet Google Imágenes 2009).	11
Figura 2.2 Estructura organizativa perteneciente a la Delegación de bienestar estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.....	14
Figura 4.1 Esquema básico para elaborar un Diagrama Causa Efecto.	48
Figura 4.2 Ejemplo de Gráfico de control.....	49
Figura 4.3 Simbología básica para la elaboración de flujogramas de procesos.....	51
Figura 4.4 Ejemplo de Diagrama de Gantt.....	52
Figura 5.1 Resultados de la Auditoria Diagnóstica.....	62
Figura 5.2 Resultados Totales de la Auditoria.	64
Figura 6.1 Estructura organizativa.	72
Figura 6.2 Diagrama de flujo del proceso de trámite de.....	76
Figura 6.3 Diagrama de flujo del proceso de asistencia médica.	78
Figura 6.4 Diagrama de flujo del proceso de Solicitud de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos.	79
Figura 6.6 Resultados de la Auditoria Diagnóstica Final.	97

LISTA DE TABLAS

Tabla 5.1 Resultados de la Auditoria Diagnóstica.	61
Tabla 5.2 Resultados totales de la Auditoria.....	63
Tabla 5.3 Matriz FODA situación del Área de Salud.	69
Tabla 6.1 Sistema de Indicadores de Gestión aplicados en el Área de Salud.....	89
Tabla 6.2 Resultados de la Auditoria Diagnóstica.	96

INTRODUCCIÓN

El Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, ha decidido implantar Indicadores de Gestión de la Calidad dado el auge que estos han experimentado en las dos últimas décadas, los organismos de normalización, tanto internacionales como nacionales, han intensificado la publicación de estándares cuyo motivo principal se ha orientado a conducir las organizaciones hacia el objetivo final de la calidad total.

Con el fin de mejorar sus funciones y alcanzar la continua actualización, el Área de Salud procura la elaboración políticas y lineamientos de orientación y asistencia que garanticen un mejor aprovechamiento de las oportunidades educativas, el desarrollo integral y de la personalidad del estudiante de la institución.

La principal problemática de la investigación radica en el proceso efectuado en el momento de la recolección de requisitos, éste no cuenta con una planificación de la calidad que le permita asegurar la continuidad de las operaciones. Además de no contar con sistema de registro, los criterios para la aceptación y rechazo, no están definidos objetivos de calidad, por otro lado no se han implementado métodos de trabajo específicos, se ha observado que a pesar de brindar una asistencia inmediata a la comunidad estudiantil, actualmente no cuentan con personal para desarrollar el programa medico-odontológico. Sin embargo, esta investigación procura analizar el rendimiento de los factores que intervienen en la provisión de los servicios, considerado como último fin de los sistemas de análisis y gestión de la calidad.

A través de la implantación de un Sistema de Indicadores de Gestión de la Calidad para el proceso de atención medica y el trámite de ayudas estudiantiles, se permitió planificar, controlar, asegurar y mejorar la calidad del servicio, a su vez normalizar las operaciones de producción y la interacción de los diferentes procesos

que intervienen, a través de la definición de mapas, flujogramas de proceso y el plan de la calidad en el cual se establecieron los controles de calidad requerido para asegurar las operaciones del proceso en cada etapa, contando con un sistema de registros, generándose métodos de trabajo para realizar cada una de las actividades operacionales y definiendo las responsabilidades entre cliente y proveedor y garantizando la calidad del servicio, las responsabilidades y niveles de autoridad del personal. Generalmente se desarrollo un enfoque de gestión organizacional, lo cual incidió en directrices gerenciales que van permitir asegurar que el Sistema de Gestión de la Calidad se implemente, se mantengan y se mejore continuamente.

El Alcance de la investigación tiene como propósito el desarrollo de un sistema de indicadores de gestión enfocados en la Norma ISO 9001:2008 que permita evaluar el desempeño del Área de Salud para lograr optimizar los procesos, además de la cuantificación de la eficacia y eficiencia de la misma.

La metodología que se utilizó en el desarrollo de la investigación está basada, en una investigación mixta que participa de la naturaleza de la investigación documental la cual se llevo a cabo a través de consultas a libros, textos, revistas, folletos, tesis entre otros y la investigación y de campo permitió obtener la información más relevante respecto al problema a estudiar de una manera directa en el área d estudio. También utilizó la observación directa, entrevistas no estructurada y se empleo una lista de verificación que permitió registrar toda información sobre la situación actual del proceso en materia de calidad. Se utilizaron técnicas de control de calidad tales como; propuestas de calidad. Además de técnicas estadísticas como; matriz FODA y diagrama Causa-Efecto.

Estructuralmente esté trabajo comprende siete capítulos, los cuales se resumirán a continuación:

Capítulo I: Comprende el planteamiento del problema, describiendo globalmente y planteando el objetivo general y los específicos que se desprenden de él, así como también la justificación, el alcance y sus respectivas limitaciones.

Capítulo II: Contiene todo lo relacionado con el ambiente organizacional de la empresa, como reseña histórica, misión, funciones, estructura organizativa, entre otros.

Capítulo III: Comprende el marco referencial donde se exponen los antecedentes de la investigación, así como los respectivos fundamentos teóricos que la sustentan.

Capítulo IV: Constituido por un marco metodológico, donde se especifica el tipo de investigación a utilizar, la población y muestra, así como también las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los pasos requeridos para la realización de la investigación y las técnicas de la ingeniería industrial utilizadas.

Capítulo V: Comprende la presentación y análisis de la situación actual del proceso, donde se estudia cada uno de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 que aplican al proceso en estudio, además se identifican las causas que originan la situación actual mediante el diagrama Causa-Efecto.

Capítulo VI: Atañe a la propuesta desarrollada para el Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar la cual está compuesta por el diseño de un Sistema de Indicadores Gestión de la Calidad.

CAPÍTULO I

SITUACIÓN A INVESTIGAR

1.1 Situación objeto de estudio

A raíz de la globalización del mercado internacional, surge la necesidad en las organizaciones o empresas de mantenerse competitivas, en un mercado cada día más exigente por la calidad de sus productos y servicios; esta ha sido una de las razones fundamentales, para que La Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar decida establecer y mantener sistemas de gestión de calidad en el Área de Salud.

La Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar planifica y ejecuta políticas de promoción, seguimiento, desarrollo, autogestión, congestión, bienestar y orientación estudiantil, tomando en cuenta, además de los mecanismos tradicionales de funcionamiento, procedimientos nuevos inclinados a potenciar la capacidad de los estudiantes, para intervenir directamente en la gestión de determinados programas, tiene como objetivo, lograr que el estudiante alcance el mayor bienestar físico, mental y social, mediante una acción integradora entre todos los entes la Comunidad Universitaria. Para lograr estos fines canaliza sus actividades a través las siguientes áreas de trabajo: Área de Desarrollo Social, Área de Salud, Área Socio-Educativa (Extra-Académicas) y el Área de Orientación.

El Área Salud es una Unidad Técnica Administrativa dirigida a planificar y ejecutar programas emanados de la Delegación de Desarrollo Estudiantil a fin de brindar asistencia médico-odontológica a la población estudiantil, tiene como principal estrategias la promoción y difusión de los diferentes programas de atención y prevención a través de la Jornada de Prevención en Salud en cuanto a temas como sexualidad, drogas y salud en general y gestionar ante las instancias pertinentes el

aumento de la disponibilidad presupuestaria del área y de las partidas presupuestarias asignadas a la jornada de Prevención en Salud en conjunto con la Fundación para el Servicio de Asistencia Médico Asistencial para los Estudiantes de Educación Superior (FAMES).

En tal sentido, se ha decidido implementar un Sistema de Indicadores de Gestión de la Calidad en el Área de Salud con el fin de mejorar sus funciones por esto es obligatorio la continua actualización, la elaboración políticas y lineamientos de orientación y asistencia con el propósito de garantizar un mejor aprovechamiento de las oportunidades educativas y el desarrollo integral de la personalidad del estudiante de la institución.

Cada día se hace más necesario afianzar la función del profesional de la salud en el área de la investigación, con miras a ampliar los conocimientos y métodos para prestar ayuda a la comunidad estudiantil, a fin de dar soluciones concretas a las necesidades reales de los beneficiados y así promover la eficacia y eficiencia del Área de Salud y por esto es necesario emplear herramientas, métodos y técnicas que permitan implementar planes estratégicos para lograr el desarrollo de los objetivos propuestos e identificar las causas de los problemas presentes.

Se ha observado que a pesar de brindar una asistencia inmediata a la comunidad estudiantil, actualmente no se cuenta con personal para desarrollar el programa medico-odontológico además, no se han normalizado y documentado la mayoría de los procesos y procedimientos para lograr el buen funcionamiento. Sin embargo, esta investigación procura analizar el rendimiento de los factores que intervienen en la provisión de los servicios, considerado como último fin de los Sistemas de Análisis y Gestión de la Calidad.

Es por ello que se requiere la aplicación de la Norma ISO 9001:2008 como modelo de gestión de la calidad ya que está enfocada, entre otros aspectos, en los procesos, la satisfacción del cliente y la mejora continua. Sus requisitos son flexibles y fácilmente adaptables a las necesidades y características del Área de Salud.

En función de lo señalado se establecen una serie de interrogantes que darán inicio al desarrollo de la investigación:

1. ¿Cuáles son los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud?.
2. ¿Qué objetivos, metas y actividades se desarrollan en el Área de Salud?.
3. ¿Cómo se pueden cumplir con las necesidades médicas de los estudiantes?.
4. ¿Qué indicadores de gestión de la calidad son más convenientes aplicar para medir el desempeño del Área de Salud?.
5. ¿Qué acciones se pueden recomendar e implementar para la mejora de los procesos en el Área de Salud?.

1.2 Objetivos de la investigación

1.2.1 Objetivo general

Desarrollar un sistema de indicadores de gestión enfocados en la Norma ISO 9001:2008 para evaluar el desempeño del Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Definir la secuencia e interacciones de los procesos a través de la elaboración de mapas y flujogramas.
2. Elaborar la documentación necesaria del proceso, para establecer el Sistema de Gestión de la Calidad, (procedimientos operacionales y registros de calidad) y plan de calidad.
3. Determinar y definir los nuevos Indicadores de Gestión a utilizar; para el seguimiento, medición y análisis de los procesos.
4. Establecer una evaluación de los indicadores a fin de determinar si cumplen con los objetivos definidos.
5. Establecer una evaluación de la situación actual del Área de Salud a través de una lista de verificaciones ISO 9001:2008.

1.3 Justificación de la investigación

Realizar análisis de los servicios que proporcionados por el personal de Área de Salud con la finalidad de establecer medidas precisas aplicables a las necesidades de la comunidad estudiantil como también la evaluación de los procesos que lleva a cabo el departamento, dado que este persigue específicamente la ejecución efectiva de los servicios que se le prestan al estudiante para el mantenimiento de la salud, la aplicación de medicina preventiva y curativa, prestar asistencia médica de emergencia y control, así como brindar al estudiante los servicios médicos especializados, de laboratorio y Rayos X.

1.4 Alcance de la investigación

La investigación tiene como finalidad el desarrollo de un Sistema de Indicadores De Gestión enfocados en la Norma ISO 9001:2008 que permita evaluar el desempeño del Área de Salud para lograr optimizar los procesos, además de la cuantificación de la eficacia y eficiencia de la misma.

CAPÍTULO II GENERALIDADES

2.1 Reseña histórica

El 20 de febrero de 1960, por Resolución del Consejo Universitario, se crea en el estado Bolívar el Núcleo de Bolívar de la Universidad de Oriente. El 08 de enero de 1962 éste Núcleo inició sus actividades académicas con las Escuelas de Medicina y de Geología y Minas.

En Agosto de 1968, se crean los Cursos Básicos y en enero de 1969 se inician sus actividades académicas y administrativas. En la actualidad, este Núcleo universitario cuenta con su Unidad de Cursos Básicos, la Escuela de Medicina y la Escuela de Ciencias de la Tierra y se dictan nueve carreras, en su sede de Bolívar.

Con la creación del núcleo bolívar, se nombra la comisión de bienestar estudiantil, dirigida por la Doctora Gladis Silva, con el propósito de prestar asistencia a los estudiantes, para la satisfacción de sus necesidades básicas. En 1987, por Resolución CU-019-87, se aprueba el Proyecto de Reorganización de los Servicios Estudiantiles, la cual entra en vigencia en 1989, con la denominación de delegación de desarrollo y bienestar estudiantil, quedando conformada por las siguientes áreas: área de desarrollo social, de salud, de orientación y socio-económica, debido a una reestructuración y actualización de las políticas y lineamientos durante el segundo periodo del 2009 pasa a ser la Delegación de Desarrollo Estudiantil la cual contribuye a que el estudiante, fuera del entorno académico, descubra y desarrolle intereses en relación al contexto cultural y social; participe en actividades que le permitan vivencia, experiencias que contribuyan a integrar la configuración de su personalidad.

Por otra parte, ésta la asistencia individual o grupal que se preste al alumno orientada a permitirle que supere los problemas de índole económico, social, personal y/o grupal que pueda confrontar en su vida universitaria.

La Delegación de Desarrollo Estudiantil del Núcleo Bolívar está conformada por cuatro Áreas:

1. Área Desarrollo Social
2. Área Orientación
3. Área Socio-Educativa
4. Área Salud

2.2 Ubicación geográfica de la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar

La Delegación de Desarrollo Estudiantil está ubicada en Ciudad Bolívar, estado Bolívar, la Sabanita desempeña dentro de las instalaciones de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar específicamente en el campus Escuela Ciencias de la Tierra, La Casona, al lado de la Biblioteca. Norte: Federación de Centros Universitarios Sur: Biblioteca de Ciencias de la Tierra, Este: Área de Salud, Oeste: Calle San Simón. (Figura 2.1).



Figura 2.1 Ubicación Geográfica del Área de Salud perteneciente a la Delegación de Bienestar Estudiantil. (Intranet Google Imágenes 2009).

2.3 Misión de la empresa

Se basa en la formación integral del estudiante mediante la atención de sus necesidades y la ejecución de políticas eficientes que permitan el desarrollo de sus potencialidades, habilidades y destrezas para crecer, transformar y crear.

2.4 Visión de la empresa

Consolidarse como una dependencia de excelencia en el desarrollo integral del estudiante, que responda eficaz y oportunamente a las necesidades de la comunidad

estudiantil udistista y regional, tomando en consideración los cambios e innovaciones que caracterizan nuestra época.

2.5 Objetivos de la empresa

2.5.1 Objetivo general

Brindar apoyo integral al estudiante que le permita el desarrollo de sus potencialidades, destrezas y habilidades a través de la ejecución de programas operativos logrando así un patrón de vida de acuerdo con sus deseos y en armonía con la comunidad.

2.5.2 Objetivos específicos

1. Establecer políticas de atención operativas a fin de garantizar la justa participación estudiantil en la actividad y proyectos programados.
2. Planificar las actividades programadas y proyectos a realizarse anualmente.
3. Dar estricto cumplimiento a las actividades planificadas en función de los proyectos a ejecutar en las distintas áreas de trabajo que conforman la delegación.
4. Establecer acción integradora entre todas las dependencias de la comunidad universitaria para la ejecución de las políticas de Desarrollo Estudiantil.

5. Descubrir y desarrollar las potencialidades de los estudiantes a través de su participación activa en los diferentes programas.

6. Fomentar el intercambio social y cultural entre la universidad y el educando.

7. Impulsar iniciativas de trabajo del equipo de profesionales a fin de mejorar el ámbito de acción de la Dirección de Desarrollo Estudiantil y de las delegaciones.

8. Dar uso racional a los recursos presupuestarios asignados a la delegación.

2.6 Estructura organizacional de la empresa

A continuación se muestra en forma explícita un cierto juego de jerarquías y atribuciones asignadas a los miembros componentes de la delegación de bienestar estudiantil de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar.

Además, se presenta el esquema de jerarquización y división de las funciones componentes de la misma, las cuales se pueden visualizar en la (figura 2.2).

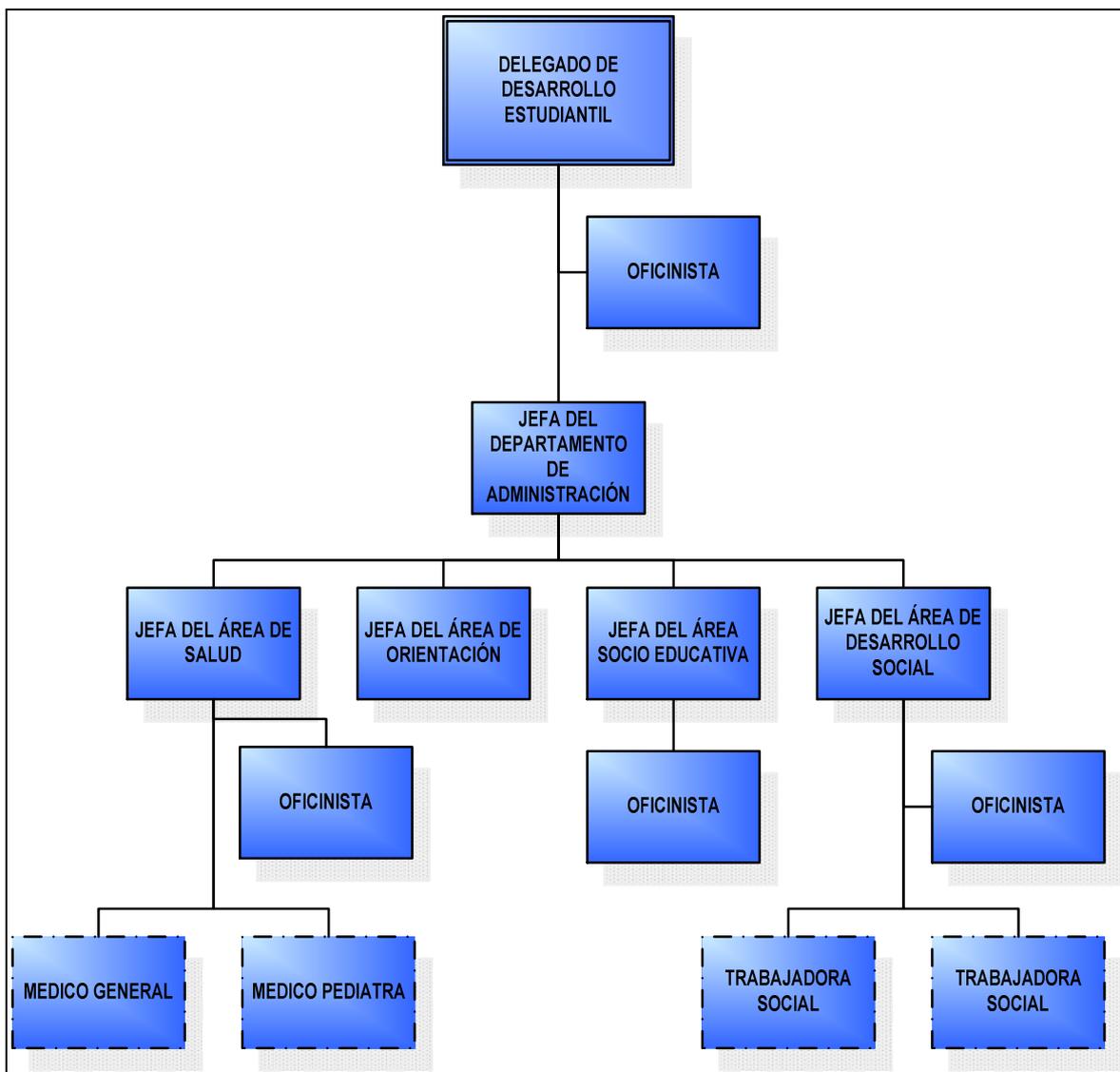


Figura 2.2 Estructura organizativa perteneciente a la Delegación de bienestar estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

2.6.1 Niveles jerárquicos

La delegación de bienestar estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, se presentan un conjunto de niveles jerárquicos las cuales se pueden visualizar de la siguiente forma:

2.6.1.1 Delegado: El delegado toman las decisiones de la empresa, se ejerce la representación legal y se establecen las políticas y lineamientos generales a ser cumplidos por las demás unidades que conforman la estructura organizativa, se encarga de planificar y ejecutar las políticas de promoción, desarrollo, auto-gestión, bienestar, seguimiento y orientación estudiantil con la finalidad de procurar el máximo crecimiento bio-psico-social y cultural de los estudiantes.

2.6.1.2 Jefa del Departamento de Administración: Garantiza que los asuntos económicos, financieros y contables de la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente, se ejecuten dentro de las mejores condiciones para orientar hacia la maximización de su rentabilidad.

2.6.1.3 Jefa del Área de Salud: Planifica y ejecuta programas emanados de la Dirección de Desarrollo Estudiantil a fin de brindar asistencia médico-odontológica a la población estudiantil Udista, del Núcleo Bolívar con la finalidad de lograr un mejor desarrollo académico y personal del educando.

2.6.1.4 Jefa del Área de Orientación: Se encarga del desarrollo integral del estudiante universitario en su ingreso, prosecución y egreso; brinda orientación personal y social, promoviendo la adaptación al medio universitario y estimular el desarrollo adecuado de su personalidad.

2.6.1.5 Jefa del Área Socio Educativa: La sociólogo jefe se encarga de la promoción y ejecución de programas de carácter socio recreativos, con la finalidad de contribuir con el desarrollo integral del estudiante Udista.

2.6.1.6 Jefa del Área de Desarrollo Social: Contribuye con el estudiante en la búsqueda de alternativas de solución a los problemas que interfieren en su proceso de enseñanza y fomenta una mejor interrelación entre el alumno, la Universidad, su Núcleo Social y la Comunidad.

2.6.1.7 Médico General: Se encarga de practicar la Atención Primaria de la Salud, (APS) y dirige a la atención integral, personalizada y continua de las personas, su grupo familiar y la comunidad, independiente de la edad o sexo, patología o condición.

2.6.1.8 Médico Pediatra: Atiende a todo niño hijo de estudiantes, profesores y empleados de la universidad que llega espontáneamente a consulta, realiza el habitual trabajo pediátrico que intenta recuperar la salud a todo niño enfermo que acude y, cuando se precisa, derivándolo a otros niveles asistenciales.

2.6.1.9 Trabajadora Social: Orienta a la comunidad Udista para desarrollar las capacidades que les permitan resolver los problemas sociales, individuales y/o colectivos, promueve la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.

2.6.1.10 Oficinista: Asiste en las actividades secretariales desarrolladas en la oficina, recibiendo, chequeando, clasificando, distribuyendo, archivando, registrando y transcribiendo documentos, a fin de apoyar las actividades técnicas y administrativas de la unidad.

2.7 Departamento donde se realizo la investigación

La investigación se realizo en el Área Salud es una Unidad Técnica Administrativa dirigida a planificar y ejecutar programas emanados de la Dirección de Desarrollo Estudiantil a fin de brindar asistencia médico-odontológica a la población estudiantil udista, del Núcleo Bolívar con la finalidad de lograr un mejor desarrollo académico y personal del educando.

2.8 Objetivos del Área de Salud

1. Extender la atención Odontológica a toda la población estudiantil udista con el fin de prevenir y tratar diferentes patologías que afecten su crecimiento integral.
2. Equipar de insumos y equipos médicos y de oficina el área de salud a fin de prestar un servicio más efectivo y eficaz.

2.9 Funciones del Área de Salud

1. Promocionar y difundir los diferentes programas de atención y prevención a través de la Jornada de Prevención en Salud en cuanto a temas como sexualidad, drogas y salud en general.
2. Gestionar ante las instancias pertinentes el aumento de la disponibilidad presupuestaria del área y de las partidas presupuestarias asignadas a la jornada de Prevención en Salud.
3. Solicitar ante las instancias pertinentes la dotación de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos.

4. Informar a la población estudiantil del horario de atención para consultas médicas y odontológicas en esta área.

CAPÍTULO III

MARCO TEORICO

3.1 Antecedentes de la investigación

Trabajo de Investigación realizado por Trabanca Rodríguez, Lorelvis Trinidad; en el año 2003, titulado: **“Análisis del Sistema de Gestión de la Calidad del Proceso de Estudios Integrados de la Unidad de Yacimientos Extrapesados Distrito San Tome Petroleros de Venezuela S.A.”**. El presente trabajo está basado en el análisis del sistema de gestión de la calidad y fundamentado en los requisitos establecidos en la Norma ISO 9001:2000, como parte del proceso de implantación del sistema de gestión de la calidad. Se analizaron los principales procesos que se efectúan en la realización de un estudio integrado, mediante la utilización de mapas de proyectos, flujogramas y diagramas PEPSIC (en la cual se identifican proveedores, entradas, procesos, salidas y clientes), además de otras herramientas importantes para el desarrollo de nuestra investigación como lo es el análisis FODA y el diagrama Causa-Efecto.

Trabajo de Investigación realizado por Millán Caraballo, Ediángel, en el año 2009, titulado: **“Sistema de Control de Gestión de la Superintendencia de Planificación y Programación de Mantenimiento en la Corporación Venezolana de Guayana (C.V.G.) Carbones del Orinoco C.A. (Carbonorca), municipio Caroní - Estado Bolívar**. El sistema de control de gestión tiene como finalidad conocer la metodología aplicada para llevar el control en todas las actividades que involucra los trabajos de mantenimiento, bien sea, mantenimiento preventivo o mantenimiento correctivo que son planificados y ejecutados para garantizar la operatividad de las máquinas y equipos de la empresa. La metodología de este trabajo se basó en la recolección de datos en la Superintendencia de Planificación y Programación de Mantenimiento de la empresa C.V.G. Carbonorca, mediante la

revisión de reportes de mantenimientos mensuales, entrevistas y funcionamiento del software SAP.

Trabajo de Investigación realizado por Santos A., Páez F.; en el año 2006, titulado: **“Normalización de Indicadores para el Control de Gestión de los Procesos Claves del Área de Archivo Técnico del Departamento Ingeniería de Mantenimiento de la División Planta GURI - C.V.G EDELCA”**. El objetivo de este trabajo es de normalizar indicadores para el control de gestión de sus procesos claves, tomando en cuenta aspectos como la información y el análisis. Se puede resaltar la selección y normalización de los indicadores orientados a la mejora de los procesos del archivo técnico y promover la satisfacción de sus clientes instrumentos claves para el progreso de la investigación.

3.2 Bases teóricas (breve definición de términos técnicos)

3.2.1 Tipos de sistemas

3.2.1.1 En cuanto a su constitución, pueden ser físicos o abstractos:

- Sistemas físicos o concretos: compuestos por equipos, maquinaria, objetos y cosas reales. El hardware.

- Sistemas abstractos: compuestos por conceptos, planes, hipótesis e ideas. Muchas veces solo existen en el pensamiento de las personas. Es el software.

3.2.1.2 En cuanto a su naturaleza, pueden cerrados o abiertos

- **Sistemas cerrados:** no presentan intercambio con el medio ambiente que los rodea, son herméticos a cualquier influencia ambiental. No reciben ningún recurso externo. En rigor, no existen sistemas cerrados. Se da el nombre de sistema cerrado a aquellos sistemas cuyo comportamiento es determinístico y programado y que opera con muy pequeño intercambio de energía y materia con el ambiente. Se aplica el término a los sistemas completamente estructurados, donde los elementos y relaciones se combinan de una manera peculiar y rígida produciendo una salida invariable, como las máquinas.

- **Sistemas abiertos:** presentan intercambio con el ambiente, a través de entradas y salidas. Intercambian energía y materia con el ambiente. Son adaptativos para sobrevivir. Su estructura es óptima cuando el conjunto de elementos del sistema se organiza, aproximándose a una operación de adaptación. La adaptabilidad es un continuo proceso de aprendizaje y de auto-organización.

Los sistemas abiertos no pueden vivir aislados. Los sistemas cerrados, cumplen con el segundo principio de la termodinámica que dice que “una cierta cantidad llamada entropía, tiende a aumentar al máximo”.

3.2.2 Gestión

Es el conjunto Planificación - Organización - Control; Planificación equivale a la formulación de objetivos y las líneas de acción para alcanzarlos, se centra en seleccionar los objetivos de la organización que tienen repercusión en la producción, elaborarlos en términos productivos y completarlos con objetivos derivados, establecer las políticas, programas y procedimientos para el alcance; Organización es la estructuración de tareas, distribución de responsabilidades y autoridad, dirección de personas y coordinación de esfuerzos en vías de la consecución de los objetivos,

establecimiento de las estructuras formales de división del trabajo dentro del subsistema, determinar, enumerar y definir las actividades requeridas, la responsabilidad de realizarlo.

3.2.3 Sistema de Gestión de la Calidad

La Gestión de la Calidad es actualmente una alternativa empresarial indispensable para la supervivencia y la competitividad de la propia empresa en los mercados en los que actúa. A través de ella, se busca la optimización de recursos, la reducción de fallos y costes y la satisfacción propia y del cliente. El sistema se encuentra orientado hacia el producto, proceso, sistema, hombre, sociedad, costo y cliente.

El sistema se encuentra orientado hacia el producto, proceso, sistema, hombre, sociedad, costo y cliente.

1. Orientada al producto: Inspección luego de producción, auditoria de los productos terminados y actividades de solución del problema.
2. Orientada al proceso: Aseguramiento de la calidad durante la producción.
3. Orientada al sistema: Aseguramiento de la calidad en todos los departamentos.
4. Orientada al hombre: Cambio de la manera de pensar de todo el personal a través de educación y capacitación.

5. Orientada a la sociedad: Optimización del diseño del producto y proceso para un funcionamiento más confiable y menor precio.

6. Orientada al costo: Función de pérdida de la calidad.

7. Orientada al cliente: Despliegue de la función de la calidad, para definir la voz del cliente en términos operacionales.

3.2.3.1 Objetivo del Sistema de Gestión de la Calidad: Al iniciar la Gestión de la Calidad en la organización, es esencial constituir una política que describa los lineamientos del negocio y las metas establecidas para el alcance de sus logros. De acuerdo a esto, es necesario realizar la planificación y control de la calidad, para la eficacia del proceso así como asegurar y mejorar continuamente la calidad, para la eficiencia del mismo.

3.2.3.2 Elementos: son cinco los principales elementos que contiene un sistema de gestión de la calidad, cabe destacar que no siempre están definidos y claros en una empresa, estos apartados son los siguientes:

- La estructura de la organización: la estructura de la organización responde al organigrama de la empresa donde se jerarquizan los niveles directivos y de gestión.

- La estructura de responsabilidades: la estructura de responsabilidades implica a personas y departamentos. La forma más sencilla de explicitar las responsabilidades en calidad, es mediante un cuadro de doble entrada, donde mediante un eje se sitúan los diferentes departamentos y en el otro, las diversas funciones de la calidad.

- Procedimientos: los procedimientos responden al plan permanente de pautas detalladas para controlar las acciones de la organización.

- Procesos: los procesos responden a la sucesión completa de operaciones dirigidos a la consecución de un objetivo específico.

- Recursos: los recursos, no solamente económicos, sino humanos, técnicos y de otro tipo, deberán estar definidos de forma estable y además de estarlo de forma circunstancial.

3.2.3.3 Requisitos generales: la organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la Norma ISO 9001-2008. La organización debe:

1. Identificar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización.
2. Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
3. Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
4. Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
5. Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.

6. Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

7. La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

3.2.3.4 Requisitos de la documentación: la documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir: a) declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad, b) un manual de la calidad, c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma Internacional, d). los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

3.2.3.5 Manual de la calidad: es un documento donde se menciona con claridad lo que hace la organización para alcanzar la calidad mediante la adopción del correspondiente sistema de gestión de la calidad. La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya: a) el alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión; b) los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos, y c) una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.

3.2.3.6 Control de los documentos: Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse, los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en el control de registros.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.
- Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del Sistema de Gestión de la Calidad, se identifican y que se controla su distribución.
- Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

3.2.3.7 Control de los registros: Los registros establecidos para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del Sistema de Gestión de la Calidad deben controlarse.

La organización debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, la retención y la disposición de los registros; los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.

3.2.3.8 Responsabilidad de la dirección: la alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia: a) comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios, b) estableciendo la política de la calidad, c) asegurando que se establecen los objetivos de la calidad, d) llevando a cabo las revisiones por la dirección y e) asegurando la disponibilidad de recursos.

3.2.3.9 Enfoque al cliente: La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente

3.2.3.10 Política de la calidad: La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad: a) es adecuada al propósito de la organización, b) incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad, c) proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad, d) es comunicada y entendida dentro de la organización, y es revisada para su continua adecuación.

3.2.3.11 Principios del sistema de gestión de calidad: Reflejan las mejores prácticas de gestión y fueron preparados como directrices para los expertos internacionales en calidad que han participado en la preparación de las nuevas normas. Estos ocho principios son:

- Principio 1: Organización enfocada al cliente: todo en la organización, está orientado hacia el consumidor. La Norma ISO 9001, trata de adaptarse a la realidad, de que las empresas, dependen de la aceptación y consumo de sus productos por parte de los consumidores. Esta necesidad, da origen al principio de la orientación hacia el consumidor de toda la actividad productiva de la empresa u organización.

Es necesario conseguir la satisfacción del cliente, cubrir sus necesidades, y satisfacer sus expectativas. A cambio, el consumidor se identificará con la organización, y estará predispuesto a mantener su nivel de implicación hacia la organización.

- Principio 2: Liderazgo: los líderes establecen unidad de propósito, dirección, y el ambiente interno en que se desenvuelve la organización. Ellos crean el medio ambiente en el cual la gente puede comprometerse totalmente en alcanzar los objetivos de la organización.

Los líderes, son los encargados de movilizar y encauzar los esfuerzos de la organización. Deben de ser un ejemplo y referente para el resto de miembros de la organización. Planean y desarrollan el plan estratégico de la empresa. y tienen la obligación de transmitir su impulso al resto de la organización.

El líder, ha de tener los suficientes conocimientos técnicos, información de calidad y experiencia, Para que sus acciones conduzcan al éxito. Mandar, por derecho legal, no convierte en líder. Al líder se le sigue, porque entiende, y es modelo y

referente. El líder puede exigir, pero no mandar. Por imitación o deseo de agradar al líder, al que todos respetan, sus decisiones no son cuestionadas. Y los liderados, son más propensos a intentar implicarse en la obtención de los objetivos. Es ejemplo y fortaleza para todo el colectivo, que se esforzará por estar a su nivel de exigencia.

- Principio 3: Participación del personal: los integrantes de la organización, consumidores, trabajadores, mandos, proveedores, distribuidores, y los elementos ajenos a la empresa como redes de transporte, comunicaciones, son los elementos que constituyen la organización. El desarrollo completo de sus potencialidades permite aprovechar al máximo las habilidades para conseguir los objetivos de la organización, la excelencia de la calidad.

El interés y la involucración en el trabajo del equipo, produce una implicación de los miembros de la organización en cumplir las expectativas y necesidades del grupo, y mejorar su grado de satisfacción personal, mediante la satisfacción del grupo. Las tareas realizadas con interés obtienen mejores resultados, que si no se estuviese implicado en la consecución de los objetivos de la organización. El desinterés y falta de involucración, produce peores resultados finales. La implicación entre los miembros del grupo, aumenta la capacidad total de los individuos.

- Principio 4: Enfoque basado en procesos: el enfoque orientado hacia los procesos, permite una rápida y sencilla identificación de los problemas. Así como la rápida resolución de los mismos. Sin la necesidad de mejorar el resto de procesos que funcionan de manera correcta. Lo que repercute positivamente en las capacidades de la organización, y su capacidad para adaptarse el exigente y cambiante mercado.

El sistema por procesos, es más fácil de implementar, y más económico de mantener en correcto funcionamiento. Tiene la ventaja, de que aunque un proceso

afecte al resto de procesos. Es más sencillo cambiar o mejorar el proceso, o partes de la cadena de procesos, sin que el resto se vea afectado de forma negativa por la transformación.

La modificación o cambio de un proceso, no conlleva aparejada la modificación o cambio del resto de ítems, cuyo funcionamiento, estructura y gestión siguen siendo iguales. Si que afecta al resultado final, por lo que todos los procesos, han de cumplir las con las expectativas y necesidades del resto de ítems. La responsabilidad de la mejora de estos, corresponde a los integrantes del procedimiento, con la ayuda de toda la organización.

Una mejora tecnológica, produce resultados exponenciales. Mientras que una mejora de la organización, sigue una pauta directamente proporcional. Las mejoras tecnológicas, producen resultados inmediatos. Mientras que la mejora de la organización, produce resultados en el tiempo.

Para conseguir la máxima satisfacción en el cliente. Ha de mejorar la tecnología cuando resulte rentable. Pues los beneficios son inmediatos. Y mejorar la organización en el resto de los casos, que produce un aumento constante y predecible de la calidad final. La máxima calidad se obtiene con la unión de las mejoras tecnológicas y en el funcionamiento de la organización.

- Principio 5: Enfoque de sistema para la gestión: identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. Esto, ya son conocimientos mas técnicos y más de procedimiento. Simplemente, hay que tener los conocimientos en la materia para que los líderes y sus analistas, puedan realizar

predicciones de futuro que beneficien a la compañía y mejoren la calidad de su sistema procesos y organización.

Además, hay que implantar un sistema de gestión válido y consistente en toda la compañía. Debe de documentarse y los datos e información, estarán a disposición de todos los miembros de la organización. Los miembros de la organización deben de ser instruidos en la gestión del sistema de procesos, en particular del suyo, y en general del resto. En otras palabras. Ha de documentarse cada proceso y procedimiento de la organización. Esta información ha de estar clasificada de forma coherente. Y accesible a quien corresponda su estudio, examen o revisión.

Dado que la tarea, es enorme por extensa y compleja. No queda otro remedio que utilizar la división y tratamiento mediante procesos. Detrás del esfuerzo inicial de documentar comprensible ordenada y rigurosamente cada actividad. Estos han de modificarse en el tiempo. Por lo que recomendamos su tratamiento y manipulación, mediante un potente software de fácil uso, que permita un fácil mantenimiento e impresión.

La gestión económica propiamente dicha. Por supuesto es muy importante en el desarrollo de la empresa. Desconocemos el alcance del análisis financiero por parte de un auditor para un Certificado ISO. Nosotros, les recomendamos que sigan los consejos de los expertos en la materia sobre producción, stocks, inversión, amortización, contratación. Lo que tradicionalmente se denomina gestión empresarial.

- Principio 6: Mejora continua: la excelencia, ha de alcanzarse mediante un proceso de mejora continua. Mejora, en todos los campos, de las capacidades del personal, eficiencia de la maquinaria, de las relaciones con el público, entre los

miembros de la organización, con la sociedad. Y cuanto se les ocurra, que pueda mejorarse en una empresa, y redunde en una mejora de la calidad del producto.

La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta. Técnicamente, puede haber dos clases de mejora de la calidad. Mediante un avance tecnológico, o mediante la mejora de todo el proceso productivo. A la hora de mejorar, es mejor centrarse en algunos aspectos, sin dispersar esfuerzos.

- Principio 7: Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: para tomar decisiones acertadas, es mejor basarse en la frialdad y objetividad de los datos, más que intuiciones, deseos y esperanzas. Los datos, plantean varios problemas. El modo de obtenerlos, su fiabilidad y darles una interpretación adecuada. El sistema de gestión de la calidad, mejora la calidad de la información obtenida, y mejora los cauces para su obtención.

Las decisiones eficaces están basadas en un análisis de los datos e información. El Sistema de Gestión de la Calidad, mejora la calidad de la información obtenida, y mejora los cauces para su obtención. Con buena información, se pueden hacer estudios y análisis de futuro, y mejora del producto a corto plazo.

Otro problema que presentan los datos, es su aceptación por parte de los miembros de la organización. Los datos, son fríos y basados en hechos reales. Por tanto, son objetivos. Quien no quiera aceptar los resultados, debe de realizar un esfuerzo para mejorar por si mismo los datos, hasta obtener el resultado esperado o exigido.

•Principio 8: Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: la empresa, necesita suministradores de confianza, que conozcan sus necesidades expectativas. Que puedan superar las dificultades para adecuarse a las necesidades de la empresa. El proveedor, sobrevive gracias al comercio que realiza con la organización. Y su supervivencia, depende de la de la organización.

El proveedor, sobrevive gracias al comercio que realiza con la organización. Y su supervivencia, depende de la de la organización. Ayudándose mutuamente y atendiendo a las necesidades de la otra parte. Se logra optimizar el beneficio mutuo de la relación y la eficacia de las dos organizaciones.

Por consiguiente, los suministradores son integrados en la organización, o colectivo. En un asociación de mutuo beneficio. Las buenas relaciones y marcha de los negocios entre los suministradores y el resto de la organización, redundan en beneficio de ambas partes, y ayuda a mejorar la calidad final del producto. Y a satisfacer las necesidades y expectativas del consumidor y su entorno.

3.2.4 La Norma ISO 9001

Es un método de trabajo, que se considera tan bueno, Que es el más indicado para mejorar la calidad y satisfacción de cara al consumidor. La versión actual, es del año 2008 ISO 9001:2008, que ha sido adoptada como modelo a seguir para obtener la certificación de calidad. Y es a lo que tiende, y debe de aspirar toda empresa competitiva, que quiera permanecer y sobrevivir en el exigente mercado actual.

La Norma ISO 9001 es un conjunto de requisitos relacionados con la calidad en el planeamiento, en el diseño / desarrollo, en la producción, y en los servicios posventa. Está norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos para el desarrollo, implementación y mejora de la eficacia y eficiencia de un Sistema de

Gestión de la Calidad, con el fin de alcanzar la satisfacción de las partes interesadas mediante el cumplimiento de sus requisitos.

3.2.4.1 Generalidades de la Norma ISO 9001:2008: Esta norma internacional especifica los requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad cuando una organización necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y aspira aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente.

3.2.4.2 Objetivos de la Norma ISO 9001:2008: Satisfacer al consumidor, esto permite que este repita los hábitos de consumo, y se normalice con los productos o servicios de la empresa. Consiguiendo más beneficios, cuota de mercado, capacidad de permanencia y supervivencia de las empresas en el largo plazo. Como es difícil mejorar la técnica, se recurren a mejorar otros aspectos en la esperanza de lograr un mejor producto de calidad superior.

Sin calidad técnica. No es posible producir en el competitivo mercado presente. Y una mala organización, genera un producto de deficiente calidad que no sigue las especificaciones de la dirección.

Puesto que la calidad técnica se presupone. ISO 9001:2008 propone unos sencillos, probados y geniales principios para mejorar la calidad final del producto mediante sencillas mejoras en la organización de la empresa que a todos benefician.

Toda mejora, redundando en un beneficio de la calidad final del producto, y de la satisfacción del consumidor. Que es lo que pretende quien adopta la norma como guía de desarrollo empresarial.

La alta competencia, y elevadísima y difundida capacidad tecnológica de las empresas, logra los más altos estándares de producción a nivel de la totalidad del sistema productivo. La igualdad en calidad técnica de los productos, y la igualdad técnica de las empresas y organizaciones. Difícilmente superable por los tradicionales métodos tecnológicos. Han hecho que cada vez sea más difícil diferenciar los productos, y producir satisfacción en el consumidor.

La mejor forma de mejorar la producción con los medios materiales existentes. Es mejorando la organización que maneja y gestiona los medios de producción como un todo siguiendo principios de liderazgo, participación e implicación, orientación hacia la gestión, el sistema de procesos que simplifica los problemas, el análisis de los datos incluyendo sobre todo al consumidor y la mejora continua. Consiguen conocer y mejorar las capacidades de la organización. De este modo, es posible mejorar el producto de forma constante y satisfacer constantemente al cada vez más exigente consumidor.

3.2.4.3 Aplicación de la Norma ISO 9001:2008: Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretenden que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.

3.2.5 Indicadores de Gestión

Los Indicadores de Gestión los podemos definir como un porcentaje, razón o equivalencia que evalúa e informa sobre el comportamiento de una variable en un

período específico en el tiempo, además son el reflejo de los logros y el cumplimiento de la misión y objetivos de un determinado proceso.

Los Indicadores de Gestión sirven a los dueños de un proceso, como herramienta de mejoramiento de la calidad de las decisiones que sobre el propio proceso se tomen. Para que los Indicadores de Gestión aporten valor a los proyectos objeto de medición deben ser cuantificables, consistentes y comparables.

3.2.5.1 Tipos de indicadores

- Indicadores de costos: Los indicadores de este grupo miden las actividades que consumen recursos económicos en los diferentes procesos.

- Indicadores de tiempo: Los indicadores de este grupo miden el tiempo que se consume en una actividad o un proceso y considera los tiempos desde el inicio hasta el fin del proceso o actividad seleccionado.

- Indicadores de productividad: Los indicadores de este grupo miden la eficiencia en el uso de los recursos en la operación.

- Indicadores de calidad: Miden la efectividad en la elaboración de las actividades o los procesos, entregando resultados referentes al número de errores cometidos, número de entregas perfectas y sin errores.

3.2.5.2 Características de los indicadores: En este aspecto la norma nos puede ayudar a definir con mayor propiedad unos objetivos realistas y concretos, eliminando posibles ineficacias derivadas de la adopción de metas utópicas o insuficientemente relacionadas con la estrategia de la organización.

Las características que señala para los objetivos son las siguientes:

- Ser medibles, es decir, se puede conocer el grado de consecución de un objetivo.

- Ser alcanzables, para que se puedan lograr con flexibilidad.

- Estar coordinados.

- Ser desafiantes y comprometedores.

- Involucrar al personal.

- Poder desarrollarse en planes de actuación

Y las relativas a los indicadores son:

- Referirse a procesos importantes o críticos.

- Representar fielmente el objetivo a medir mediante una relación directa.

- Ser cuantificables a través de datos numéricos o un valor de clasificación.

- Ser rentables, superando el beneficio de su uso al coste de su obtención.

- Poder definir la evolución en el tiempo del objetivo siendo comparables en el tiempo.
- Ser fiables para dar confianza a los usuarios sobre su validez.
- Ser fáciles de mantener y utilizar.
- No interferir con otros indicadores siendo compatible con ellos.
- Permitir a la dirección conocer la información en tiempo real.

3.2.5.3 Principales funciones de los indicadores

- Apoya y facilita los procesos de toma de decisiones.
- Controla la evolución en el tiempo de los principales procesos y variables.
- Racionaliza el uso de la información.
- Origina la adopción de normas y patrones efectivos y útiles para la organización.
- Sirve de base para la planificación y la prospección de la organización.
- Permite el desarrollo de sistemas de remuneración e incentivos.

- Se presta para la comprensión de la evolución, situación actual y futuro de la organización.
- Propicia la participación de las personas en la gestión de la organización.

3.2.5.4 Ventajas de los indicadores de gestión:

Medir los indicadores permite:

- Mantener el control de los principales procesos en la entidad.
- Apoyar el proceso de planificación y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Mejorar la información respecto al uso de los recursos dando confianza y compromiso a los involucrados en la producción.
- Inducir un proceso de participación en la responsabilidad de lo significa prestar un servicio, así como los niveles superiores de eficiencia que se puedan alcanzar por medio de ésta ideología, apoyados en un sistema de reconocimiento al buen desempeño, tanto grupal como individual.
- Adecuar las inconsistencias detectadas en el proceso a la forma que origine los resultados propios de un sistema carente de trabajo.

3.2.6 Certificación de la Norma 9001

Es un documento con validez legal, expedido por una entidad acreditada. Y que certifica, que usted cumple las más estrictas normas de calidad, en aras a una mejora de la satisfacción del cliente.

Hay dos tipos de certificaciones, de empresa y de producto. Estas últimas, solo tienen en cuenta la calidad técnica del producto. Y no la satisfacción del cliente, de la que se ocuparía la certificación de empresa. Si una empresa está certificada, todos sus productos lo están.

Esta estrategia de gestión de la calidad, es la que se considera óptima para lograr estos objetivos. Y aunque no se esté certificado, es a lo que todas las empresas deben aspirar y lograr.

3.3 Glosario de términos

1. ISO: Organización Internacional para la normalización.
2. Auditoría: proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de auditoría.
3. Efectividad: es el logro de los objetivos planeados.
4. Eficacia: es la medida del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, también se puede decir que la eficacia es el cumplimiento al ciento por ciento de los objetivos planeados.

5. Eficiencia: es la relación entre los resultados alcanzados y los resultados utilizados.

6. Proceso: una actividad u operación que recibe entradas y las convierte en salidas puede ser considerado proceso. Casi todas las actividades y operaciones relacionadas con un servicio o producto son procesos.

7. Servicio: organización y personal destinado a satisfacer necesidades del público o de alguna entidad pública o privada.

8. Ayudantía: Es una asignación económica mensual que se otorga a estudiantes con insuficiencia económica quienes en contraprestación del servicio se comprometen a realizar actividades en una dependencia de la institución.

9. Calidad: Es un proceso de mejoramiento continuo, en donde todas las áreas de la empresa participan activamente en el desarrollo de productos y servicios, que satisfagan las necesidades del cliente, logrando con ello mayor productividad.

10. Especificación: Se persigue evitar errores de identificación creando un lenguaje claro y preciso.

11. Estandarización: es el proceso de elaboración, aplicación y mejora de las normas que se aplican a distintas actividades científicas, industriales o económicas con el fin de ordenarlas y mejorarlas.

12. Estrategia: arte, plan dirigido al cumplimiento de un fin.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE TRABAJO

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Según la dimensión cronológica, la investigación se enmarca dentro del tipo descriptiva, porque permitirá recolectar toda la información para realizar una descripción y registro de la situación actual del Sistema de Gestión de la Calidad.

“La investigación descriptiva no sólo se limita a la recolección de datos, además abarca la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables”.

Según los métodos utilizados para la recolección de los datos, el proyecto se califica como una investigación mixta, ya que parte de la naturaleza de una investigación documental y de una investigación de campo.

“La investigación documental es el estudio de un problema con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con apoyo, principalmente, en trabajos previos, información y datos divulgados por medios impresos, audiovisuales o electrónicos; tienen como objetivo el desarrollo de las capacidades reflexivas y críticas a través del análisis, interpretación y confrontación de la información regida. Entre los posibles propósitos de este tipo de investigación se encuentran: describir, mostrar, probar, persuadir o recomendar”.

“Los diseños de campo son aquellos métodos a emplear cuando los datos de interés se recogen en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo”.

De igual forma, es no experimental, debido a que la investigación se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos.

“La investigación es no experimental, cuando el estudio se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en el que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos”.

4.2 Población y muestra de la investigación

4.2.1 Población de la investigación

En esta investigación la población está conformada por todos los profesores, el personal administrativo, el personal obrero y los estudiantes pertenecientes a la Escuela de Ciencias de la Tierra y la Unidad de Cursos Básicos de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, ya que representan el conjunto de todos los elementos que estamos estudiando y sobre los cuales intentamos adquirir conclusiones.

4.2.2 Muestra de la investigación

La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y, por tal, refleja las características que definen la población de la que fue extraída, lo cual indica que es representativa. Por lo tanto, la validez de la generalización depende de la validez y tamaño de la muestra. Para este estudio se tomará como muestra a todo el personal del Área de Salud ya que representa una parte de la población que estamos investigando la cual está conformada por cuatro (4) personas una trabajadora social que es la jefa de área, un médico general, un médico pediatra y una oficinista.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. Revisión bibliográfica: Esta técnica permite la recolección de información ajustada a la investigación con el propósito de complementar y sustentar los datos obtenidos, recurriendo a libros, tesis previas, publicaciones electrónicas y registros técnicos de la empresa o cualquier otra información que sirva de ayuda y se encuentre disponible.

2. Consultas académicas e industriales: Estas se efectúan con el fin de establecer los parámetros de estudio, obtener orientación sobre los pasos a seguir para desarrollar la investigación.

3. Observación directa: Es una de las técnicas utilizadas para la recolección de datos, además de ser un factor importante en la investigación, porque proporciona información directa de los procesos claves que se ejecutan en el área investigada.

4. Observación no participante: Se observa la situación sin participar en ella, es decir, no se interfiere en las actividades de cada trabajador.

5. Entrevistas no estructuradas: Con este instrumento de investigación se puede obtener información relacionada con las condiciones actuales referentes al área en estudio; este tipo de instrumento permite recolectar la información necesaria para la realización de la investigación, donde existe un margen de libertad para formular preguntas, dar respuestas y expresar opiniones con relación a un tema determinado. Estas entrevistas consisten en hacer preguntas al personal que labora en el área estudiada; con el fin de conocer a los trabajadores y los procedimientos para la realización de los análisis.

6. Cuaderno y lápiz: Empleados para registrar la información suministrada en las entrevistas realizadas a los trabajadores del área.

4.4 Pasos requeridos para la realización de la investigación

El proyecto se desarrollo en torno a las siguientes etapas:

a) ETAPA I: Identificación del problema: Se determino el problema existente en el área de estudio, así como el planteamiento de objetivos para dar solución al mismo.

b) ETAPA II: Revisión del material bibliográfico: Se llevó a cabo por medio de la recolección de información relacionada con el tema de estudio acudiendo a la consulta de textos, revistas, folletos, tesis, normas y direcciones electrónicas con la finalidad de obtener información que sirva de apoyo para la consecución de los objetivos planteados entre otros.

c) ETAPA III: Identificación y descripción del proceso: Se llevó a cabo a través de la observación directa y entrevista al personal del área de estudio y otras áreas relacionadas para conocer el proceso y familiarizarse con el sistema y los elementos que lo conforman.

d) ETAPA IV: Diagnostico la situación actual del proceso: Está etapa se llevó a cabo por medio de la observación directa, entrevista al personal implicado en el proceso y sirvió para conocer los problemas dentro del Área de Salud además de las fallas existentes y realizando un análisis FODA: se analizan los factores internos y externos relativos, para encontrar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del mismo.

e) ETAPA V: Elaboración del Diseño del Sistema de Gestión de Calidad

El Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad está compuesto por los siguientes:

Definir la responsabilidad y autoridad: En esta etapa se realizó a través de las entrevistas realizadas al personal involucrado directamente con el proceso en estudio.

Elaborar los Mapas y Flujogramas del proceso: En esta etapa se elaboró la representación gráfica del proceso para identificar los elementos que intervienen en cada una de las actividades involucradas en el proceso y de esta manera identificar posibles fallas en el mismo.

Establecer los métodos y procedimientos: En esta etapa se documentaron los procesos a través de los métodos establecidos y las principales actividades, por medio de la elaboración de procedimientos e identificación de los registros generados en el proceso.

Elaborar el plan de la calidad: Este se realizó a través de la ayuda de los mapas y flujogramas del proceso y consiste en establecer los controles de calidad que permitirán monitorear y controlar cada etapa del proceso.

Definir los indicadores de gestión: En esta etapa se establecieron los indicadores de Gestión involucrados en el proceso de extracción y Manejo de fluidos que permitirán realizar seguimiento, medición y análisis del proceso.

f) ETAPA VI: Proponer alternativas: Se proporcionaron alternativas y estrategias para la mejora continua del proceso, de acuerdo a las evaluaciones y análisis realizadas.

g) ETAPA VII: Elaboración del informe final: En esta etapa se redactó, y se transcribió el informe de manera adecuada para ser presentada, toda la información proveniente de los pasos anteriores, incluyendo las conclusiones y recomendaciones, para finalmente pasar al proceso de revisión y aprobación.

4.5 Técnicas de la ingeniería industrial

Durante el desarrollo de la investigación se utilizaron técnicas Cualitativas y Cuantitativas para el análisis, entre las cuales se encuentran:

4.5.1 Diagrama Causa – Efecto

Es una técnica ampliamente utilizada, que permite apreciar las relaciones entre un tema o problema y las posibles causas que puedan estar contribuyendo para que éste ocurra. Construido con la apariencia de una espina de pescado, esta herramienta fue aplicada por primera vez en 1953, en Japón, para sintetizar las opiniones de los ingenieros de una fábrica, cuando discutían problemas de calidad.

El diagrama Causa – Efecto es utilizado para:

1. Visualizar en un equipo las causas principales y secundarias de un problema.
2. Ampliar la visión de las posibles causas de un problema, enriqueciendo su análisis y la identificación de soluciones.
3. Analizar procesos en búsqueda de mejoras.

4. Conduce a modificar procedimientos, métodos, costumbres, actitudes o hábitos con soluciones muchas veces sencillas y más económicas.

5. Educar sobre la comprensión de un problema.

6. Muestra el nivel de conocimiento técnico que existe en la empresa sobre un determinado problema.

7. Prevé los problemas y ayuda a controlarlos, no solo al final, sino durante cada etapa del proceso.

A continuación se muestra un ejemplo de diagrama Causa-Efecto en la figura 4.1.



Figura 4.1 Esquema básico para elaborar un Diagrama Causa Efecto.

4.5.2 Gráficos y diagramas de control

Con el fin de explicar las cuestiones de calidad, los gráficos representan una técnica eficaz de “control visual”. Se utilizan muchos tipos, como gráficos de barras,

de líneas y de pastel. Los diagramas de control, sirven para observar las variaciones en el tiempo de los valores característicos y los que no cumplen las especificaciones, y para evaluar modificaciones y tendencias, como se muestra en la (figura 4.2).

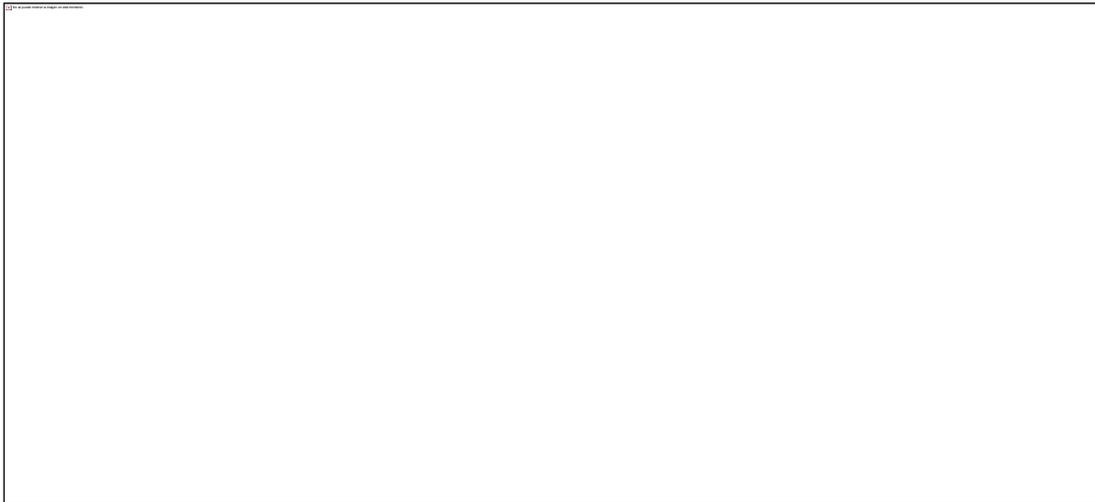


Figura 4.2 Ejemplo de Gráfico de control.

4.5.3 Diagrama de flujo de proceso

Es una representación gráfica de la secuencia de todas las operaciones, los transportes, las inspecciones, las esperas y los almacenamientos que ocurren durante un proceso. Incluye, además, la información que se considera deseable para el análisis, por ejemplo el tiempo necesario y la distancia recorrida. Sirve para las secuencias de un producto, un operario, una pieza, etcétera. Es la forma más conocida y utilizada para representar procesos. Proporciona una imagen clara de toda secuencia de acontecimientos del proceso. Mejora la distribución de los locales y el manejo de los materiales. También sirve para disminuir las esperas, estudiar las operaciones y otras actividades en su relación recíproca. Igualmente para comparar métodos, eliminar el tiempo improductivo y escoger operaciones para su estudio

detallado. Los elementos de la actividad se codifican con cinco símbolos, cuando se combinan los elementos de la actividad, los símbolos deben superponerse.

4.5.3.1 Procedimientos para la elaboración de flujogramas:

- Para ubicar a que proceso pertenece un procedimiento es necesario conocer el objetivo del proceso.

- Se deben listar los cargos que participan en el procedimiento, dividiendo la hoja en tantas columnas como cargos intervengan, además de las columnas de entrada y salida.

- Se deben utilizar símbolos y definir la secuencia lógica, detallada y completa de los pasos que sigue a cada cargo involucrado.

- Seguir el curso natural del Flujogramas, de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo.

Actividad	Símbolo	Definición
Conector		Círculo que se utiliza para indicar la continuidad de una acción con otra dentro de una misma página.
Document o		Documento generado o requerido por el procedimiento; cuando existen copias, se pueden representar y enumerar asignando al original, indistintamente la letra “O” o el

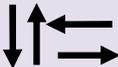
		número "1" y, al duplicado y demás copias, la numeración correlativa.
Actividad		Rectángulo que describe una actividad. Dentro de cada uno se incluye una breve descripción de la actividad.
Demora		Espera o demora de un elemento o persona o interrupción de flujo.
Archivo		Archivo temporal o definitivo de algún documento.
Terminal		Identifica el inicio y el fin de un procedimiento, según la palabra que se utilice dentro del óvalo.
Líneas de Flujo		Las líneas o flechas de flujo conectan elementos del procedimiento e indican la secuencia a seguir.
Conector de Pagina		Conecta una actividad con otra, de una página diferente. Opcionalmente se puede colocar el número de página a la que se conecta.
Decisión		Rombo que señala un punto en el proceso en el que hay que toma. Una decisión. A partir de allí, el procedimiento puede tomar dos vías y depende de la respuesta a la pregunta descrita dentro del rombo

Figura 4.3 Simbología básica para la elaboración de flujogramas de procesos.

4.5.4 Diagrama de Gantt

Usado para representar la ejecución o la producción total, ésta muestra la ocurrencia de actividades en paralelo o en serie en un determinado período de tiempo. Tienen por objeto controlar la ejecución simultánea de varias actividades que se realizan coordinadamente. Los diagramas de Gantt se han convertido en una herramienta básica en la gestión de proyectos de todo tipo, con la finalidad de representar las diferentes fases, tareas y actividades programadas como parte de un proyecto o para mostrar una línea de tiempo en las diferentes actividades haciendo el método más eficiente. De esta manera, se desarrolla un diagrama para analizar los factores que causan defectos, y cuando ocurre uno, se puede usar el diagrama para aislar la causa probable. (Figura 4.4).

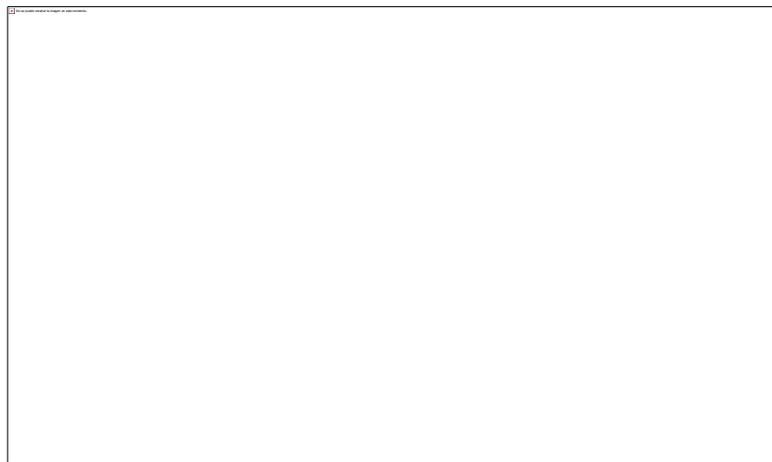


Figura 4.4 Ejemplo de Diagrama de Gantt.

4.5.5 Matriz FODA

Mediante el uso de esta matriz se facilita el análisis de los factores internos y externos de una organización, brindando una serie de estrategias para alcanzar el éxito organizacional.

4.5.6 Técnicas de control de calidad

Para la adopción de un Sistema de Gestión de Calidad es necesaria la aplicación de técnicas de control de la calidad, puesto que representan la sistematización de todas las etapas del proceso, enfocado siempre hacia un mismo fin “obtener productos de calidad.”. Entre las técnicas se encuentran:

4.5.7 Planes de calidad

Es una evaluación que permite controlar y monitorear cada etapa del proceso, para comprobar la calidad de las actividades, identificando aquellas relevantes, donde debe hacerse énfasis para las mejoras. Enunciando las prácticas, los medios y la secuencia de las actividades ligadas a la calidad. Se utilizó como técnica cualitativa en el desarrollo de la investigación.

4.5.8 Desarrollo y enfoque organizacional

Se desarrollo un enfoque de gestión organizacional, lo cual incidió en directrices gerenciales. Estas directrices son herramientas útiles que permiten asegurar que el sistema de Gestión de la Calidad se implemente, se mantengan y se mejore continuamente.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 Diagnóstico de la situación actual del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil

El Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil, debe cumplir con los requerimientos establecidos por la Norma ISO 9001:2008, con finalidad de determinar el funcionamiento de los procesos con respecto a los requisitos que exige la norma, para obtener así, un perfil de referencia, que proporcione un punto de partida para el Diseño del Sistema de Gestión de la Calidad y la aplicación de Indicadores de Gestión de la calidad, de tal forma que se puedan establecer acciones a tomar en cada deficiencia y lograr el mejoramiento continuo de los mismos.

El diseño y la implementación del sistema de gestión de la calidad en la organización están influenciados por diferentes necesidades, objetivos particulares, bajo el desarrollo y enfoque organizacional estableciendo directrices para el mejoramiento continuo de la organización.

La lista de verificación ISO 9001:2008 usada para la elaboración del diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad, está basada en los requisitos que debe cumplir cualquier organización o empresa a la hora de diseñar y posteriormente implantar un sistema de gestión de la calidad.

Está muestra en forma detallada las no conformidades del Sistema de Gestión de la Calidad y está estructurada de la siguiente manera:

- Conformidad (C): Se realiza la actividad, hay procedimientos escritos y evidencias del cumplimiento, analizados frecuentemente para iniciar las acciones de mejoramiento continuo.

- No conformidad (NC): No se realiza la actividad.

- Incompletas (INC): Se considera que se realiza la actividad, pero no existen procedimientos y evidencias del cumplimiento.

5.1.1 Análisis del diagnóstico

5.1.1.1 Sistema de Gestión de la Calidad: Punto número cuatro (4) de la Norma ISO 9001:2008. Se observa a través del diagnóstico, la ausencia los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad; ya que no están definidos los flujogramas y mapas de procesos que permiten determinar la secuencia e interacción de los mismos.

La organización no tiene establecido un sistema de gestión de la calidad que le permita mejorar continuamente los procesos de acuerdo con los requisitos exigidos por la Norma Internacional, además no están determinados los procesos, la secuencia e interacción de los mismos necesarios para implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización.

Se observa la ausencia de los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que el control de estos procesos sea eficaz, así como, la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos. Además de no implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continúa de los procesos; de no contarse con los criterios y métodos necesarios que permitan asegurar la operación y control en la realización de las operaciones trayendo como consecuencia que afectan la calidad del producto.

No están definidos los acuerdos de servicios o suministro que permitan establecer los lineamientos en la relación entre el cliente y el proveedor para el establecimiento de objetivos en cuanto a la calidad del producto. En cuanto a la documentación del sistema no están definidas; las declaraciones documentadas de una política de la calidad y objetivos de calidad, un manual de la calidad y no están completamente definidos los procedimientos operacionales necesitados por la organización, tampoco están definidos los procedimientos generales exigidos por la norma.

5.1.1.2 Responsabilidad de la dirección: Punto cinco (5) de la Norma ISO 9001:2008. No hay evidencia de registros que informen a la organización de los requisitos legales, reglamentarios y de satisfacción del cliente, por tal motivo se observa que no están determinados las políticas y objetivos de la calidad adecuada al propósito de la organización que incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

La organización no ha establecido los objetivos de la calidad necesarios para cumplir los requisitos para el producto. La alta dirección no se asegurarse de que las responsabilidades y autoridades estén definidas y comunicadas dentro de la organización.

No se obtuvieron evidencias que indique la delegación por parte de la dirección, en algunos casos de sus miembros para asegurar los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad, que estén debidamente establecidos y mantenidos de acuerdo a la norma y reportar el funcionamiento del sistema de gestión de la calidad, a la gerencia para las respectivas revisiones como una base para la mejora del sistema de calidad.

Además está no asegura que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad, porque no existe una metodología o un procedimiento que defina como va ser la comunicación dentro del sistema de calidad.

5.1.1.3 Gestión de los Recursos: Punto seis (6) de la Norma ISO 9001:2008. La organización no proporcionar los recursos necesarios aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos. No realizan las acciones necesarias con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas que afectan a la conformidad con los requisitos del producto. No se encontró evidencia que exista alguna forma de identificar el requerimiento de recursos, de proveer los recursos adecuados para implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia. Además de no contar con evidencia suficiente que permita verificar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

No se determina la competencia del personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto y evalúan la eficacia de las acciones que se deben tomar. La organización no toma las medidas pertinentes que aseguren que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad, y mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia. En cuanto a la asignación del personal debidamente adiestrado para las actividades de ejecución del trabajo, actividades de verificación de calidad no presentan evidencia de que exista dicho personal, no existen procedimientos escritos que reflejen los parámetros de adiestramiento de todo el personal que de una u otra forma interviene en las actividades que afectan a la calidad, tomando en cuenta que las competencias solo

están definidas para nomina mayor. Además de que los registros de la educación, formación habilidades y experiencias del personal que labora en el proceso no están.

La organización determina y mantiene los medios necesarios para lograr el desarrollo del SGC en la infraestructura. El ambiente de trabajo es apto para lograr la conformidad con los requisitos del producto; pero no garantiza que el producto se obtenga bajo especificaciones requeridas por el cliente.

5.1.1.4 Realización del Producto: Punto siete (7) de la Norma ISO 9001:2008. La organización no planifica y desarrolla los procesos de forma coherente con los requisitos de los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad necesarios para el cumplimiento del servicio.

No se determinan los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma, la revisión de los requisitos relacionados con el producto no se efectúa antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente. Se pudo constatar que en la planificación del servicio la organización no planifica en forma completa los procesos necesarios para la realización del mismo, esto se debe a que no está elaborados los flujogramas y mapas de procesos, no existe un acuerdo de suministro y principalmente no está elaborado el plan de la calidad, que permita monitorear el proceso en cada de una de sus etapas y de presentarse alguna desviación poder detectar el origen de la misma y en qué fase del proceso ocurre no identificando los criterios para la aceptación y rechazo del producto y la trazable del mismo permitiendo asegurar la continuidad y la confiabilidad de las operaciones sobre la planificación del producto.

La cláusula 7.3 Diseño y desarrollo, no es aplicable ya que no transforma los requisitos en especificaciones del producto (El servicio que ofrece el Área de Salud

está basado en los beneficios establecidos por el reglamento de la Universidad de Oriente y en conjunto con FAMES).

La cláusula 7.4 Compras, no es aplicable debido a que la organización no asegura que el servicio solicitado por los estudiantes cumple los requisitos demandados, ya que el Área de Salud trabaja en función a un presupuesto asignado por la Universidad de Oriente.

La cláusula 7.5.3 Identificación y trazabilidad, no es aplicado ya que la organización no se encarga de identificar el servicio por medios adecuados, a través de toda la realización el progreso del mismo y desconoce el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto ya el Área de Salud solo se encarga de tramitar ayudas estudiantiles.

La cláusula 7.5.5 Preservación del producto, no es aplicable ya que la organización no se encarga de la preservación del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto que permitan mantener la conformidad con los requisitos.

A pesar que la organización determina el seguimiento y la medición a realizar, no se presenta la evidencia suficiente que garantice de una manera coherente los requisitos determinados por el cliente, debido a que no existe un acuerdo de servicio entre el cliente y el proveedor.

Presentándose ausencia de programas de calibración; debido a la no existencia de patrones de calibración que permita determinar el estado de calibración de los dispositivos de medición que garantice un producto de calidad.

5.1.1.5 Medición, análisis y mejora: Punto ocho (8) de la Norma ISO 9001:2008, no se implementan los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad con los requisitos del producto, asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad. Como una medida del desempeño del SGC, la organización debe realizar seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos, deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información, se recomienda dentro del sistema medir, controlar y/o verificar la satisfacción del cliente.

No se llevan a cabo auditorías internas a intervalos planificados que permitan determinar si el sistema de gestión de la calidad es conforme con las disposiciones planificadas en la cláusula 7.1, con los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la organización. No existen métodos por escrito para el control de la ejecución de los procesos. La acción a seguir es tomada sobre la base del criterio del responsable del proceso en ese momento. La organización no analiza los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y así evaluar donde pueda realizarse la mejora continua de la eficacia de dicho sistema; debido a que no están establecidos los Indicadores de Gestión.

5.2 Resultados del diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil

Los resultados son obtenidos a través de la lista de verificación la cual se muestra en el Apéndice (A.1), la cual permite la obtención de los resultados; de acuerdo a las conformidades, no conformidades e incompleto de acuerdo a los

“debes” requisitos de la Norma ISO 9001:2008. Los resultados del diagnóstico se obtuvieron a través de las siguientes expresiones:

$$\# \text{ Debes} = \sum \text{ Conformidades} + \text{ No conformidades} + \text{ Actividades Incompletas.} \quad (5.1)$$

$$\% \text{ Conformidad} = \sum \text{ Conformidades} / \# \text{ Debes.} \quad (5.2)$$

$$\% \text{ No conformidades} = \sum \text{ No conformidades} / \# \text{ Debes.} \quad (5.3)$$

$$\% \text{ Actividades Incompletas} = \text{ Actividades Incompletas} / \# \text{ Debes.} \quad (5.4)$$

Estas expresiones son utilizadas para cada capítulo de la norma.

A continuación se muestran los resultados obtenidos por cada capítulo de la norma; indicando el # "debes" aplicables, el porcentaje de conformidad, no conformidad y de actividades incompleta. (Tabla 5.1).

Tabla 5.1 Resultados de la Auditoria Diagnóstica.

CAPITULO S	# Debes	% Conforme	% No conforme	% Incompleto
Capítulo 4	26	0%	88,46%	11,54%
Capítulo 5	36	2,77%	91,67%	5,55%
Capítulo 6	14	35,71%	28,57%	35,71%
Capítulo 7	50	18%	58%	24%
Capítulo 8	56	0%	96,43%	3,57%

1. Capítulo (4) Sistema de Gestión de la Calidad.

2. Capítulo (5) Responsabilidad de la Dirección.
3. Capítulo (6) Gestión de Recursos.
4. Capítulo (7) Realización del Producto.
5. Capítulo (8) Medición, Análisis y Mejoras.

En la figura 5.1 se puede observar los resultados arrojados por la lista de verificación que determina la situación actual del proceso, con respecto a las conformidades, inconformidades y actividades incompletas; indicando el estado de cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008.

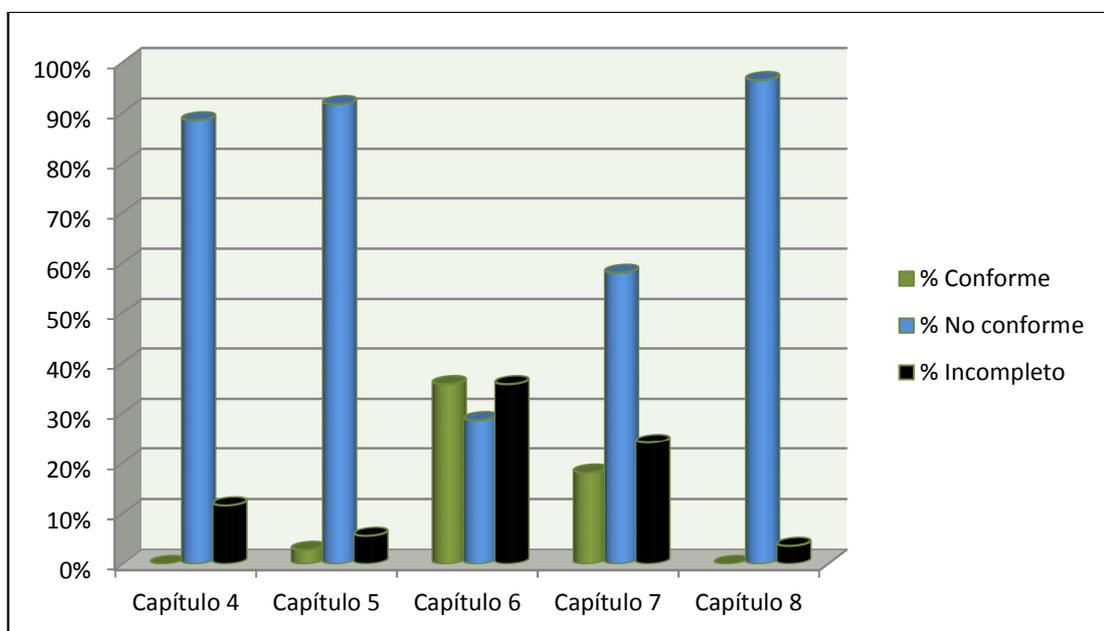


Figura 5.1 Resultados de la Auditoría Diagnóstica.

En la tabla 5.2 se muestran, los resultados totales obtenidos, a través de la lista de verificación; los resultados fueron obtenidos a través de las siguientes expresiones:

$$\text{Total "debes" aplicables} = \sum \# \text{ debes (1)} \quad (5.5)$$

$$\text{Total "debes" conformes} = \frac{\sum \text{conformidad} * 100}{\text{Total "debes" aplicables}}. \quad (5.6)$$

$$\text{Total "debes" No conformes} = \frac{\sum \text{No conformidades} * 100}{\text{Total "debes" aplicables}}. \quad (5.7)$$

$$\text{Total "debes" Incompletos} = \frac{\sum \text{Incompletos} * 100}{\text{Total "debes" aplicables}}. \quad (5.8)$$

Estas expresiones son utilizadas para cada capítulo de la norma.

Tabla 5.2 Resultados totales de la Auditoría.

Descripción	Cantidad	%
Total "DEBES" Aplicables	182	100.00%
Total "DEBES" Conformes	15	8,24%
Total "DEBES" No conformes	143	78,57%
Total "DEBES" Incompletos	24	13,18%

A continuación se muestra en el gráfico los resultados totales obtenidos a través de la auditoría diagnóstica realizada; detectando la situación actual del Sistema de Gestión de la Calidad:

La Figura 5.2 indica el estado actual del Sistema de Gestión de Calidad y su no conformidad con los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001: 2008, ya que representa un 78,57 % de incumplimiento de los deberes exigidos por la Norma ISO 9001:2008; por ende se puede observar un 13,18% del total de deberes conforme y un 8,24% de actividades incompletas, que se realizan pero no existen la evidencia suficiente que respalde el sistema de Gestión de la Calidad. (Figura 5.2).

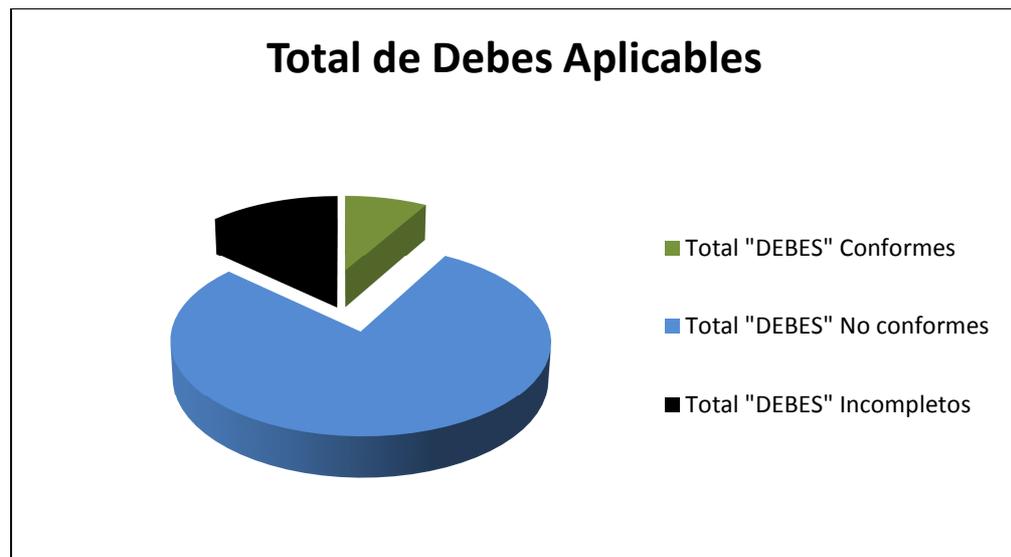


Figura 5.2 Resultados Totales de la Auditoría.

5.3 Análisis del Sistema Gestión de la Calidad a través del Diagrama Causa-Efecto

Los factores que influyen sobre los valores característicos que determinan la situación actual se realizaron por medio de la herramienta estadística; diagrama Causa- Efecto (Ishikawa); También se denominan “diagrama de espina de pescado”. Proporcionan un medio para analizar las posibles causas de defectos previstos, en orden de importancia se plantean y se visualiza de manera clara y clasificada, las causas y su causas que conllevan a la deficiencia en del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil, donde la problemática existente radica en los siguientes aspectos:

- **Documentación, Actividades y Información:** La ausencia de un manual de la calidad, flujogramas de procesos y la impericia con respecto a la Norma ISO 9001:2008; genera un descontrol de las actividades realizadas en el departamento. No existen procedimientos por escrito para implantar acciones preventivas y correctivas y/o de mejoras para eliminar las causas actuales o potenciales en los procesos que se desarrollan en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil.

- **Equipo, Personal y Recursos:** Existe retraso en cuanto al suministro de recurso y equipo generando un desaprovechamiento de de los mismos; la falta de un Odontólogo en el área provoca el incumplimiento de los deberes correspondientes. No existe un plan de la calidad, que permita monitorear el servicio proporcionado en cada de una de sus etapas y de presentarse alguna desviación poder detectar el origen de la misma.

Existe deficiencia en las actividades que se realizan en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil, en consecuencia, para cualquiera de los factores

representados por esta espina se observa la ausencia de un Sistema de Gestión de la Calidad y la herramientas para medir la calidad del mismo. (Figura 5.3).

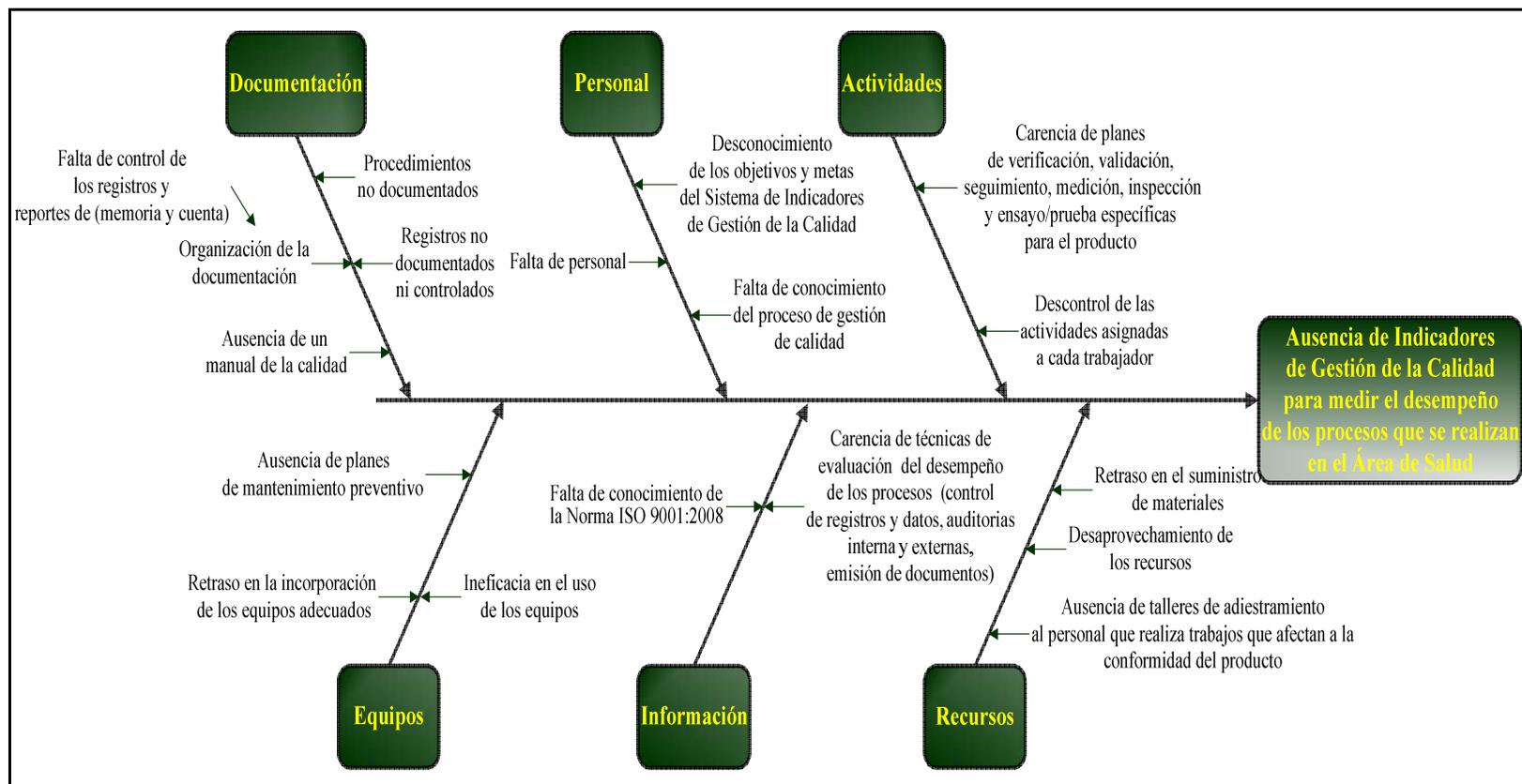


Figura 5.3 Diagnóstico del Sistema de Gestión de la Calidad de las actividades en el Área de Salud de la Delegación de Desarrollo Estudiantil.

5.4 Análisis del Sistema de la Calidad del Área de Salud a través de una matriz diagnóstica simple orientada hacia la detección de necesidades (Matriz FODA)

En la siguiente matriz FODA se refleja las fortalezas y debilidades, oportunidades, debilidades y amenazas planteadas por medio de un estudio de las necesidades que presenta el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil.

En cuanto a las fortalezas que goza se observa que hay buenas relaciones personales entre los empleados tanto en la unidad como en toda la delegación, así como también un ambiente armonioso para el mejor logro de los objetivos, existen disponibilidad de tiempo para realizar cursos de capacitación del personal en cuanto a la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad, ya que cada uno debe tener una buena preparación de la aplicación de este sistema y de las Normas ISO 9001:2008.

En función de las oportunidades existe una correlación con las instancias pertinentes para el aumento de la disponibilidad presupuestaria del área y de las partidas presupuestarias asignadas a la jornada de prevención en salud.

Entre las debilidades que presenta, están, la ausencia de un sistema de información tecnológico y de registros controlados, ausencia de flujogramas de procesos estructurados, así, como las técnicas de evaluación de los mismos.

Las amenazas que presenta es la falta de coordinación, ejecución y control de las actividades administrativas del Área de Salud de la Delegación de Desarrollo Estudiantil fin de garantizar un más efectivo y eficaz. (Tabla 5.3).

Tabla 5.3 Matriz FODA situación del Área de Salud.

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión y liderazgo institucional. • Recurso humano con experiencia para asumir cambios en relación a la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad. • Disponibilidad de recursos y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades del área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas sociales de incentivo para aplicación del servicio. • Acceso a las partidas presupuestarias. • Disponibilidad de recursos que permiten prestar un servicio más efectivo y eficaz.
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de un Sistema de Gestión de la Calidad y del cumplimiento de la Norma ISO 9001:2008. • Ausencia de planes preventivos para la verificación e inspección del desempeño del área. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordinación de las actividades para el desarrollo de las actividades a fin de mejorar el servicio prestado a la comunidad estudiantil. • Desaprovechamiento de los medios de información.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

6.1 Directrices de la calidad

6.1.1 Política de calidad

En el Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Estado Bolívar nuestro compromiso es brindar un servicio Médico-Odontológico a la comunidad estudiantil, satisfaciendo los requerimientos de toda la comunidad Udista, mediante el mejoramiento continuo de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

6.1.2 Objetivo de la calidad

Brindar asistencia médico-odontológica a la población estudiantil Udista, del Núcleo Bolívar para lograr un mejor desarrollo académico y personal del educando y promover el apoyo integral al estudiante que le permita el desarrollo de sus potencialidades, destrezas y habilidades a través de la ejecución de programas operativos logrando así un patrón de vida de acuerdo con sus deseos y en armonía con la comunidad.

6.1.3 Objetivos específicos de la calidad

1. Garantizar la calidad del servicio brindado conforme a lo acordado con los clientes y las normas de calidad establecidas.

2. Extender la atención Odontológica a toda la población estudiantil udistista con el fin de prevenir y tratar diferentes patologías que afecten su crecimiento integral.

3. Equipar de insumos y equipos médicos y de oficina el área de salud a fin de prestar un servicio más efectivo y eficaz.

4. Mantener permanentemente programas de participación del personal, orientados a cultivar el interés, esfuerzo, compromiso y conocimiento necesarios para mejorar continuamente los procesos, la satisfacción de los clientes y sus propios logros.

5. Mejorar continuamente el proceso de prestación de servicio y atención al cliente.

6. Asegurar el mejoramiento continuo del sistema, mediante las auditorías internas de la calidad y la aplicación de acciones correctivas y preventivas.

7. Obtener la certificación del Sistema de la Calidad ISO 9001:2008.

6.2 Responsabilidad, autoridad y comunicación en el Sistema de Gestión de la Calidad. (Capítulo de la norma 5.5)

6.2.1 Estructura organizativa del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud

Las funciones que realizan el Auditor interno, el difusor de información y el programador de procesos y procedimientos pueden ser realizadas por los empleados que actualmente integran el área de salud, sin embargo el puesto de Odontólogo actualmente se encuentra vacante. (Figura 6.1).

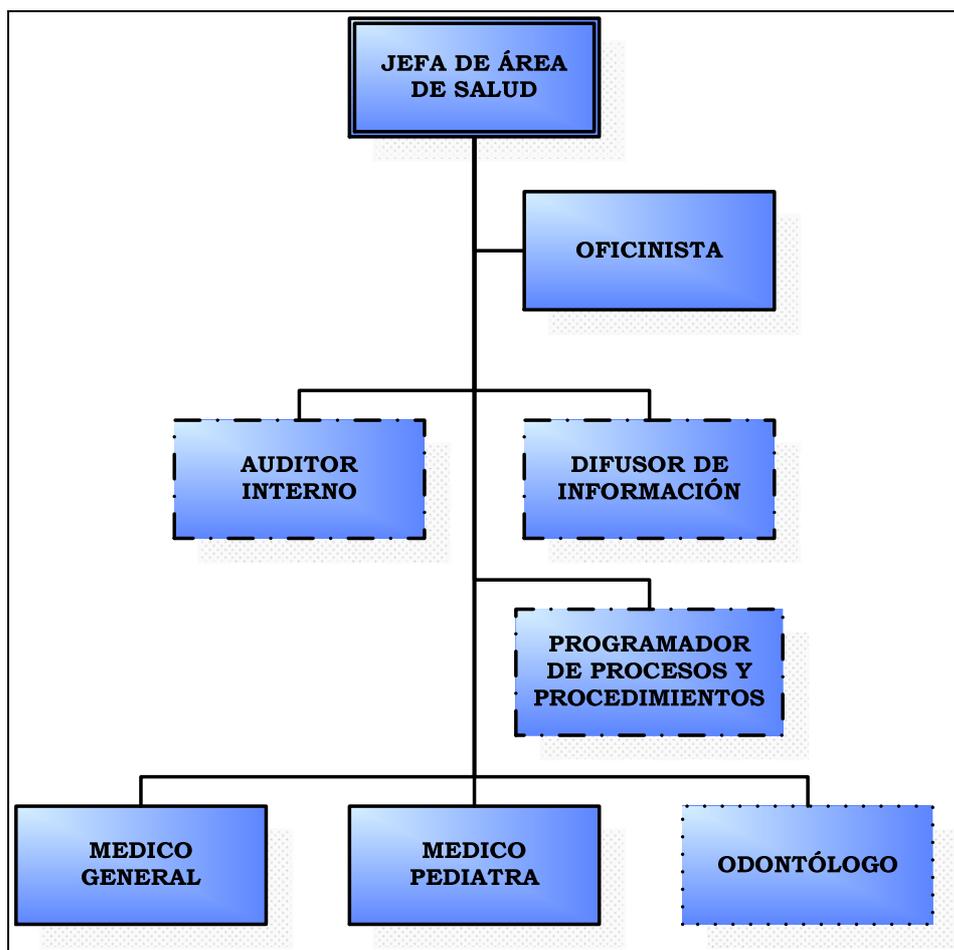


Figura 6.1 Estructura organizativa.

6.2.2 Descripción de los niveles de responsabilidad y autoridad del personal dentro del Sistema de Gestión de la Calidad

Las descripciones de cargo realizadas, que conforman parte del diseño del sistema de gestión de la calidad, permiten conocer la identificación, misión, responsabilidades (Macro/Generales) y el perfil requerido para el puesto de cada uno de los integrantes del proceso de Asistencia medico-odontológicos y el trámite de ayudas estudiantiles de el Área de Salud perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil.

Estas descripciones de puestos fueron establecidas con el objetivo principal de establecer el nivel de responsabilidad y autoridad, como requisitos de Norma ISO 9001:2008.

A continuación se presentan en forma muy breve; las descripciones de puesto que conforman parte del diseño del Sistema de Gestión de la Calidad:

6.2.1.1 Funciones del auditor interno: Controlar, vigilar y fiscalizar los procesos realizados en el Área de Salud, en cuanto a los movimientos financieros y presupuestarios, para así hacer cumplir todas las disposiciones legales establecidas en el mismo y de esta manera lograr una mejor utilización del recurso asignado y proyectar la imagen corporativa.

6.2.1.2 Funciones del difusor de información: Proyectar la imagen corporativa del área, diseñar la estrategia comunicacional, basada en promoción de todas las actividades y los servicios que se realizan en el área que contribuyan a crear hábitos para aumentar el bienestar de la población Udista.

6.2.1.3 Programador de Procesos y Procedimientos: Esté analista se encarga de ejecutar y mantener el sistema de gestión de la calidad mediante la Norma ISO 9001:2008, mediante la elaboración y ejecución de los procedimientos e instrucciones de trabajo.

6.2.1.4 Funciones del Odontólogo: Desarrollarán las funciones señaladas como la prescripción de prótesis o tratamientos, la dosificación de medicamentos, la extensión de recetas, la aplicación de anestésicos y la realización de procedimientos operatorios o restauradores.

6.3 Elaboración de flujogramas y mapas del proceso realizado en el Área de Salud (Capítulo de la norma 3)

6.3.1 Descripción de los procesos claves

A través de observaciones directas de las actividades, el escrutinio de registros y la aplicación de entrevistas no estructuradas al personal que labora en el Área, se logro acceder a la información requerida para el planteamiento de la situación actual del Área de Salud, además, de sus procesos claves, presentados a continuación:

El Área de Salud sirve de impulso y difusión para los diferentes programas de atención y prevención a través de la Jornada de Prevención en Salud en cuanto a temas como sexualidad, drogas y salud en general, gestiona ante las instancias pertinentes el aumento de la disponibilidad presupuestaria del área y de las partidas presupuestarias asignadas a la jornada de Prevención en Salud, solicita ante las instancias pertinentes la dotación de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos, informa a la población estudiantil del horario de atención para consultas médicas y odontológicas en esta área, así como también de los beneficios que ofrece la Fundación de Asistencia Médica Hospitalaria de

Educación Superior Pública (FAMES). En el Área de Salud se realizan tres procesos fundamentales los cuales son:

6.3.1.1 Trámite de ayudas estudiantiles: Como su nombre lo indica en este proceso se gestionan las ayudas solicitadas por los estudiantes. La ayudantía es un beneficio que se otorga al estudiante en atención a su grado de necesidad socio-económica y de acuerdo a la historia médica que éste presente; una vez que el estudiante se encuentra en las instalaciones del área de salud es atendido por una trabajadora social que le brinda la información de los servicios que ofrece el área y conjuntamente los requerimientos exigidos por la dirección para solicitar la ayudantía, una vez que el estudiante cree completar los requisitos y solicita la ayudantía formalmente, la trabajadora social se asegura que los requisitos exigidos estén completos de lo contrario deberá denegar la petición solicitada e informar al estudiante las causas del rechazo para que así éste pueda completar los requisitos faltantes, si el estudiante decide no continuar la solicitud es archivada; si el estudiante cumple con todos los requisitos se procede al ingreso, resguardo y control de dichos documentos, una vez completada esta fase del proceso la trabajadora social procede a la elaboración de un informe socio-económico realizado para el trámite de ayudas estudiantiles como: Lentes, medicinas tratamiento odontológico, y informa al estudiante el tiempo que avance del servicio y la oficina que proporciona el progreso y la aprobación de la ayudantía; por último se envían los documentos solicitados y el informe socio-económico a la oficina del delegado para terminar los tramites.

- Descripción de la ejecución del proceso de trámite de Ayudantía en Área de Salud. (Figura 6.2).

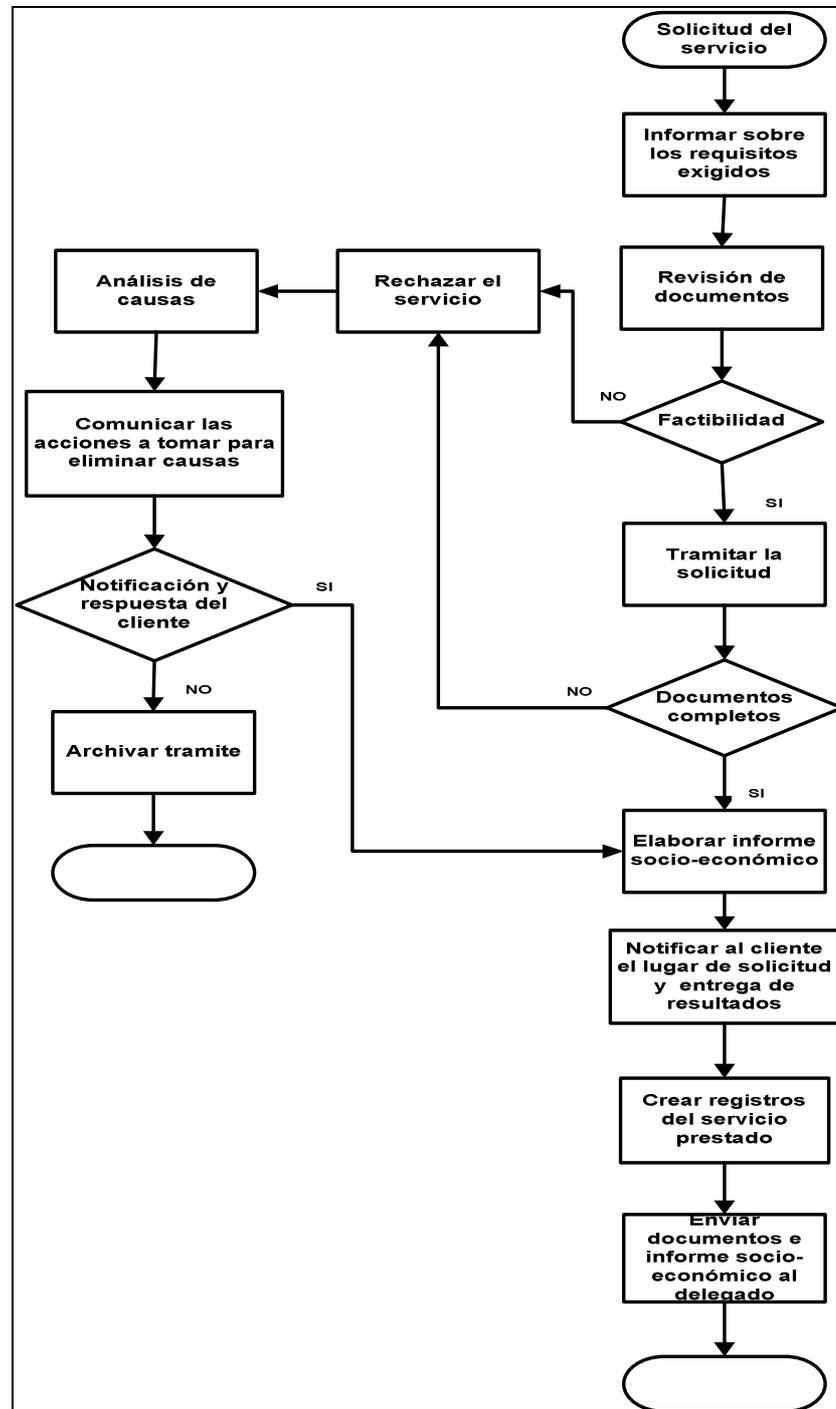


Figura 6.2 Diagrama de flujo del proceso de trámite de ayudantías.

6.3.1.2 Proceso de atención médica: La formación del médico está enmarcada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, (APS) y dirigida a la atención integral, personalizada y continua de las personas, su grupo familiar y la comunidad, independiente de la edad o sexo, patología o condición. En ese marco, el médico debe ser capaz de manejar patologías prevalentes, sabiendo derivar al especialista oportunamente y debiendo estar preparado para trabajar en conjunto con otras instituciones de la comunidad de la Universidad de Oriente que requieran de atención médica.

El médico deberá primero realizara un diagnóstico de la situación basado en un enfoque crítico de riesgo, teniendo en cuenta los factores demográficos, sanitarios, socio-culturales, económicos y epidemiológicos obtenidos en el área; en forma permanente, luego realizar la atención integral del paciente, designar el tratamiento y continuar con el seguimiento del paciente fijando consultas posteriores si fuera el caso; en caso de que el paciente no pueda ser atendido en las instalaciones de Área de Salud indicar la internación y/o traslado del paciente a otra unidad médica y realizar el seguimiento del paciente derivado a niveles de mayor complejidad.

Por último el médico tratante debe registrar todos los casos que atienda en el transcurso del día, realizar la historia clínica individual referente a cada paciente y luego levantar un informe dirigida a la trabajadora social para informar sobre las actividades realizadas en el día.

- Descripción de la ejecución del proceso de trámite de Ayudantía en Área de Salud. (Figura 6.3).

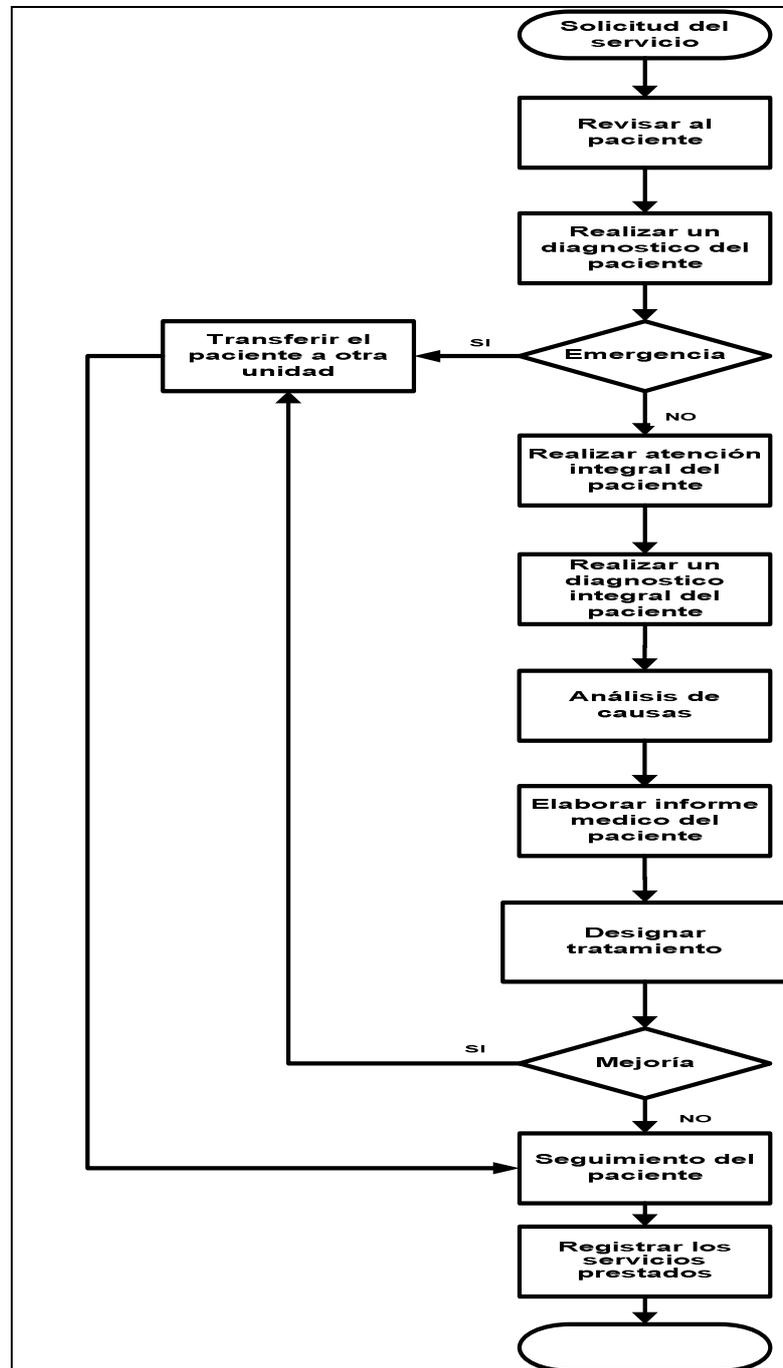


Figura 6.3 Diagrama de flujo del proceso de asistencia médica.

6.3.1.3 Solicitud de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos: la jefa encargada de área debe recopilar los registros de realizados en los procesos de trámite de ayudas estudiantiles y asistencia médica, para así conocer el número de usuarios del servicio y realizar un informe presupuestario denominado memorias y cuentas del área exigidas por la alta dirección en la cual se informan la disponibilidad presupuestaria del área y la solicitud de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos y enviarlas al delegado de bienestar estudiantil.

• Descripción de la ejecución de los procesos Solicitud de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos. (Figura 6.4).

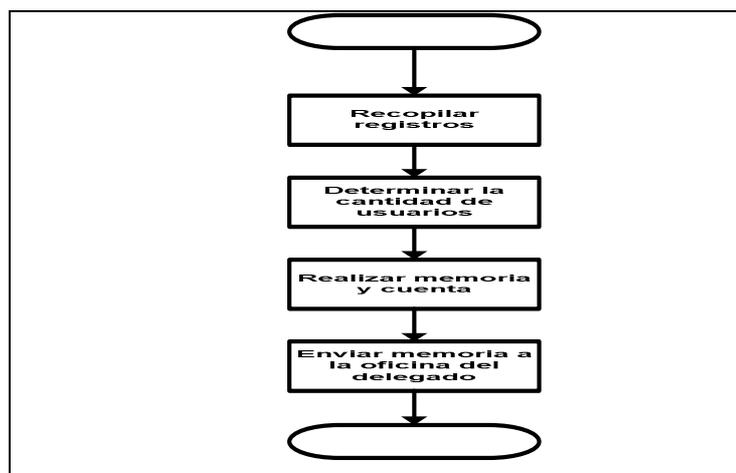


Figura 6.4 Diagrama de flujo del proceso de Solicitud de insumos medicinales, equipos e instrumentos tanto médicos como odontológicos.

6.3.2 Mapa de procesos del Área de Salud

Relaciona los principales procesos del Área de Salud: organización, planificación, diseño de estrategias para la asistencia médica y otros servicios, ejecución del servicio, finalización del servicio y los procedimientos que hay en cada proceso. Dentro de cada uno de estos momentos claves, el Área de Salud regula y define los pasos a seguir para el mejor control y satisfacción del cliente. Se integran posteriormente y se conforman los procedimientos normalizados de operaciones con sus registros que abarcan desde la concepción del servicio hasta la respuesta final al cliente y sus reclamaciones. (Figura 6.5).

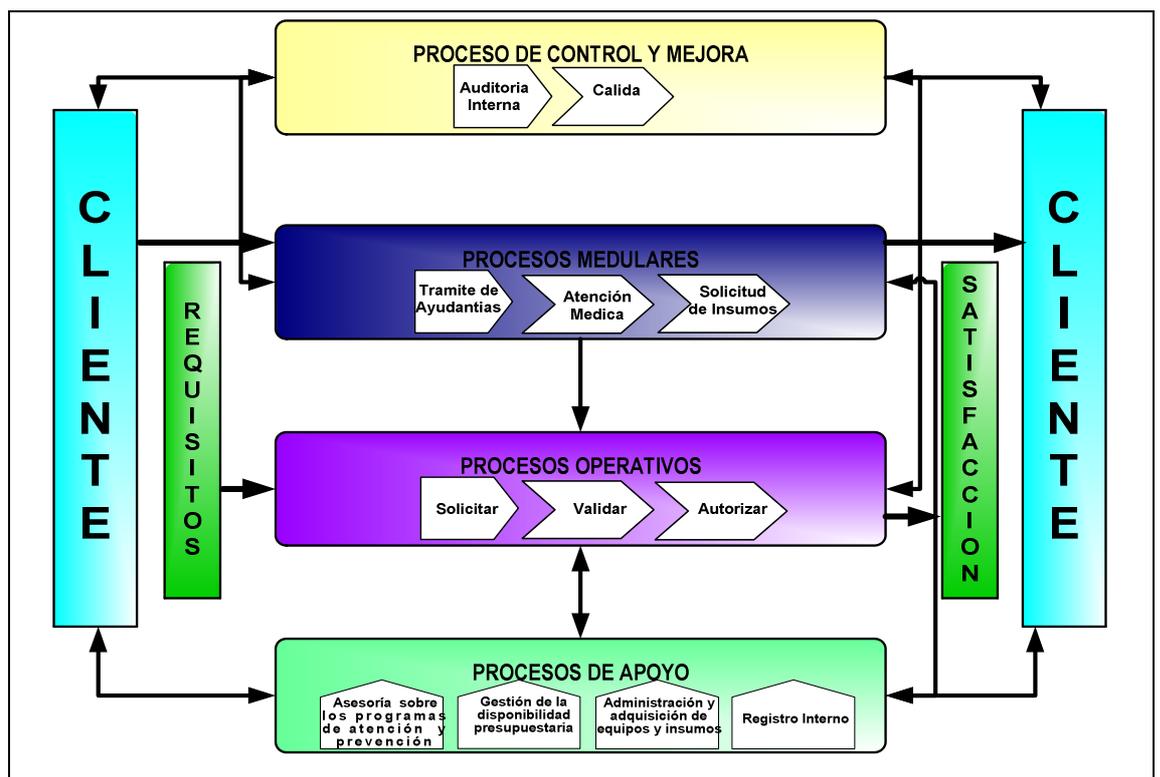


Figura 6.5 Mapa de procesos del Área de Salud.

6.4 Sistema de Gestión de la Calidad (Capítulo de la norma 4.1)

6.4.1 Requisitos generales

Los resultados deseados se alcanzan eficientemente cuando los recursos y las actividades relacionados se gestionan como un proceso; proporcionan beneficios significativos: Orientación hacia los resultados deseados, optimización del empleo de las personas y los recursos, coherencia en los resultados y control de la variabilidad, gestión basada en datos para establecer unos objetivos, realistas y un liderazgo estratégico. El Área de Salud de la universidad de oriente debe cumplir con los requisitos generales tales como:

- a) Determinar los procesos que conforman este Sistema de Gestión de la Calidad a través del Mapa de Procesos y en los documentos denominados “Descripción de Proceso”, previamente establecidos que sobrellevan el Sistema de Gestión de la Calidad.
- b) Determina la secuencia e interacción de los procesos, con el objetivo de tener una clara orientación a cumplir con las necesidades del cliente.
- c) Determina los criterios y los métodos necesarios para asegurar la eficacia de la operación y control de sus procesos, a través de los procedimientos de trabajos identificados como Referencia, en el contenido del Manual.
- d) Asegura la disponibilidad de los recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos mediante la Planificación de la Calidad, control presupuestario, reunión de revisión por la dirección, reuniones de seguimiento.

e) Realiza el seguimiento, medición y análisis de sus procesos mediante recolección y análisis de los datos obtenidos en la ejecución de los mismos, a través de los “Resultados de Gestión” aplicando técnicas estadísticas, auditorías internas y analizando periódicamente los resultados para evaluar la gestión.

f) Con base en los resultados obtenidos, implementa acciones correctivas y preventivas para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de sus procesos, a través de la consecución de metas a corto y largo plazo.

6.4.2 Registros de Calidad

Estos registros fueron diseñados a través de formatos en blanco y se ordenaron de forma que permitiera su identificación; siendo de gran importancia estos para el monitoreo de las actividades, para las revisiones y pruebas necesarias para el aseguramiento de la calidad; ya que ellos sirven para demostrar la efectividad, eficacia y eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad, para realizar seguimiento y para tomar acciones preventivas y correctivas. Los registros de calidad juegan un papel importante dentro del sistema de gestión de la calidad, ya que provee evidencias objetivas del grado de cumplimiento de los requisitos establecidos, de la eficiencia y funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.

Los registros generales que conforman el sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud de la Universidad de Oriente se presentan a continuación. Apéndices (B,C,D,E,F y G).

- a) Plan de Auditoría Internas.
- b) Programa de Auditoría Internas.

- c) Informes de Auditorías Internas.
- d) Reporte de No Conformidad.
- e) Programa de descripción e interacción de los procesos.
- f) Encuesta para evaluar las actividades que se realizan en el Área de Salud de la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar y el Sistema de Gestión de la Calidad aplicado en el mismo.

6.5 Manual de la calidad (Capítulo de la norma 4.2.2)

Este Manual ha sido propuesto con la finalidad de describir el Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, bajo el modelo de la Norma Venezolana COVENÍN ISO 9001:2008 y demostrar que los servicios se desarrollan cumpliendo satisfactoriamente las necesidades y expectativas de los clientes.

El Sistema de Gestión de la Calidad propuesto en este manual en este manual, agruparía otros procesos de Dirección y Apoyo que hacen posible el fortalecimiento de la cadena de valor del proceso medular y el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad y los relacionados con la misión de este instituto.

El manual de la calidad de procesos está basado en los flujogramas, orientado a las mejoras de la calidad del proceso en cada una de sus funciones operacionales. La metodología a seguir se apoya en:

- a) Promover la participación de los responsables de cada actividad en el proceso.

b) Desarrollar métodos que permitan establecer estándares contrastados para la acreditación de la calidad a alcanzar.

c) Estableciendo un sistema de información basada en la evaluación de las actividades relacionadas con el proceso.

6.5.1 Propuesta para realizar el manual de calidad basado en los flujogramas

a) El plan de calidad, es una evaluación a la que se somete el proceso, para comprobar la calidad de las actividades, identificando aquellas relevantes, donde debe hacerse énfasis para las mejoras.

b) El plan de calidad analiza, las características de calidad relacionados directamente con el proceso, tomando en cuenta los responsables de cada acción, los materiales y equipos utilizados, los criterios de aceptación, junto al registro que evidencie la actividad realizada.

c) El objetivo del plan de la calidad, es establecer la secuencia de las actividades a seguir, correspondientes al proceso que se realizan en el Área de Salud.

d) El propósito del plan de la calidad es al culminar la autoevaluación, obtener una radiografía de todo el proceso que conduce a el desarrollo de los servicios que ofrece el Área de Salud, se identifican los puntos débiles, de donde parten las propuestas y esto lo encaminará a una mejora de la calidad del servicio.

e) El plan de la calidad involucra a todo el personal operativo, ya que por la condición del plan de calidad sólo se toman en cuenta las actividades relacionadas con la calidad del servicio, directamente.

6.6 Comunicación con el cliente (Capítulo de la norma 5.5.3)

Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto se debe comprender las necesidades actuales y futuras de la comunidad, satisfacer los requisitos de la comunidad y esforzarse en exceder las expectativas de la comunidad.

Los líderes establecen unidad de propósito y la dirección del Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil, deberán informar al cliente, acerca de los servicios que son ofrecidos a través de sus espacios. Ellos deberán crear y mantener un ambiente en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos del Área de Salud.

6.7 Planificación de la realización del servicio (Capítulo de la norma 7.1)

La planificación se realiza mensualmente, a través de un registro que permite disponer en tiempo real la cartera de trabajo que se ejecutará durante el mes. Se dispone de una serie de registros necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y los servicios resultantes cumplen los requisitos, los cuales son generados en diferentes etapas de la prestación del servicio.

6.8 Auditorías internas (Capítulo de la norma 8.2.2)

La auditoría al Sistema de Gestión de la Calidad es un proceso de verificación sistemático y documentado para mantener y evaluar objetivamente evidencias que permitan determinar si el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización se

ajusta a los criterios de auditoría establecidos por la organización, y para la comunicación de los resultados de este proceso a la dirección. La auditoría se realiza tomando en cuenta todas las actividades del Sistema de Gestión de la Calidad y evalúa el cumplimiento de todos los requisitos de la Norma ISO 9001:2000.

6.9 Revisión y evaluación de los indicadores de gestión

Se realizó una selección, basada en la transformación de la Política de la Calidad definida; las Normas ISO 9001:2008 y los compromisos adquiridos por el proceso, como base fundamental, para medir y controlar el sistema de gestión de la calidad. Para la revisión y evaluación de los indicadores se diseñaron formatos en blanco; siendo de gran importancia estos para el monitoreo de las actividades, para las revisiones y pruebas necesarias para el aseguramiento de la calidad; para realizar seguimiento y para tomar acciones preventivas y correctivas.

6.10 Elementos de análisis para establecer indicadores de gestión en el proceso

1. **Funciones:** Es la función del área o la razón de ser. Constituye la guía primordial para comprender su desempeño en la gestión.
2. **Procesos:** Nos muestran la manera como el área transforma las entradas en salidas, los puntos de contacto con los clientes y la interacción entre los elementos o subcomponentes del área.
3. **Estructuración:** Más que el organigrama del departamento, nos presenta la forma como están alineados los elementos que la componen para operar.

4. **Desempeño:** Es la relación que existe entre lo que entrega el proceso, lo que produce y lo que se espera que sea entregado.

5. **Clientes:** Son los que manifiestan las necesidades y expectativas con respecto a lo que reciben del área.

6.11 Indicadores de gestión del proceso

Los indicadores de gestión del proceso fueron seleccionados y elaborados en función de los objetivos establecidos por el Área de Salud, y derivados de los objetivos de la Política de la Calidad definida; considerando los factores que permitan interpretar de una manera clara lo que está ocurriendo, observar de cerca los resultados y tomar acciones para mejorar el proceso.

Se muestra en forma detallada los Indicadores de los procesos, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Proceso:** proceso al cual pertenece el indicador.
2. **Indicador:** nombre del indicador establecido.
3. **Fórmula para evaluar:** expresión matemática para obtener la medida.
4. **Unidad.**
5. **Meta.**

6. Frecuencia de medición: la frecuencia en la que se debe hacer las lecturas.
7. Responsable: quien debe actuar de acuerdo al comportamiento del indicador con respecto a las referencias escogidas.

6.11.1 Indicadores de gestión propuestos para el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar.

Los indicadores pueden utilizarse para controlar la gestión de organizaciones de todo tipo, fundamentalmente desde la perspectiva del proceso interno, algunos de los indicadores descritos, sin embargo, pueden ser utilizados indistintamente para dos o más perspectivas, dado que se refieren a aspectos comunes a cualquiera de ellas.

Los indicadores correspondientes a las perspectivas financieras, de clientes y de aprendizaje y conocimiento, pueden ser similares para todo tipo de organizaciones y no difieren en especial por los sectores a que pertenecen sino más bien por el modelo de estrategia que haya sido elegido para cada una de ellas.

Por ejemplo, para una compañía que se haya decantado por una estrategia de expansión los indicadores financieros se referirán a: inversiones, diseño de nuevos productos o servicios, gasto de publicidad.

Los indicadores de clientes estarán orientados hacia la captación de nuevos compradores, promoción de nuevos productos y ampliación de mercados.

Tabla 6.1 Sistema de Indicadores de Gestión aplicados en el Área de Salud.

INDICADOR	DEFINICIÓN	PARÁMETRO DE EVALUACIÓN	FORMULA	ESTÁNDAR DE CALIDAD	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE
Adiestramiento	Capacitación o adiestramiento del personal, para mejorar el rendimiento de las actividades desarrolladas	Desempeño del plan de adiestramiento	%Desempeño Del Plan De Adiestramiento=H/H Plan Vs Efectivo	Cumplir con el plan anual de adiestramiento en las áreas administrativas	Anual	Trabajadora social
Satisfacción de los usuarios del área de salud.	Mide el grado de satisfacción de los usuarios del área de salud con respecto a los atributos evaluados que caracterizan a los servicios prestados en el área	Nivel de satisfacción del cliente	$\%SUS = \left[\frac{\sum N^{\circ} \text{Factores Satisfechos}}{\sum \text{Total de factores evaluados aplicables}} \right] * 100\% \quad (6.2)$	Cumplir con las condiciones de calidad establecidas para los servicios ofrecidos en el área, con el fin de mejorar de acuerdo con los resultados obtenidos	Mensual	Trabajadora social
CALIDAD DEL SERVICIO	Mide la calidad del servicio prestados a los usuarios del Área de Salud	Gestión de trámite de ayudantías	$\% \text{ Nivel de la Calidad} = \left[\frac{\text{Total de solicitudes exigidas}}{\text{Total de solicitudes procesadas}} \right] * 100\% \quad (6.3)$	Cumplir con las condiciones de calidad establecidas	Mensual	Trabajadora social

	con respecto a las solicitudes emitidas en el área					
PORCENTAJE DE PRESUPUESTO EJECUTADO	Determinación económica disponible para ejecutar planes de trabajo	Efectividad en la ejecución presupuestal	$\%P = \left[\frac{\text{Presupuesto cotizado}}{\text{Presupuesto asignado}} \right] * 100\%$ <p>(6.4)</p>	Cumplir con la ejecución de los presupuestos de gastos e inversiones	Mensual	Trabajadora social

Para cada uno de los indicadores propuestos se formulo: expresión conceptual, definición; expresión matemática, con el significado de cada una de las variables; frecuencia y rango de medición. También se formulo objetivos individuales para cada indicador.

1. Indicador: ADIESTRAMIENTO

Nombre: Plan de adiestramiento.

Parámetro de evaluación: DESEMPEÑO DEL PLAN DE ADIESTRAMIENTO.

Definición: Capacitación o adiestramiento del personal, para mejorar el rendimiento de las actividades desarrolladas.

Estándar de calidad: Cumplir con el plan anual de adiestramiento en las áreas administrativas.

Frecuencia de medición: Anual

Responsable: Trabajadora Social.

Evaluador: Trabajadora Social.

Meta: 1

2. Indicador: SUAS.

Nombre: SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL ÁREA DE SALUD.

Parámetro de evaluación: Nivel de satisfacción del cliente.

Definición: Mide el grado de satisfacción de los usuarios del Área de Salud con respecto a los atributos evaluados que caracterizan a los servicios prestados en el área.

Estándar de calidad: Cumplir con los condiciones de calidad establecidas para los servicios ofrecidos en el área, con el fin de mejorar de acuerdo con los resultados obtenidos.

Frecuencia de medición: Mensual.

Responsable: Trabajadora Social.

Evaluador: Trabajadora Social.

Meta: 100%

3. Indicador: CALIDAD DEL SERVICIO.

Nombre: NIVEL DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE TRAMITACIÓN DE AYUDANTÍAS.

Parámetro de evaluación: Gestión de trámite de ayudantías.

Definición: Mide la calidad del servicio prestados a los usuarios del Área de Salud con respecto a las solicitudes emitidas en el área.

Estándar de calidad: Cumplir con los condiciones de calidad establecidas para los servicios ofrecidos en el área, con el fin de mejorar de acuerdo con los resultados obtenidos.

Frecuencia de medición: Mensual.

Responsable: Trabajadora Social.

Evaluador: Trabajadora Social.

Meta: 100%

4. Indicador: PORCENTAJE DE PRESUPUESTO EJECUTADO.

Nombre: PORCENTAJE DE PRESUPUESTO EJECUTADO.

Parámetro de evaluación: Efectividad en la ejecución presupuestal.

Definición: Determinación económica disponible para ejecutar planes de trabajo.

Estándar de calidad: Cumplir con la ejecución de los presupuestos de gastos e inversiones asignadas a los servicios prestados en el área, para aumentar la confiabilidad.

Frecuencia de medición: Mensual.

Responsable: Trabajadora Social.

Evaluador: Administradora.

Meta: 100%

6.12 Mejora continua (Capítulo de la norma 8.5.1)

Los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad presentado en este manual, define estrategias para el mejoramiento continua del sistema, a través de la evaluación periódica de la gestión, el uso de la Política de la Calidad, los Objetivos de la Calidad, las auditorías internas, la implantación de acciones correctivas y preventivas y la satisfacción del cliente.

6.13 Acciones correctivas (Capítulo de la norma 8.5.2)

Todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad presentado en este manual, toman acciones para eliminar las causas de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Se tiene establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Revisar las no conformidades
- b) Determinar sus causas.
- c) Evalúa la necesidad de adoptar las acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan ocurrir.
- d) Definir e implementar acciones correctivas.
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas.
- f) Revisar las acciones correctivas tomadas.

6.14 Acciones preventivas (Capítulo de la norma 8.5.3)

Todos los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad en este manual, determinan acciones para eliminar la causa de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Se tiene establecido un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

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

6.15 Diagnóstico de la situación final del Sistema de Gestión de la Calidad en el Área de Salud de la Delegación de Bienestar Estudiantil

Los resultados son obtenidos a través de la lista de verificación la cual se muestra en el Apéndice (A.2), permite la obtención de los resultados; de acuerdo a las conformidades, no conformidades e incompleto de acuerdo a los “debes” requisitos de la Norma ISO 9001:2008.

Los resultados del diagnóstico se obtuvieron a través de las siguientes expresiones:

Una vez Propuesto el diseño de la mayor parte de la documentación necesaria para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad basada en las Normas ISO 9001:2008, se realizó una nueva evaluación o diagnóstico del sistema; con el mismo procedimiento de cálculo utilizado para determinar la condición final del sistema, de manera de mostrar el porcentaje (%) de avance obtenido finalmente con relación a la documentación propuesta con respecto al obtenido en la fase inicial del diseño.

El porcentaje (%) restante se lograría con la implantación, ejecución y seguimiento de las propuestas elaboradas y la elaboración de la documentación faltante.

$$\# \text{ Debes} = \sum \text{ Conformidades} + \text{ No conformidades} + \text{ Actividades Incompletas.} \quad (6.5)$$

$$\% \text{ Conformidad} = \sum \text{ Conformidades} / \# \text{ Debes.} \quad (6.6)$$

$$\% \text{ No conformidades} = \sum \text{ No conformidades} / \# \text{ Debes.} \quad (6.7)$$

$$\% \text{ Actividades Incompletas} = \text{ Actividades Incompletas} / \# \text{ Debes.} \quad (6.8)$$

Estas expresiones son utilizadas para cada capítulo de la norma.

A continuación se muestran los resultados obtenidos por cada capítulo de la norma; indicando el número de conformidad, no conformidad y de actividades incompleta (Tabla 6.1).

Tabla 6.2 Resultados de la Auditoría Diagnóstica.

CAPITULO	#	Conforme	No conforme	Incompleto
Capítulo 4	26	100%	0%	0%
Capítulo 5	36	86,11%	8,33%	5,55%
Capítulo 6	14	64,28%	0%	35,71%
Capítulo 7	50	76%	2%	22%
Capítulo 8	56	80,35%	19,64%	0%

- a) Capítulo (4) Sistema de Gestión de la Calidad.
- b) Capítulo (5) Responsabilidad de la Dirección.
- c) Capítulo (6) Gestión de Recursos.

- d) Capítulo (7) Realización del Producto.
- e) Capítulo (8) Medición, Análisis y Mejoras.

La Figura 6.6 indica el estado final del Sistema de Gestión de Calidad y su no conformidad con los requisitos exigidos por la Norma ISO 9001:2008, ya que representa un 6 % de incumplimiento de los deberes exigidos por la Norma ISO 9001:2008; por ende se puede observar un 81% del total de deberes conforme y un 13% de actividades incompletas, que se realizan pero no existen la evidencia suficiente que respalde el Sistema de Gestión de la Calidad. (Figura 6.6).

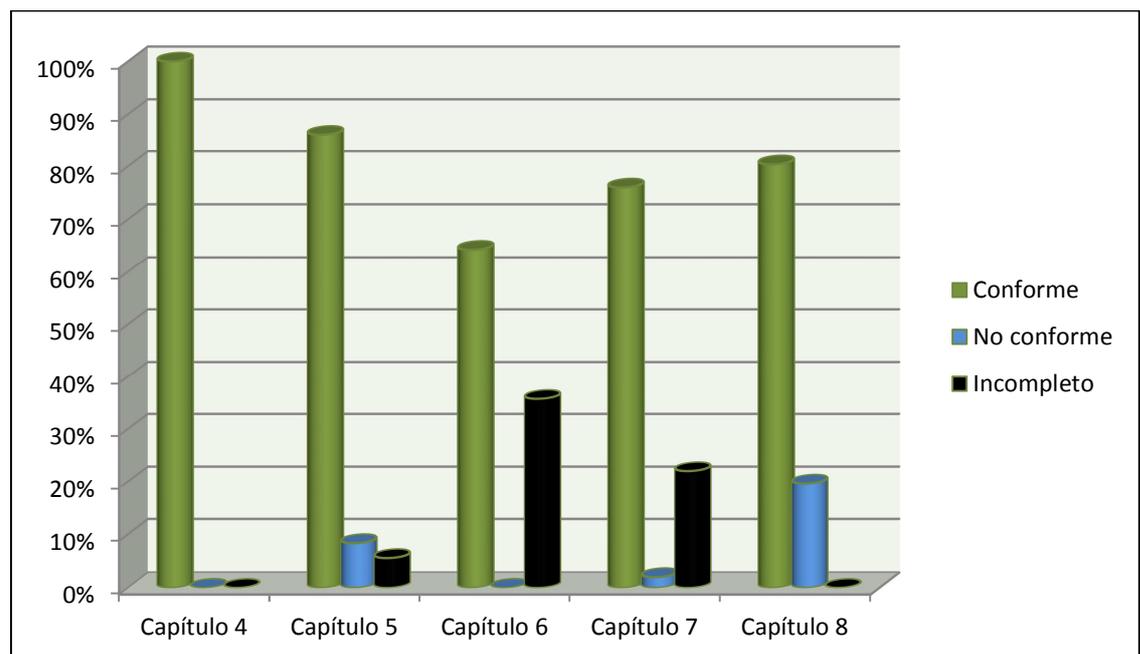


Figura 6.6 Resultados de la Auditoría Diagnóstica Final.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En cuanto a los aspectos generales del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar:

1. El Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, no cuenta con un manual de políticas y procedimientos donde se indiquen los métodos para los procesos y las actividades que allí se efectúan, trayendo como consecuencia la existencia de trabajadores con desconocimiento de las reglas que deben seguir dentro del departamento y en las actividades que éstos deben efectuar.

2. La falta de recursos necesarios para adquirir los equipos, también conlleva a que, se deben realizar autorizaciones de pago y seguir una serie de procedimientos para poder adquirir los materiales requeridos para el desempeño de los procedimientos del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

En cuanto a la evaluación inicial del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud:

3. La evaluación inicial del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; expresó respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma un 78,57% de no conformidad, Promovido por la ausencia procedimientos y flujogramas de proceso; y los registros necesarios para sustentar la eficacia y eficiencia del sistema.

4. Se descartó la cláusula 7.3 Diseño y Desarrollo, debido a que el servicio que presta el Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, se rige a través de una serie de pautas establecidas por la alta dirección. Igualmente se excluyeron la cláusula 7.4 Compras, 7.5.3 Identificación y Trazabilidad y 7.5.5. Preservación del Producto.

5. La elaboración del diagrama causa-efecto y la Matriz FODA se observó de forma clara y precisa la situación actual del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; mostrando las principales fallas del área así, como la necesidad de incorporar técnicas de evaluación y control en el proceso que son de gran utilidad para el funcionamiento del mismo.

En cuanto a la aplicación del Sistema de Indicadores de Gestión de la Calidad basado en la norma ISO 9001:2008:

6. Los flujogramas y mapas del proceso estructurados de forma clara y precisa muestran las actividades medulares involucradas en el proceso siendo de gran utilidad para los empleados del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

7. La evaluación final del Sistema de Gestión de la Calidad del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; expresó respecto al cumplimiento de los requisitos exigidos por la norma un 6 % de incumplimiento de los deberes exigidos por la Norma ISO 9001:2008; por ende se puede observar un 81% del total de deberes conforme y un 13% de actividades incompletas, que se realizan.

Recomendaciones

1. Se sugiere elaborar un manual de la calidad donde se indiquen las reglas, tareas, comportamientos y lineamientos para los procesos y las actividades que allí se efectúan con el fin de que todo el personal tenga conocimiento de todas y cada uno de los métodos y procedimientos a seguir en la ejecución de sus actividades e impulsar de esta manera el mejoramiento continuo del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

2. Diseñar y aplicar encuestas en el Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, dirigidas al cliente, para conocer el grado de satisfacción con el servicio prestado bajo el nuevo sistema.

3. Establecer y cumplir un plan de adiestramiento en el ámbito de calidad, donde se incluya a todo el personal del Área de Salud de Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, lográndose con esto que el personal maneje eficazmente los términos de calidad y conozca los requisitos por la Norma ISO 9001:2000; facilitando de esta manera el desarrollo de la implantación.

4. Promover los beneficios de los indicadores de gestión; que permitan realizar seguimiento, medición y análisis de los proceso del Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar.

5. Implantar técnicas de evaluación y hacer seguimiento a los procedimientos generales, los procedimientos operacionales de trabajo, los registros y todas las actividades realizadas en el Área de Salud Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, con la finalidad de cumplir

con las especificaciones requeridas por los clientes y garantizar un servicio de la más alta calidad.

6. Se recomienda realizar y promover este tipo de estudio en la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, ya que proporcionan la documentación de las reglas, tareas, comportamientos y las actividades que deben ser realizadas por cada departamento también, permiten que todo el personal pueda ejecutar las actividades e impulsar el mejoramiento continuo además, son de gran ayuda para el desarrollo de la práctica profesional de los estudiantes de Ingeniería Industrial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADCAP Consultores Gerenciales. (2005). **ANÁLISIS DE PROCESOS, GENERACIÓN E INTERPRETACIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN Y RESULTADOS**. Caracas, Venezuela. pp. 15-47.

Alfonso, Fernández Hatre, **LIBRO DE INDICADORES DE GESTIÓN Y CUADRO DE MANDO INTEGRAL**, P - 45.

Alvear, Tatiana y Ronda Ceballos, Carlos (2005). **SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL CONTROL DE GESTIÓN**. Universidad de Chile, Chile, P – 162.

Chiavenato, Idalberto (2002). **ADMINISTRACIÓN DE LOS NUEVOS TIEMPOS**. Editorial Mc Graw Hill. Colombia, pp 639-653.

Covarrubias, Carlos (2003). **DESARROLLO DE INDICADORES PARA EL CONTROL DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA, A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DEL CUADRO DE MANDO INTEGRAL, EN EL CENTRO DE FORMACIÓN TÉCNICA ZIPTER S.A**. Universidad Católica de Valparaíso, Valparaíso, pp 6 – 10.

Jurón, J. M. (1992), **MANUAL DE CONTROL DE CALIDAD; VOLUMEN 1; EDITORIAL REVERTÉ COLOMBIANA, BOGOTÁ COLOMBIA**, P – 185.

Kjell, Zandin. (2005). **MAYNARD, MANUAL DEL INGENIERO INDUSTRIAL. TOMO II**. Editorial MacGraw-Hill Quinta Edición. México, pp 16.27 – 16.30.

Millán Caraballo, Ediángel. (2009). **SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE MANTENIMIENTO EN LA CORPORACIÓN VENEZOLANA DE GUAYANA (C.V.G.) CARBONES DEL ORINOCO C.A. (CARBONORCA), MUNICIPIO CARONÍ - ESTADO BOLÍVAR.** Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, pp 46 – 72.

Narváez, R. (1997). **ORIENTACIÓN Y PRÁCTICA PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES DE INVESTIGACIÓN.** Editorial Unexpo. Venezuela, pp. 15-47.

Normas Internacional ISO 9001-2008 **“SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – REQUISITOS”** cuarta edición. 15 de noviembre de 2008.

Omega Consultores Gerenciales. (2005). **METODOLOGÍA PARA LA NORMALIZACIÓN DE PROCESOS Y SUS INDICADORES,** pp. 72-77.

Sabino, Carlos (2002). **EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN.** Editorial Panapo. Venezuela, pp 154 – 215.

Sampieri R.H., Collado C.F., Lucio P.B. (2004) **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.** Editorial Mc Graw Hill. Tercera Edición. México, pp 117 – 285.

Rodríguez, Francisco y Gómez Bravo Luis (1997). **INDICADORES DE CALIDAD Y PRODUCTIVIDAD EN LA EMPRESA,** pp 7 – 13.

Rojas, Yovanna y Moya, Diana (2004). **DISEÑO DE INDICADORES PARA EL CONTROL DE LA GESTIÓN DE LA PLANTA DE PRODUCCIÓN DE ESPECIALIDADES CÁRNICAS CARULLA VIVERO S.A.** Universidad de los Andes, P – 165.

Santos A., Páez F. (2006). **NORMALIZACIÓN DE INDICADORES PARA EL CONTROL DE GESTIÓN DE LOS PROCESOS CLAVES DEL ÁREA DE ARCHIVO TÉCNICO DEL DEPARTAMENTO INGENIERÍA DE MANTENIMIENTO DE LA DIVISIÓN PLANTA GURI - C.V.G EDELCA.** Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, pp 62 – 95.

Trabanca Rodríguez, Lorelvis Trinidad (2003). **ANÁLISIS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO DE ESTUDIOS INTEGRADOS DE LA UNIDAD DE YACIMIENTOS EXTRAPESADOS DISTRITO SAN TOME PETROLEROS DE VENEZUELA S.A.** Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, pp 62 – 95.

Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar (2000). **GUIA PARA LA ELABORACION DE TRABAJOS DE GRADO.**

Consultas hechas por Internet:

Bahamón L, José H. **CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES DE GESTIÓN.** http://www.icesi.edu.co/esn/contenido/pdfs/jbahamon_const-ind-gestion.pdf. [Consulta 2009, octubre 21]

Cabrera Liliana. **INDICADORES DE GESTIÓN COMO INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE LAS METAS.** <http://www.monografías.com/trabajos11/lpantac>. [Consulta 2005, noviembre 10]

Fondonorma. (2008). <http://www.fondonorma.com>. [Consulta 2009, octubre 27]

Molina María Alejandra (2005). **DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL ARCHIVO DE REDACCIÓN DE LA EDITORA EL NACIONAL.** <http://www.google.com.ve>. [Consulta 2009, Junio 27]

APÉNDICES

APÉNDICE A

ANÁLISIS DE LA NORMA, LISTA DE NO CONFORMIDADES

Tabla A.1: Lista de Verificación ISO 9001:2008. (EVALUACIÓN INICIAL)

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
4 Sistema de Gestión de la Calidad				
4.1 Requisitos Generales				
La organización debe:				
a) Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización				No están elaborados los flujogramas y mapas de procesos.
b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.				No están elaborados los flujogramas y mapas de procesos.
c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.				No se cuenta con procedimientos operacionales, ni con el plan de la calidad.
d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos				No hay evidencia del cumplimiento y seguimiento del mismo.
e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.				No están establecidos los indicadores de gestión, por lo tanto no hay medición y seguimiento del proceso.
f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.				No están definidos los procedimientos generales de acción correctiva y preventiva.
La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional.				No cumplen con todos los requisitos.
En los casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos.				No están definidos los acuerdos de servicios.
4.2 Requisitos de la Documentación				
4.2.1 Generalidades				
La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:				
a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.				No existe una declaración documentada.
b) Un manual de la calidad.				No está elaborado el manual de la calidad.

c) Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional.				No están definidos los procedimientos generales exigidos por la norma.
d) Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.				No están definidos completamente los procedimientos operacionales.
4.2.2 Manual de la Calidad				
La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:				
a) El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los Detalles y la justificación de cualquier exclusión (Véase 1.2).				No está elaborado el manual de calidad.
b) Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia al mismo.				No está elaborado el manual de calidad.
c) Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad				No está elaborado el manual de calidad.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
4.2.3 Control de los documentos				
Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Los registros son un tipo especial de documentos y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en el apartado 4.2.4.				
Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:				
a) Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
b) Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
c) Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión vigente de los documentos				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.

d) Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
e) Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
f) Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
g) Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.				No existe un procedimiento documentado; exigido por la norma ISO 9001:2008.
4.2.4 Control de los Registros				
Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad.				Existen registros generados en el proceso; pero no está definida una lista maestra de control de registro.
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.				No existe un procedimiento documentado exigido por la norma ISO 9001:2008.
Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.				Los registros no están controlados.
5 Responsabilidad de la Dirección				
5.1 Compromiso de la dirección				
La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.				
a) Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.				No existe completa divulgación de los requisitos.
b) Estableciendo la política de la calidad.				No está definida.
c) Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad.				No están definidos.
d) Llevando a cabo las revisiones por la dirección.				No existe un sistema de gestión de la calidad.
e) Asegurando la disponibilidad de recursos.				No se puede evidenciar este requisito.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
5.2 Enfoque al cliente				
La dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (Véase 7.2.1 y 8.2.1)				No están definidos medios para medir la satisfacción del cliente.
5.3 Política de la Calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad				
a) Es adecuada al propósito de la organización.				No está definida la política de la calidad.
b) Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				No está definida la política de la calidad.
c) Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.				No está definida la política de la calidad.
d) Es comunicada y entendida dentro de la organización.				No está definida la política de la calidad.
e) Es revisada para su continua adecuación.				No está definida la política de la calidad.
5.4 Planificación				
5.4.1 Objetivos de la calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos necesarios para cumplir los requisitos para el producto [véase 7.1 a)], se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.				No están definidos.
Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.				No están definidos.
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que:				
a) La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1, así como los objetivos de la calidad.				No se cuenta con los documentos requeridos: manual de la calidad, flujogramas, mapas de procesos, plan de la calidad y procedimientos, etc.
b) Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.				No existe una evidencia de cómo se manejan los cambios en el sistema de gestión de la calidad.
5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación				
5.5.1 Responsabilidad y autoridad				

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.				Las descripciones de puestos están completamente definidas y aprobadas.
5.5.2 Representante de la dirección				
La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:				
a) Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.				
b) Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.				
c) Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.				No se tiene evidencia de la divulgación de los requisitos del cliente en los diferentes niveles de la organización.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
5.5.3 Comunicación interna				
La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				No está definido un procedimiento que defina la comunicación interna.
5.6 Revisión por la dirección				
5.6.1 Generalidades				
La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.				No existe un sistema de gestión de la calidad.
La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de calidad y los objetivos de calidad.				No existe un sistema de gestión de la calidad.
Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección (véase 4.2.4).				No se cuenta con evidencia de las revisiones al sistema de gestión de la

				calidad.
5.6.2 Información para la revisión				
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:				
a) Resultados de auditorías.				No se han realizado auditorías anteriores.
b) Retroalimentación del cliente.				No se ha definido un método para obtener retroalimentación del cliente.
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto.				No hay evidencia.
d) Estado de las acciones correctivas y preventivas.				No se tiene un procedimiento documentado que permita controlar estas acciones.
e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
f) Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
g) Recomendaciones para la mejora.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
5.6.3 Resultados de la revisión				
Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:				
a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
c) Las necesidades de recursos.				No existe evidencia de revisiones anteriores.
6 Gestión de los recursos				
6.1 Provisión de recursos				
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:				
a) Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.				Se cuenta con un presupuesto, pero no hay evidencia de que se cumpla este requisito.
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.				No está definido el acuerdo de suministro.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
6.2 Recursos humanos				
6.2.1 Generalidades				
El personal que realice trabajos que afecten a la calidad del servicio debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				El adiestramiento se realiza, pero no hay evidencia de las habilidades adquiridas por el personal.
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia				
La organización debe:				
a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio.				Las competencias no están definidas en su totalidad.
b) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.				Existe el programa de cursos, pero no se tiene evidencia del cumplimiento del mismo.
c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.				No se tiene definido.
d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.				No se tiene definido el método para informar al trabajador de su importancia para el proceso.
e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia (véase 4.2.4).				No están organizados los registros, falta de control de los mismos.
6.3 Infraestructura				
La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:				
a) Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados.				
b) Equipo para los procesos, (tanto hardware como software).				
c) Servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación).				
6.4 Ambiente de trabajo				
La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				
7 Realización del producto				

7.1 Planificación de la realización del producto			
La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto.			No se cuenta con los flujogramas, mapas de proceso y el plan de la calidad.
La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.1).			No se cuenta con los flujogramas, mapas de proceso y el plan de la calidad.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:				
a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.				No están definidos los objetivos de la calidad ni los requisitos del cliente en un acuerdo de suministro.
b) La necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto.				No está elaborado el plan de la calidad.
c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.				No se tienen acuerdos de suministro, procedimientos operacionales y el plan de la calidad.
d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos (véase 4.2.4).				Existe el registros pero estos no están controlados.
El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.				No se llevan estos controles operativos, ya que no se tiene elaborado el plan de la calidad
7.2 Procesos relacionados con el cliente				
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto				
La organización debe determinar:				
a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.				
b) Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.				No se tienen definidos.

c) Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto.				
d) Cualquier requisito adicional determinado por la organización.				
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto				
La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto.				
Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos) y debe asegurarse de que:				
a) Están definidos los requisitos del producto,				
b) Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				
c) La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.				
Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (véase 4.2.4).				Los registros No están controlados
Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación.				

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
7.2.3 Comunicación con el cliente				
La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a				
a) La información sobre el producto.				No existe evidencia de comunicación.
b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y				
c) La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.				No se ha definido el método o sistema para obtener retroalimentación con el

				cliente y manejar las quejas.
7.3 Diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.4 Compras				NO APLICA
7.4.1 Proceso de compras				NO APLICA
7.4.2 Información de las compras				NO APLICA
7.4.3 Verificación de los productos comprados				NO APLICA
7.5 Producción y prestación del servicio				
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio				
La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.				
Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable				
a) La disponibilidad de información que describa las características del producto.				
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.				No están completamente definidos.
c) El uso del equipo apropiado,				
d) La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición,				
e) La implementación del seguimiento y de la medición.				No están definidos los indicadores
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.				
La organización debe validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. Esto incluye a cualquier proceso en el que las deficiencias se hagan aparentes únicamente después de que el producto este siendo utilizado o se haya prestado el servicio				
La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados				
La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:				
a) Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos,				
b) La aprobación de equipos y calificación del personal,				
c) El uso de métodos y procedimientos específicos				
d) Los requisitos de los registros(Véase 4.2.4), y				
e) La revalidación				
7.5.3 Identificación y trazabilidad				NO APLICA
7.5.4 Propiedad del cliente				NO APLICA
7.5.5 Preservación del producto				NO APLICA
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y de medición				
La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados (véase 7.2.1).				
La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.				

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:				
a) Calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o internacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.				Ausencia de programas de calibración y patrones nacionales o internacionales.
b) Ajustarse o reajustarse según sea necesario.				No se tienen medidas para estos casos.
c) identificarse para poder determinar el estado de calibración.				No se tienen medidas para estos casos.
d) Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.				No se tienen medidas para estos casos.
e) Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.				Los equipos son protegidos, pero no se puede demostrar que los criterios empleados para su resguardo sean los más apropiados.
Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos.				No se tienen medidas para estos casos.
La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.				No existen registros que demuestren las acciones tomadas

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase 4.2.4).				No se mantienen registros.
Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados.				
8 Medición, análisis y mejora				
8.1 Generalidades				
La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:				

a) Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.				
b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y				No se tienen planificadas auditorías ni revisiones por la dirección.
c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				No se tienen planificadas auditorías ni revisiones por la dirección.
Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.				No se tienen definidos una metodología para medición, seguimiento y análisis del S.G.C.
8.2 Seguimiento y medición				
8.2.1 Satisfacción del cliente				
Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.				No están definidos los métodos ni medios para recolectar esta información.
Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.				No están definidos los métodos ni medios para recolectar esta información.
8.2.2 Auditoría interna				
La organización debe llevar a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:				
a) Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización, y				No se cuenta con todos los requeridos exigidos por esta norma.
b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.				Esta en proceso de implementación
Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.				No se tienen planificadas auditorías.
Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.				No se tienen definidos.
La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.				No se tienen definidos como se van a seleccionar y no están planificadas las auditorías.
Los auditores no deben auditar su propio trabajo.				No se tienen planificadas auditorías.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorias, establecer los registros e información de los resultados.				No está definido.
Deben mantenerse registros de las auditorias y de sus resultados.				No se tienen definidos.
La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realicen las correcciones necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.				No están definidas las responsabilidades ni un procedimiento que indique el como se llevara a cabo el cierre de no conformidades.
Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase 8.5.2).				No están definidos medios o procedimientos que indiquen como se realizara el seguimiento y su verificación.
NOTA: Véase las Normas ISO 10011-1, ISO 10011-2 e ISO 10011-3 a modo de orientación.				
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos				
La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.				No tiene métodos definidos para realizar seguimiento al S.G.C.
La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.				No tiene métodos definidos para realizar seguimiento al S.G.C.
Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.				No se tienen definidos métodos, para realizar mediciones o comparaciones.
Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.				No se tiene definido los procedimientos exigidos por la norma (acciones correctivas / acciones preventivas)
8.2.4 Seguimiento y medición del producto				
La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.				
Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas (véase 7.1).				No se tiene el plan de la calidad
Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.				

Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto (véase 4.2.4).				
La liberación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.				
8.3 Control del producto no conforme				
La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifican y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados.				No está definido.
Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.				No están definidos los procedimientos.

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
La organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:				
a) Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;				No se tiene el documento requerido, donde se explique como se trataran estos hallazgos.
b) Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;				No esta definido el acuerdo de suministro.
c) Tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.				
d) Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.				No se mantienen registros.
Cuando se corrige un producto no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.				
Se deben mantener registros (véase 4.2.4) de la naturaleza de las no				No existen registros de las actividades realizadas.

conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.				
8.4 Análisis de datos				
La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				No se tienen definidos los indicadores de gestión.
Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.				No se han realizado auditorías, ni se han empleado otros métodos para realizar una medición.
El análisis de datos debe proporcionar información sobre				
a) La satisfacción del cliente (véase 8.2.1).				No se dispone de métodos para recolectar esta información.
b) La conformidad con los requisitos del producto (véase 7.2.1).				No se tiene definido.
c) las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas (véase 8.2.3 y 8.2.4)				No se tiene el procedimiento exigido por la norma para llevar las acciones preventivas.
d) Los proveedores. (véase 7.4)				
8.5 Mejora				
8.5.1 Mejora continua				
La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.				No se tiene planificación de auditorías, revisiones por la dirección.
8.5.2 Acción correctiva				
La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.				
Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				

Continuación Tabla A.1

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2000	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2000			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:				
a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
b) Determinar las causas de las no conformidades.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
d) Determinar e implementar las acciones necesarias.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
e) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
f) Revisar las acciones correctivas tomadas.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
8.5.3 Acción preventiva				
La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.				No existe evidencia de acciones preventivas anteriores.
Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.				
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:				
a) Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
c) Determinar e implementar las acciones necesarias,				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
d) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.
e) Revisar las acciones preventivas tomadas.				No se tiene elaborado el procedimiento requerido por la norma.

Tabla A.2: Lista de Verificación ISO 9001:2008(EVALUACIÓN FINAL)

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
4 Sistema de Gestión de la Calidad				
4.1 Requisitos Generales				
La organización debe:				
a) Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización				
b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.				
c) Determinar los criterios y métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.				
d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos				
e) Realizar el seguimiento, la medición y el análisis de estos procesos.				
f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.				
La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta norma internacional.				
En los casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos.				
4.2 Requisitos de la Documentación				
4.2.1 Generalidades				
La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:				
a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.				
b) Un manual de la calidad.				
c) Los procedimientos documentados requeridos en esta Norma Internacional.				
d) Los documentos necesitados por la organización para asegurarse de la eficaz				

planificación, operación y control de sus procesos.				
4.2.2 Manual de la Calidad				
La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:				
a) El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión (Véase 1.2).				
b) Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismo.				
c) Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
4.2.3 Control de los documentos				
Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Los registros son un tipo especial de documentos y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en el apartado 4.2.4.				
Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:				
a) Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.				
b) Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.				
c) Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de revisión vigente de los documentos				

d) Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.				
e) Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.				
f) Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución.				
g) Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.				
4.2.4 Control de los Registros				
Los registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz del sistema de gestión de la calidad.				
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los controles necesarios para la identificación, el almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y la disposición de los registros.				
Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.				
5 Responsabilidad de la Dirección				
5.1 Compromiso de la dirección				
La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.				
a) Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios.				No existe completa divulgación de los requisitos.
b) Estableciendo la política de la calidad.				
c) Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad.				
d) Llevando a cabo las revisiones por la dirección.				
e) Asegurando la disponibilidad de recursos.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
5.2 Enfoque al cliente				
La dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (Véase 7.2.1 y 8.2.1)				
5.3 Política de la Calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad				
a) Es adecuada al propósito de la organización.				
b) Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				
c) Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.				
d) Es comunicada y entendida dentro de la organización.				
e) Es revisada para su continua adecuación.				
5.4 Planificación				
5.4.1 Objetivos de la calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquéllos necesarios para cumplir los requisitos para el producto [véase 7.1 a)], se establecen en las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.				
Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.				
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad				
La alta dirección debe asegurarse de que:				
a) La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1, así como los objetivos de la calidad.				
b) Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.				

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación				
5.5.1 Responsabilidad y autoridad				
La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.				
5.5.2 Representante de la dirección				
La alta dirección debe designar un miembro de la dirección quien, con independencia de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:				
a) Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.				
b) Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora.				No se tiene evidencia de la divulgación de los requisitos del cliente en los diferentes niveles de la organización.
c) Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
5.5.3 Comunicación interna				
La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				
5.6 Revisión por la dirección				
5.6.1 Generalidades				
La alta dirección debe, a intervalos planificados, revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.				
La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política				

de calidad y los objetivos de calidad.				
Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección (véase 4.2.4).				
5.6.2 Información para la revisión				
La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:				
a) Resultados de auditorías.				
b) Retroalimentación del cliente.				
c) Desempeño de los procesos y conformidad del producto.				
d) Estado de las acciones correctivas y preventivas.				
e) Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.				
f) Cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.				
g) Recomendaciones para la mejora.				
5.6.3 Resultados de la revisión				
Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:				
a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos.				
b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.				
c) Las necesidades de recursos.				
6 Gestión de los recursos				
6.1 Provisión de recursos				
La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:				
a) Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia.				Se cuenta con un presupuesto, pero no hay evidencia de que se cumpla este requisito.
b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.				No está definido el acuerdo de suministro.
6.2 Recursos humanos				
6.2.1 Generalidades				
El personal que realice trabajos que afecten a la calidad del servicio debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.				El adiestramiento se realiza, pero no hay evidencia de las habilidades adquiridas por el personal.

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia				
La organización debe:				
a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la calidad del servicio.				Las competencias no están definidas en su totalidad.
b) Proporcionar formación o tomar otras acciones para satisfacer dichas necesidades.				Existe el programa de cursos, pero no se tiene evidencia del cumplimiento del mismo.
c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.				No se tiene definido.
d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.				No se tiene definido el método para informar al trabajador de su importancia para el proceso.
e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia (véase 4.2.4).				No están organizados los registros, falta de control de los mismos.
6.3 Infraestructura				
La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:				
a) Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados.				
b) Equipo para los procesos, (tanto hardware como software).				
c) Servicios de apoyo tales (como transporte o comunicación).				
6.4 Ambiente de trabajo				
La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del servicio.				
7 Realización del producto				
7.1 Planificación de la realización del producto				
La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto.				
La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los				

requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.1).				
Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:				
a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.				
b) La necesidad de establecer procesos, documentos y de proporcionar recursos específicos para el producto.				
c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.				
d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos (véase 4.2.4).				
El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
7.2 Procesos relacionados con el cliente				
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto				
La organización debe determinar:				
a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma.				
b) Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido.				No se tienen definidos.
c) Los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el producto.				
d) Cualquier requisito adicional determinado por la organización.				
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto				
La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto.				

Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos) y debe asegurarse de que:				
a) Están definidos los requisitos del producto,				
b) Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.				
c) La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.				
Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (véase 4.2.4).				Los registros No están controlados
Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación.				
7.2.3 Comunicación con el cliente				
La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a				
a) La información sobre el producto.				No existe evidencia de comunicación.
b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y				
c) La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.				No se ha definido el método o sistema para obtener retroalimentación con el cliente y manejar las quejas.
7.3 Diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo				NO APLICA

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo				NO APLICA
7.4 Compras				NO APLICA
7.4.1 Proceso de compras				NO APLICA
7.4.2 Información de las compras				NO APLICA
7.4.3 Verificación de los productos comprados				NO APLICA
7.5 Producción y prestación del servicio				
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio				
La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.				
Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable				
a) La disponibilidad de información que describa las características del producto.				
b) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.				
c) El uso del equipo apropiado,				
d) La disponibilidad y uso de dispositivos de seguimiento y medición,				
e) La implementación del seguimiento y de la medición.				
f) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio.				
La organización debe validar aquellos procesos de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores. Esto incluye a cualquier proceso en el que las deficiencias se hagan aparentes únicamente después de que el producto este siendo utilizado o se haya prestado el servicio				

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados				
La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:				
a) Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos,				
b) La aprobación de equipos y calificación del personal,				
c) El uso de métodos y procedimientos específicos				
d) Los requisitos de los registros(Véase 4.2.4), y				
e) La revalidación				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
7.5.3 Identificación y trazabilidad				NO APLICA
7.5.4 Propiedad del cliente				NO APLICA
7.5.5 Preservación del producto				NO APLICA
7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y de medición				
La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar, y los dispositivos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados (véase 7.2.1).				
La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.				
Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:				
a) Calibrarse o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición nacionales o				

internacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación.				
b) Ajustarse o reajustarse según sea necesario.				
c) identificarse para poder determinar el estado de calibración.				
d) Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.				
e) Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.				
Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos.				
La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.				
Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase 4.2.4).				
Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando éstos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados.				
8 Medición, análisis y mejora				
8.1 Generalidades				
La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:				
a) Demostrar la conformidad con los requisitos del producto.				
b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y				
c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				
Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
8.2 Seguimiento y medición				
8.2.1 Satisfacción del cliente				
Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización.				
Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.				
8.2.2 Auditoría interna				
La organización debe llevar a cabo a intervalos planificados auditorías internas para determinar si el sistema de gestión de la calidad:				
a) Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización, y				No se cuenta con todos los requeridos exigidos por esta norma.
b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.				Esta en proceso de implementación
Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas.				No se tienen planificadas auditorías.
Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y metodología.				No se tienen definidos.
La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría.				No se tienen definidos como se van a seleccionar y no están planificadas las auditorías.
Los auditores no deben auditar su propio trabajo.				No se tienen planificadas auditorías.
Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e información de los resultados.				No está definido.
Deben mantenerse registros de las auditorías y de sus resultados.				No se tienen definidos.
La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de				No están definidas las responsabilidades ni un procedimiento que indique el

que se realicen las correcciones necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.				como se llevara a cabo el cierre de no conformidades.
Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase 8.5.2).				No están definidos medios o procedimientos que indiquen como se realizara el seguimiento y su verificación.
NOTA: Véase las Normas ISO 10011-1, ISO 10011-2 e ISO 10011-3 a modo de orientación.				
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos				
La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad.				
Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.				
Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2008	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2008			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
8.2.4 Seguimiento y medición del producto				
La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.				
Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas (véase 7.1).				
Debe mantenerse evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación. Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto (véase 4.2.4).				

La liberación del producto y la prestación del servicio no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.				
8.3 Control del producto no conforme				
La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifican y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados.				
Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.				
La organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:				
a) Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada;				
b) Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente;				
c) Tomando acciones para impedir su uso o aplicación originalmente previsto.				
d) Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.				
Cuando se corrige un producto no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.				
Se deben mantener registros (véase 4.2.4) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.				
8.4 Análisis de datos				
La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.				

Continuación Tabla A.2

REQUISITOS "DEBE" NORMA 9001:2000	LISTA DE VERIFICACIÓN ISO 9001:2000			OBSERVACIÓN/NO CONFORMIDAD
		C	NC	
Esto debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.				
El análisis de datos debe proporcionar información sobre				
a) La satisfacción del cliente (véase 8.2.1).				
b) La conformidad con los requisitos del producto (véase 7.2.1),				
c) las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas (véase 8.2.3 y 8.2.4)				
d) Los proveedores. (véase 7.4)				
8.5 Mejora				
8.5.1 Mejora continua				
La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.				
8.5.2 Acción correctiva				
La organización debe tomar acciones para eliminar la causa de no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir.				
Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.				
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:				
a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),				
b) Determinar las causas de las no conformidades.				
c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir.				
d) Determinar e implementar las acciones necesarias.				

e) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y				
f) Revisar las acciones correctivas tomadas.				
8.5.3 Acción preventiva				
La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.				
Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.				
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:				
a) Determinar las no conformidades potenciales y sus causas.				
b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades.				
c) Determinar e implementar las acciones necesarias,				
d) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4), y				
e) Revisar las acciones preventivas tomadas.				

APÉNDICE B

PROGRAMA DE DESCRIPCIÓN E INTERACCIÓN DE LOS PROCESOS

Tabla B.1 Programa de descripción e interacción de los procesos pagina N° 1.

	Descripción de los Procesos (Nombre de Proceso)
	Fecha de Vigencia
	Pagina N° 1-2

UNIDAD RESPONSABLE		
DUEÑO DEL PROCESO		
OBJETIVO		
ALCANCE		
PROCESOS QUE INTERACTUAN		
DOCUMENTOS RELACIONADOS		
REQUISITOS		
RECURSOS		
Equipos:	Hardware:	Software:
Servicios de Apoyo:	Equipos de Protección Personal:	
Otros Materiales:	Espacio Físico:	
Archivo Activo:	Archivo Inactivo:	

MEDICION DEL PROCESO									
Indicador		Cuantificador			Unidad		Medida		Frecuencia
DISTRIBUCIÓN									
REGISTROS									
								Tiempo de Retención	
								A	L
Elaborado por:					Aprobado por:				
Jefa del Área de Salud					Delegado de Bienestar Estudiantil				
Firma:					Firma:				

Tabla D.1 Plan de auditorías internas.

	Descripción de los Procesos (Nombre de Proceso)
	Fecha de Vigencia
	Página N°

PLAN DE AUDITORIA DEL ÁREA DE SALUD				Normas de referencia:
EQUIPO AUDITOR		Nombre	Iniciales	
Auditor Jefe:				
Auditor:				
Auditor Observador:				
CENTRO	ÁREA AUDITADA	RESPONSABLES AUDITADOS	AUDITOR (Iniciales)	FECHA Y DURACIÓN

Tabla F.1 Informe de auditorías internas pagina N° 1.

	Informe de Auditoría Interna	
	Fecha de Vigencia	Responsable:
	Pagina N°: 1-2	N° de Revisión:

N° de Auditoría:		Fecha de Informe:		
Periodo Revisado:		Fecha de la Revisión:		
Objetivo:				
Alcance		Área Auditada		
Se Revisaron los Procesos:	by.			A
Lugar:				
Auditor Líder:				
Equipo Auditor:				
Criterios:				

Tabla F.2 Informe de auditorías internas pagina N° 2.

	Informe de Auditoría Interna	
	Fecha de Vigencia	Responsable:
	Pagina N°: 2-2	N° de Revisión:

Realización de la Auditoría:
Conclusiones:
Recomendaciones para la Mejora:

Nombre y Firma del Auditor Líder

Encuesta sobre el Área de Salud aplicados a la comunidad estudiantil

Fecha __/__/____/

Nombre: _____ C.I.: _____ Edad:

Especialidad: _____

Semestre: _____

1. ¿Conoce los beneficios que ofrece la Universidad de Oriente a través del Área de Salud a los estudiantes?

SI__

NO__

En caso de ser afirmativa la respuesta anterior nombre algunos.

2. ¿Cree que usted que los procedimientos que usa el personal del Área de Salud para informar sobre las ayudantías estudiantiles son eficientes?

SI__

NO__

3. En caso de ser negativa la respuesta anterior nombre algunos métodos que cree usted deberían implementarse para informar a la comunidad estudiantil.

4. ¿Ha utiliza alguna vez los servicios que ofrece el Área de Salud?

SI__

NO__

5. En caso de ser positiva la respuesta diga el nombre del servicio utilizado.

6. ¿Quién es el jefe del Área de Salud?

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5

Título	SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008 APLICADOS EN EL ÁREA DE SALUD PERTENECIENTE A LA DELEGACIÓN DE DESARROLLO ESTUDIANTIL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE NÚCLEO BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR.
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Hernández C. Aura Y.	CVLAC	16.747.740
	e-mail	caura-yesi@hotmail.com
	e-mail	
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Indicadores de gestión
Norma ISO 9001:2008
Área de salud
Gestión de la Calidad
Gerencia

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ingeniería Industrial	Departamento de Ingeniería Industrial

Resumen (abstract):

Un Sistema de Gestión de la Calidad, es una decisión estratégica de la alta gerencia de la organización, sin embargo, el diseño y la implementación están influenciados por las diferentes necesidades y objetivos particulares, en donde, no solo va dirigida a la conformidad o aseguramiento de la calidad, sino también a demostrar su capacidad para lograr aumentar la satisfacción del cliente, mediante el seguimiento, medición, análisis y mejoras del proceso. El desarrollo de éste trabajo, presenta el Sistema de Indicadores de Gestión Basado en la Norma ISO 9001:2008 Aplicados en el Área de Salud Perteneciente a la Delegación de Desarrollo Estudiantil de la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar. El desarrollo del trabajo se inicia con la observación directa del proceso a estudiar y la recopilación de información mediante entrevistas realizadas al personal involucrado con el área en estudio. Para ello se realizó una inspección general al proceso, apoyada en la Lista de Verificación ISO 9001:2008. También se utilizó la herramienta Causa-Efecto que permitió detectar las causas principales y secundarias que afectan al proceso; clasificándolas y vinculándolas entre sí. Las descripciones de cargo; permitieron conocer los deberes y responsabilidades del personal involucrado con el proceso y con el sistema de gestión de la calidad. Se organizaron las operaciones realizadas en el proceso; por medio de los flujogramas y mapas de proceso que permitieron identificar la secuencia e interacción de los mismos, todo relacionado con la prestación del servicio. Al igual se establecieron los métodos y procedimientos para la operación y control del mismo; siendo estos de gran importancia en la planificación de la calidad del servicio, esta planificación de la calidad permite asegurar la continuidad y la confiabilidad de las operaciones y a la vez lograr un control de calidad a lo largo del proceso de atención al cliente, permitiendo también controlar y monitorear cada etapa del mismo; y poder corregir las desviaciones que puedan detectarse en cada fase. Se establecieron los indicadores de gestión que permitirán realizar seguimiento, medición y análisis del proceso.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Franco Luis	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	8.895.654
	e-mail	luisfranco@yahoo.com
	e-mail	
Rubio Yanitza	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Lima Yockling	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	8.860.462
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2010	06	10
------	----	----

Lenguaje: spa _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008.doc	Application/msword

Alcance:

Espacial : _____ (Opcional)

Temporal: 10 Años _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Ingeniero Industrial _____

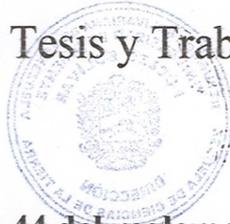
Nivel Asociado con el Trabajo: **Pregrado** _____

Área de Estudio: **Departamento de industrial** _____

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: **Universidad de Oriente** _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/5

Derechos:



De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grado
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la
Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el
consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al
Consejo Universitario”

Condiciones bajo las cuales los autores aceptan que el trabajo sea distribuido. La idea es dar la máxima distribución posible a las ideas contenidas en el trabajo, salvaguardando al mismo tiempo los derechos de propiedad intelectual de los realizadores del trabajo, y los beneficios para los autores y/o la Universidad de Oriente que pudieran derivarse de patentes comerciales o industriales.

AUTOR 1

TUTOR

AUTOR 2

JURADO 1

AUTOR 3

JURADO 2

POR LA SUBCOMISIÓN DE TESIS: