

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL
DE LAS AMÉRICAS
CARRERA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR
POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN INGENIERÍA
INDUSTRIAL**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
BAJO LA NORMATIVA INTE-ISO 9001:2015 EN LA
DIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES Y SALUD
DEL INS**

AUTOR:

ANTHONY BONILLA QUIROS

TUTOR:

ING. ALLAN MAROTO COTO

LECTOR:

ING. JESICA HERNÁNDEZ VARGAS

SAN JOSÉ, ABRIL, 2019

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios todo poderoso, que me ha mantenido con salud y con las capacidades para estudiar y desarrollar una investigación como medio para alcanzar mis objetivos de vida y profesionales. Además, está dedicada a mi familia, quienes siempre han estado a mi lado dándome su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos.

Sin el apoyo de mis padres difícilmente hubiera alcanzado muchos de los triunfos que he adquirido en el ámbito laboral, profesional y de vida. Todos esos consejos, todas esas enseñanzas desde niño hasta el día de hoy me formaron como persona.

Por último, está dedicada a todas aquellas personas que causaron un impacto positivo en mi vida, agregando valor, con consejos de vida, experiencias y conocimientos sobre la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Siempre estaré muy agradecido con aquellas personas que de una u otra forma se preocuparon por mi bienestar como persona y en la parte académica. Quiero agradecer al profesor Allan Maroto por orientarme en la elaboración de esta investigación, así como al director de carrera por darme la aprobación de este tema y los requisitos previos de la investigación.

Aprovecho también para agradecer a cada uno de los profesores que, de manera profesional, me enseñaron muchas de las herramientas y conocimientos que actualmente aplico en el INS como ingeniero de procesos.

Sobre esto último siempre estaré muy agradecido con el INS por ser una herramienta clave para alcanzar mis objetivos profesionales y darme la oportunidad de ejercer lo que estudié.

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis se realizó en la Dirección de Seguros Auxiliares y Salud del INS, de ahora en adelante DSAS, dependencia encargada de administrar los seguros solidarios Riesgos del Trabajo (RT) y Seguro Obligatorio de Automóviles (SOA), desde su suscripción hasta su indemnización.

Desde que se dio la apertura del mercado de seguros, el INS ha perdido clientes paulatinamente, debido al ingreso de nuevas aseguradoras al mercado costarricense. Este es un factor crítico en los ingresos financieros, que resultan de la comercialización de seguros. Como consecuencia, la administración superior ha solicitado implementar un Sistema de Gestión de Calidad bajo la normativa INTE-ISO 9001: 2015, como herramienta que asegure la calidad en los procesos y servicios que se brindan en la actualidad para retener o aumentar la cantera de clientes.

No obstante, debido a la complejidad y tamaño del INS, una oportunidad es desarrollar la norma en algún proceso o dependencia en específico y absorber, gradualmente, toda la organización. Para esto, el presente estudio se enfocará en los procesos sustantivos de la DSAS, ya que estos interactúan con el cliente externo.

La forma como se aplique la metodología, la base documental en cuanto a formatos, codificación, política de calidad, objetivos, entre otros, servirá como guía para la implementación del Sistema de calidad en el ámbito institucional.

Como punto de partida se identificaron aspectos críticos en la DSAS, para dar sustento a un posible sistema de calidad ISO 9001: 2015, entre los cuales, según lo recopilado en la Contraloría de Servicios del INS, en promedio se reciben 8 quejas diarias sobre los procesos de indemnización de los seguros solidarios y los tiempos de atención en las plataformas de pagos es una de las quejas más comunes.

Otro aspecto clave detectado es la debilidad en la parte documental, ya que el INS cuenta con un mapa de macroprocesos que se elaboró con el fin de gestionar un enfoque por procesos, sin embargo, en la DSAS no están identificados y documentados. Esto es crítico para el análisis e implementación de un SGC debido a que este requiere de un enfoque de procesos.

Debido a lo anterior, para evaluar la norma se realizó un mapeo de procesos en el que se

identificaron los siguientes:

- Aceptación Administrativa de casos SOA y RT.
- Pago de Prestaciones Económicas.
- Pago a proveedores.
- Suscripción de SOA.

Una vez mapeados e identificados los procesos, se realizó el diagnóstico de la situación actual de la base documental contra la esperada por la norma, esto con base en la pirámide documental ideal. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Aceptación Administrativa de casos SOA y RT: 50 %.
- Pago de Prestaciones Económicas: 38 %.
- Pago a proveedores: 38 %.
- Suscripción de SOA: 63 %.

Estos porcentajes indican que hay documentación inexistente, por lo tanto, debe crearse para mostrar evidencias de que se tienen controles y estándares ante auditorías internas y externas.

Asimismo, se realizaron sesiones de trabajo con los dueños de procesos. Se utilizó una lista de comprobación, en paralelo con verificación de campo (solicitando evidencia), para evaluar el cumplimiento de requisitos que define la ISO 9001:2015, contra la base documental actual y se obtuvieron los siguientes resultados:

- Capítulo 4: 21 %.
- Capítulo 5: 47 %.
- Capítulo 6: 16 %.
- Capítulo 7: 31 %.
- Capítulo 8: 55 %.
- Capítulo 9: 27 %.

- Capítulo 10: 8 %.

De los porcentajes obtenidos se observa que solo el capítulo 8 supera al menos un 50 % del total de requisitos que pide la norma en este capítulo, el resto está por debajo de la mitad de los requisitos. Esto evidencia que en la DSAS existen brechas de documentación muy grandes por elaborar si se quiere una certificación ISO de calidad.

En términos generales y al promediar los porcentajes de cada uno de los capítulos se obtiene una calificación global de calidad de un 29 %. Este resultado muy bajo para una dependencia del INS, lo que demuestra que es necesario elaborar la base documental que asegure la conformidad de los requisitos de la norma.

Como propuesta a las problemáticas citadas se realizó lo siguiente en busca de cumplir con los requisitos de la norma que no cumplen parcial o totalmente:

- Un plan de actualización de documentos obsoletos y propuesta de la elaboración de los procedimientos o manuales en los que existan riesgos o alta probabilidad de no conformidades.
- Diseñar una base documental para el SGC compuesta por los procesos de calidad y procesos operativos, procedimientos actualizados, registros de control, manuales de proceso sugeridos, fichas de procesos, entre otros.
- Propuesta de una política y objetivos de calidad.
- Proponer un modelo de integración de la evaluación de Riesgos del INS tropicalizada al ISO (evaluando todos los riesgos que detalle la norma). Además, la evaluación y control de los proveedores internos (dependencias técnicas del INS que proveen recursos).
- Propuesta de requerimientos mínimos para evaluar el servicio de la RSS como proveedor de servicios externo.
- Propuesta para elaborar auditorías internas.
- Propuesta de integración entre las no conformidades y los procesos de mejora del INS a cargo del Departamento Gestión de Calidad.

- Propuesta de una comisión de calidad conformada por la gerencia para evaluar y medir el SGC.
- Costos asociados con INTECO en caso de una posible certificación.

La base documental propuesta se compone de 51 documentos, de los cuales 17 ya existían y 34 se elaboran o proponen en esta investigación. Finalmente, se define una guía de cómo implantar SGC en otras dependencias del INS y se define un estándar que facilite esta labor.

ABREVIATURAS

ISO: Internacional Organization for Estandarization.

INTECO: Instituto de normas técnicas de Costa Rica.

SGC: Sistema de Gestión de Calidad.

DSAS: Dirección de Servicios Auxiliares y Salud.

INS: Instituto Nacional de Seguros.

SOA: Seguros Obligatorio de Automóviles.

RT: Riesgos del Trabajo.

DGC: Departamento Gestión de Calidad.

PAO: Plan Anual Operativo.

SIVIPRO: Sistema Virtual de Procedimientos.

CONTENIDO

Dedicatoria	1
Agradecimientos.....	2
Carta de Aprobación del Tutor.....	3
Carta de Revisión Filológica	4
Solicitud de Defensa del Estudiante.....	5
Declaración Jurada	6
Código de Ética	7
Resumen Ejecutivo.....	9
Abreviaturas	13
Contenido	14
Tablas	20
Figuras.....	22
Capítulo I Introducción	24
Generalidades de la Empresa.....	25
Historia.....	26
Misión	26
Visión.....	26
Oferta de Valor	26
Organización.....	27

Planteamiento del Problema	30
Objetivos.....	31
Objetivo General.....	31
Objetivos Específicos	32
Justificación	32
Antecedentes.....	34
Proyecciones.....	38
Capítulo II Marco Teórico.....	39
Conceptos	39
Norma ISO 9001: 2015.....	39
Requisitos de la Norma ISO 9001:2015	41
Sistema Gestión de Calidad	41
Enfoque con Base en Riesgos	42
Mejora Continua Aplicada a la Norma ISO 9001:2015	42
Análisis FODA	43
Metodología DMAIC.....	43
Análisis Situación Actual	44
Mapa de Procesos	44
Diagramas de Flujo.....	45
Evaluación de Requisitos de Gestión de Calidad	46

Evaluación del Sistema Documental Actual.....	47
Etapas de Implementación de un SGC	47
Ingeniería de Calidad	48
Diseño del Sistema de Calidad	48
Documentación del SGC	49
Puesta en Marcha del SGC	51
Auditorías Internas.....	52
Auditorías Externas y Certificación.....	52
Pasos para la Implementación de la Base del SGC	53
Evaluación Económica de Proyectos.....	54
Capítulo III Marco Metodológico	55
Enfoque de la Investigación	55
Enfoque cuantitativo	55
Enfoque cualitativo	55
Enfoque mixto.....	55
Diseño.....	56
Investigación exploratoria.....	56
Investigación descriptiva	56
Investigación correlacional	56
Investigación explicativa	56

Muestra de la Investigación.....	57
Variables.....	57
Instrumentos.....	59
Proceso para la recolección de Datos.....	61
Método de Análisis.....	62
Cronograma.....	62
Capítulo IV Análisis Situación Actual.....	65
Identificación de Macroprocesos de la DSAS.....	67
Identificación de Procesos Sustantivos de la DSAS.....	70
Situación Actual de Procesos Sustantivos DSAS.....	72
Análisis de Reprocesos.....	72
Proceso Aceptación de Casos Administrativa de SOA y RT.....	72
Proceso Pago a Proveedores.....	73
Proceso Pago Prestaciones Económicas.....	73
Proceso Suscripción de SOA.....	74
Análisis del Sistema Documental de los Procesos.....	74
Proceso Aceptación de Casos Administrativa de SOA y RT.....	77
Proceso Pago Prestaciones Económicas.....	78
Proceso Pago a Proveedores.....	79
Proceso Suscripción SOA.....	79

Evaluación del SGC Actual en la DSAS	80
Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones.....	91
Conclusiones.....	91
Procesos	91
Calidad	91
Sistema Documental Actual.....	92
Sistema de Medición.....	92
Evaluación del SGC Actual Vs. Norma ISO 9001:2015	92
Recomendaciones	93
Capítulo VI Propuesta	96
Plan de Implementación del SGC en la DSAS.....	98
Entradas al SGC y Su Alcance	100
Desarrollo del Capítulo 4 Contexto de la Organización	100
Planificación y Despliegue del SGC en la DSAS.....	109
Desarrollo del Capítulo 5 Liderazgo.....	109
Desarrollo del Capítulo 6 Planificación.....	113
Desarrollo de Capítulo 7 Apoyo	120
Desarrollo del Capítulo 8 Operación	124
Evaluación y Mejora del SGC	132
Desarrollo del Capítulo 9 Evaluación del Desempeño	132

Desarrollo del Capítulo 10 Mejora	137
Resumen de la Base Documental Propuesta.....	138
Propuesta Organizativa y Económica del SGC	141
Estructura Organizativa	141
Evaluación Económica	141
Propuesta de Despliegue en INS.....	144
Plan de Mantenimiento al SGC	145
Factores Críticos de Éxito.....	147
Referencias	149
Apéndices	151

TABLAS

Tabla 1. Herramientas de la Ingeniería de la Calidad Aplicables al Capítulo 8 de la Norma.....	37
Tabla 2. Herramientas de la Ingeniería de la Calidad Aplicables al Capítulo 10 de la Norma.....	37
Tabla 3. Matriz de Despliegue de Requisitos.....	47
Tabla 4. Variables de la Investigación	58
Tabla 5. Instrumentos de la Investigación.....	60
Tabla 6. Impactos de Mala Calidad en Clientes Externos de la DSAS.....	70
Tabla 7. Distribución de Procesos entre las Dependencias de la DSAS	72
Tabla 8. Análisis Documental del Proceso Aceptación Administrativa de SOA y RT.....	77
Tabla 9. Análisis Documental del Proceso Pago Prestaciones Económicas	78
Tabla 10. Análisis Documental del Proceso Pago a Proveedores	79
Tabla 11. Análisis Documental del Proceso Suscripción de SOA	80
Tabla 12. Escala de Medición para Evaluación de la Norma ISO 9001:2015 en DSAS	81
Tabla 13. Intervalos de Medición para Evaluación de Cumplimiento SGC	82
Tabla 14. Diagnóstico de los Procesos contra los Requisitos de la Norma ISO 9001:2015	82
Tabla 15. Evaluación del Capítulo 4 Contexto de la Organización	84
Tabla 16. Evaluación del Capítulo 5 Liderazgo	85
Tabla 17. Evaluación del Capítulo 6 Planificación	86
Tabla 18. Evaluación del Capítulo 7 Apoyo	87
Tabla 19. Evaluación del Capítulo 8 Operación	88
Tabla 20. Evaluación del Capítulo 9 Evaluación del Desempeño	89
Tabla 21. Evaluación del Capítulo 10 Mejora.....	90

Tabla 22. Criterios para Determinar Impacto Partes Interesadas	105
Tabla 23. Codificación Propuesta para el SGC en la DSAS	109
Tabla 24. Matriz de Roles y Responsables en el SGC de la DSAS	112
Tabla 25. Resumen Información Requerida en el Proceso de Gestión de Riesgo	116
Tabla 26. Provisión de Recursos en la Actualidad	120
Tabla 27. Matriz de Controles para los Procesos Sustantivos DSAS	128
Tabla 28. Sistema de Medición Propuesto	132
Tabla 29. Cronograma de Auditorías	137
Tabla 30. Propuesta Documental del SGC.....	138
Tabla 31. Costos del Investigador	142
Tabla 32. Costos del Gestor de Calidad	142
Tabla 33. Costos INTECO	143
Tabla 34. Costos Totales del Proyecto	143
Tabla 35. Resultados Gestión en calidad con propuesta	147

FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Organigrama Subgerencia General	28
<i>Figura 2.</i> Organigrama de la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud.....	29
<i>Figura 3.</i> Estructura del Marco Teórico de la Investigación	39
<i>Figura 4.</i> Capítulos de la Norma ISO 9001:2015	40
<i>Figura 5.</i> Puntos de la Norma ISO 9001:2015, según el Enfoque del Ciclo PDCA.....	43
<i>Figura 6.</i> Estructura de un Proceso.....	44
<i>Figura 7.</i> Estructura de un Mapa de Procesos Convencional	45
<i>Figura 8.</i> Etapas de Implementación del SGC.....	48
<i>Figura 9.</i> Pirámide Documental de un Sistema de Gestión de Calidad	50
<i>Figura 10.</i> Codificación para Documentación del SGC	51
<i>Figura 11.</i> Fórmula Análisis Costos Beneficio.....	54
<i>Figura 12.</i> WBS de la Investigación.....	63
<i>Figura 13.</i> Diagrama de Gantt de la Investigación	64
<i>Figura 14.</i> Mapa de Valor Seguros Solidarios.....	66
<i>Figura 15.</i> Mapa por Seguir en el Diagnóstico del SGC	67
<i>Figura 16.</i> Mapa de Procesos del INS	68
<i>Figura 17.</i> Esquema de Procesos Identificados en la DSAS	71
<i>Figura 18.</i> Pirámide Documental de los Procesos Sustantivos de la DSAS Actual	75
<i>Figura 19.</i> Pantallazo Parte Final del Procedimiento VA-001	76
<i>Figura 20.</i> Gráfica de Brechas por Capítulo de la Norma ISO 9001:2015.....	83
<i>Figura 21.</i> Porcentaje Global del Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015.....	84

<i>Figura 22.</i> Esquema de Diseño SGC para la DSAS	96
<i>Figura 23.</i> Desarrollo de Macro Actividades para el Capítulo VI.....	97
<i>Figura 24.</i> Plan de Implementación del SGC en la DSAS	98
<i>Figura 25.</i> Cronograma de Implementación SGC	99
<i>Figura 26.</i> Matriz EFI y EFE DSAS.....	103
<i>Figura 27.</i> Matriz Partes Interesadas	105
<i>Figura 28.</i> Mapa de Procesos de la DSAS	107
<i>Figura 29.</i> Pirámide Documental del SGC en la DSAS	108
<i>Figura 30.</i> Estrategia para Diseño de Política y Objetivos de Calidad en DSAS.....	111
<i>Figura 31.</i> Esquema para Evaluación de Riesgos.....	114
<i>Figura 32.</i> Ciclo de Evaluación de los Objetivos de Calidad	117
<i>Figura 33.</i> Esquema Propuesto para la Obtención de Recursos	121
<i>Figura 34.</i> Esquema de Procesos Sustantivos DSAS	125
<i>Figura 35.</i> Esquema Auditoría Interna DSAS	134
<i>Figura 36.</i> Despliegue Institucional del SGC	144
<i>Figura 37.</i> Modelo de Mantenimiento del SGC	145

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

La presente investigación consiste en el diseño documental de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) bajo la norma INTE-ISO 9001:2015 en la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud, de ahora en adelante DSAS, para los procesos sustantivos que interactúen con los clientes externos, con el fin de facilitar la obtención de una certificación. Sin embargo, está no forma parte de este proyecto.

La DSAS es una dependencia del INS que se encarga de administrar y ejercer gobernanza en los seguros obligatorios: Seguro Obligatorio de Automóviles y el Seguro Riesgos del Trabajo, desde que se realiza la suscripción, hasta la indemnización y controlar la subsidiaria *Red de Servicios de Salud*, encargada de brindar la atención médica de los lesionados amparados por el régimen solidario.

Para el Instituto Nacional de Seguros es de suma importancia mantenerse como la aseguradora número uno del país, ante un mercado exigente, que busca las mejores condiciones en el mercado de seguros. Desde la aprobación de la ley del Mercado de seguros, se dio la apertura a la competencia directa, lo que ocasionó que el INS modificara su planificación y estrategias hacia el cliente.

El principal objetivo de esta investigación es elaborar la base documental de un SGC en los procesos sustantivos de la DSAS, que permita estructurar estos hacia cliente, que tome en cuenta sus especificaciones, controle las no conformidades y los riesgos asociados mediante planes de acción que se basen en la mejora continua como una metodología por seguir por las partes interesadas de la DSAS y que, al mismo tiempo, piense en un posible despliegue al INS como casa matriz.

En la actualidad, el INS y la DSAS tienen un modelo de trabajo empírico, con el que se alcanzan parcialmente los objetivos estratégicos y operaciones, sin tener una estrategia de mejora continua que facilite la recuperación del mercado que se ha perdido con el ingreso de aseguradoras a Costa Rica.

De las aseguradoras que operan en el país, Seguros del Magisterio es la única que cuenta con una certificación INTE-ISO 9001:2015, lo que estratégicamente para el INS no es conveniente,

ya que una certificación ISO 9001 permite:

- Mejorar la imagen de las compañías y confianza en sus clientes.
- Facilitar el alcance de los objetivos de negocio.
- Fortalecer la satisfacción de los clientes internos y externos.
- Aumentar la eficiencia y eficacia en los procesos de la organización.

De los puntos citados anteriormente, todos deben ser parte de la planificación estratégica del INS a largo plazo, ya que es la aseguradora con el mayor porcentaje del mercado, por lo tanto, es importante mantenerse posicionada como la número uno, con el objetivo de ser una institución pública que brinda importantes ingresos al Estado.

Para alcanzar los resultados previstos, se deben desarrollar los siguientes puntos: analizar la situación actual en cuanto a los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, justificación de la investigación, alcances y limitaciones. Por otra parte, este estudio se enfoca en la línea investigativa de diseño, desarrollo y mejoramiento de procesos, ya que para el diseño del SGC es indispensable identificar los procesos, la documentación de control como: procedimientos, registros, formularios entre otros. Además, se deben ligar mediciones que garanticen que cumplan con los requerimientos del cliente y trabajar en el factor cultural en conjunto con el compromiso del personal y la Dirección.

Generalidades de la Empresa

El Instituto Nacional de Seguros, de ahora en adelante INS, es una institución estatal autónoma, dedicada a la venta de seguros en el ámbito nacional e internacional. El INS cuenta con una estructura corporativa que tiene a cargo las siguientes subsidiarias:

- Red de Servicios de Salud (RSS).
- INS SERVICIOS.
- INS SAFI.
- Puesto de bolsa.

- Benemérito cuerpo de bomberos.

Al tener las subsidiarias citadas, el INS se conoce en la actualidad como *Grupo INS*. Esto, según su estructura corporativa, además de tener en su administración al Museo del Jade. A continuación, se describen su historia y generalidades.

Historia

El Instituto Nacional de Seguros (INS) se fundó mediante Ley número 12, el 30 de octubre de 1924 y en su creación tomó parte el Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno, presidente de la República, quien iniciaba su segunda administración (1924-1928), y el Lic. Tomás Soley Güell, Secretario de Hacienda y Comercio, gestor del proyecto.

En sus inicios se llamó Banco Nacional de Seguros, en decreto del 21 de mayo de 1948 cambió su nombre a Instituto Nacional de Seguros (INS) y es el que se mantiene en la actualidad. El INS tuvo a su cargo la administración del monopolio de los seguros desde su creación hasta el 07 de agosto del 2008, fecha en que entró en vigor la Ley número 8653 *Ley Reguladora del Mercado de Seguros*, la cual abrió el mercado y permitió la competencia.

Misión

Somos INS, la empresa aseguradora costarricense, líder, eficiente y sostenible que ofrece protección, mediante productos y servicios de calidad, orientados a la satisfacción del cliente.

Visión

Ser la aseguradora modelo, líder en el mercado local, con una creciente presencia internacional, desarrollando soluciones innovadoras y sostenibles.

Oferta de Valor

Ofrecemos productos y servicios sostenibles que atienden las necesidades de protección del cliente, de forma ágil e innovadora y promueven bienestar.

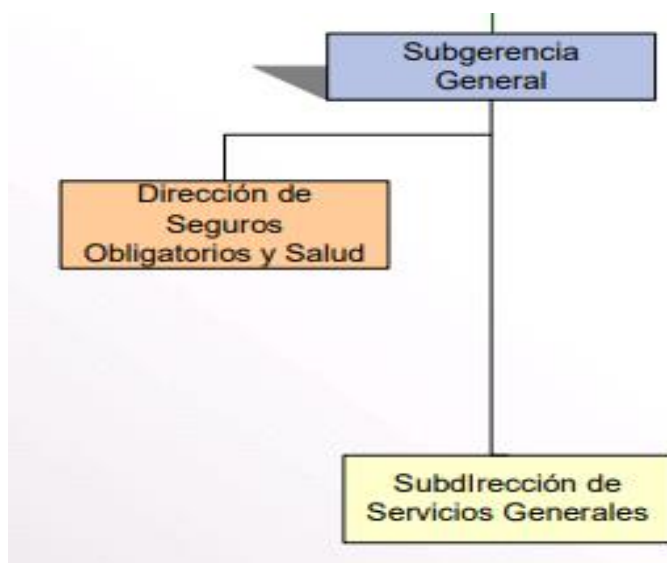
Organización

El Instituto Nacional de Seguros, en su estructura funcional cuenta con los siguientes niveles jerárquicos:

- Junta Directiva.
- Presidencia Ejecutiva.
- Gerencia.
- Subgerencia.
- Dirección.
- Subdirección.
- Departamentos Estratégicos.
- Asesoría.

De las estructuras organizativas descritas, la más importante es la Gerencia, la cual debe velar por el cumplimiento de los objetivos estratégicos formulados en los planes institucionales y, en el caso de los seguros obligatorios, que las líneas estén en números positivos contra los ingresos por primas. En la Figura 1, se muestra el orden de prioridad:

Figura 1. Organigrama Subgerencia General

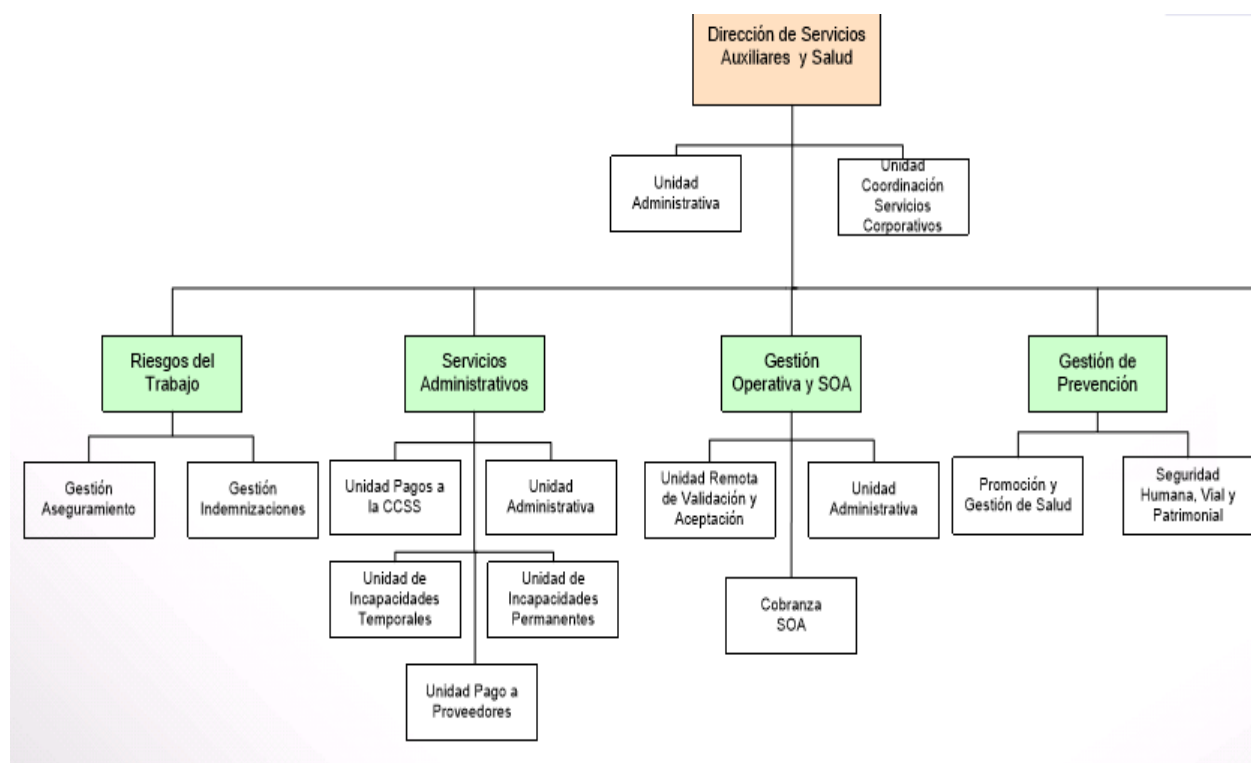


Nota: página web INS.

Como se muestra en la Figura 1, desde un alto nivel, el INS cuenta con una estructura dedicada exclusivamente a la gestión de los seguros obligatorios, con un subgerente a cargo para la toma de decisiones estratégicas. El subgerente general tiene adscrito en su administración a la Dirección de Seguros Auxiliares y Salud, la cual se encarga de dar las directrices en temas de indemnizaciones, suscripción y financiera del régimen solidario.

Asimismo, esta subgerencia tiene a cargo la Subdirección de Servicios Generales, encargada de brindar apoyo en la cadena de abastecimiento, logística y servicios de apoyo al INS. A continuación, en la Figura 2, se muestra la estructura organizativa de la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud:

Figura 2. Organigrama de la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud



Nota: Manual Organizacional de la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud.

Como se observa en la figura 2, la DSAS tiene 4 departamentos adscritos a su estructura y una unidad administrativa. A continuación, se detalla la función de cada una:

- Unidad Administrativa: brindar apoyo administrativo y técnico a la jefatura de la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud, en lo que se relacione con los Seguros RT y SOA, gestión de Prevención Institucional. Control y ejecución de contratos de las diferentes líneas de seguros. Monitoreo y control de las variables operativas, financieras, de costeo, cada una de las líneas que se administran, así como el análisis de los Estados de Resultados y definir estrategias correctivas a los registros que conforman los Estados Financieros.
- Departamento Gestión en Prevención: dirige la estrategia de prevención del Instituto Nacional de Seguros y de su grupo de empresas, para posicionar al INS como la empresa líder en materia de prevención de accidentes viales, salud y salud ocupacional, seguridad humana y patrimonial de un modo sostenible.
- Departamento de Servicios Administrativos: brinda apoyo, soporte administrativo,

operativo y técnico a la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud en el campo de los servicios de presupuesto, pagos a proveedores, así como prestación de servicios directos a los pacientes a través de la plataforma de prestaciones económicas, sedes y público en general.

- Departamento Riesgos del Trabajo: velar por la ejecución de las obligaciones y los derechos que el Título IV del Código de Trabajo establece a los patronos y trabajadores, en procura de la estabilidad financiera del Régimen para garantizar el cumplimiento de los principios de la Seguridad Social, en busca de alcanzar la calidad de los servicios que brindamos, la mejora continua en los procesos que se desarrollan y ser los líderes en un mercado de competencia.
- Departamento Gestión Operativa y SOA: brindar servicios de apoyo, soporte administrativo y técnico para el análisis de los casos de Riesgos del Trabajo, Seguro Obligatorio Automotor y otros Seguros Comerciales, en el ámbito nacional. Asimismo, coordinar la cobranza de los Derechos de Circulación en el país a través de la red de recaudadores contratados para ese fin y las Sedes del INS.

Planteamiento del Problema

Desde su fundación el INS está posicionada como la primera aseguradora de Costa Rica en cuanto a la venta de seguros, estructura organizacional y con subsidiarias que le permiten mantener el alcance de sus objetivos estratégicos, además que es una de las instituciones autónomas con mayor liquidez financiera de la región. No obstante, la puesta en marcha de la ley reguladora del mercado de seguros permitió el acceso de la competencia al mercado nacional, lo que marcó un antes y un después de la organización.

En cuanto a los seguros solidarios, aunque estos se encuentran por decreto ejecutivo del gobierno, es un régimen que debe mantenerse, de manera óptima, desde la perspectiva financiera, ya que de esto depende la atención médica de personas que sufrieron accidentes de tránsito o laborales. El régimen se compone de las primas que ingresan por el SOA (marchamo) y por las pólizas de Riesgos del trabajo que los patronos están obligados a pagar para proteger a los empleados.

Sin embargo, en la actualidad existen debilidades organizativas y de calidad en la DSAS, que impactan la reputación del INS respecto al servicio de atención médica de los lesionados, desde la perspectiva técnica y administrativa de este régimen. Los puntos críticos de la DSAS se detallan a continuación:

Debilidades Organizativas:

1. El enfoque de la administración superior está orientado a garantizar la sostenibilidad del régimen solidario, pero no de la misma forma al cliente externo.
2. No existe una metodología que establezca si la forma de operar actual es la adecuada para los requerimientos cambiantes de los clientes y del negocio.
3. Se tiene un sistema de medición deficiente que no evalúa cantidad de reprocesos, causas, responsables, planes de acción, entre otros.
4. No hay un sistema documental controlado.
5. Existen controles débiles en la actualidad hacia el proveedor RSS.

Debilidades de calidad:

6. En promedio se reciben 8 quejas diarias sobre los servicios de atención médica, pago de prestaciones económicas, inconformidades de proveedores, aceptaciones erróneas de casos, entre otros.

Debido a que las consideraciones anteriores pueden provocar la insatisfacción del cliente externo, surge la siguiente pregunta de la investigación:

¿Cómo diseñar la base documental de un Sistema de Gestión de Calidad en la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud del INS, bajo la Norma ISO 9001:2015, para el aseguramiento de la calidad en los procesos que interactúan con el cliente externo amparado por el régimen solidario?

Objetivos

Objetivo General

Diseñar la base documental de un Sistema de Gestión de Calidad en la Dirección de Servicios Auxiliares y Salud del INS, bajo la Norma ISO 9001:2015, para el aseguramiento de la

calidad en los procesos que interactúan con el cliente externo amparado por el régimen solidario.

Objetivos Específicos

- Describir el sistema de calidad y operativo actual de la DSAS.
- Identificar las inconsistencias e impactos de la mala calidad en los procesos que interactúan con el cliente externo.
- Evaluar el sistema documental actual de los procesos sustantivos, así como el cumplimiento o incumplimiento de los requisitos aplicables de la Norma INTE-ISO 9001:2015.
- Elaborar la estructura documental y organizativa con la que se cumplan los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001: 2015 en los procesos sustantivos de la DSAS.

Justificación

En la actualidad, es de suma importancia contar con una herramienta que permita optimizar los procesos y mantener un estándar de acuerdo con la norma internacional de calidad. Esto con el objetivo de que las salidas de los procesos cumplan con los requerimientos del cliente, además de establecer una estructura de negocio eficiente, ya que la norma ataca problemas de calidad y organizativos.

Parte de los compromisos de la administración superior es que el INS se certifique completamente bajo la norma ISO 9001: 2015, sin embargo, debido a la complejidad y tamaño de la organización, se decidió realizarlo por dependencias.

Por este motivo, en primera instancia se deben certificar las dependencias que componen la cadena de valor, es decir, las que agregan valor al cliente. Por lo tanto, respecto al DSAS es de vital importancia que esté certificado, ya que cuenta con los procesos de indemnización y suscripción de la línea de seguros solidarios que derivan en una interacción directa con el cliente.

Además, es importante mencionar que, en temas de calidad, el INS no cuenta con sistemas definidos de gestión de calidad en sus dependencias, no se realiza un diagnóstico para determinar

las causas raíz de la problemática de los procesos proactivamente mediante el análisis de no conformidades, al contrario, se solicita colaboración al departamento de Gestión de Calidad, cuando se presenta un problema significativo de calidad en sus procesos.

Sobre este último aspecto, un SGC bajo la normativa ISO 9001:2015 en el INS permitiría fortalecer el control y aseguramiento de calidad en sus procesos, al evaluar aquellas no conformidades mediante acciones correctivas con base en un modelo de mejora continua. Además, tener el sello de una certificación INTE-ISO 9001:2015, favorece la percepción del cliente y proveedores externos en cuanto a los servicios que recibe, al estar bajo los estándares internacionales de calidad.

Resulta oportuno mencionar que, en la actualidad, según la base de empresas certificadas de INTECO, la única aseguradora en Costa Rica con una certificación INTE-ISO 9001:2015 es Seguros del Magisterio, lo que coloca al INS en una posición estratégica por debajo de las metas institucionales de recuperar parte del mercado capturado por otras aseguradoras.

Otro aspecto relevante es que un sistema de calidad bajo esta normativa involucra a las partes interesadas internas del INS a que participen activamente en la construcción y mantenimiento de este, entre los cuales se pueden citar:

- Administración Superior.
- Jefaturas.
- Encargado.
- Personal.

Por último, un sistema de calidad ISO proporciona una mejora en toda la base documental y de procesos de una compañía, mediante la evaluación periódica de sus salidas, controles de versiones e involucramientos de los alto medios. Asimismo, aunque esta investigación está enfocada en los procesos sustantivos de la DSAS, tiene el objetivo de que la propuesta de documentales y organizativas se pueda extrapolar al resto del INS y brinde un valor agregado a esta institución.

Antecedentes

En este apartado se realizará una síntesis de los aspectos relevantes que se encontraron en artículos científicos que sirven de modelo en cuanto a la investigación en estudio, la cual busca formular la estructura documental que requiere un sistema de gestión de calidad para cumplir con los requisitos establecidos en la norma y alcanzar una posible certificación la DSAS.

Por ejemplo, el artículo titulado *Mejoramiento de la Gestión Pública con ISO 9001: 2008* describe qué es importante conocer de los aspectos que generan la implementación de un SGC en una institución pública, como en este caso. Aunque la investigación se realizó en Perú, las problemáticas que tiene el aparato estatal, como poca eficiencia y costos elevados, son similares a las que se presentan en Costa Rica.

El autor de esta investigación describe que con un SGC es posible aumentar los indicadores de eficiencia, eficacia y productividad en la gestión pública, como lo realiza el sector privado Mancera (2013) indica que en su análisis realizó una integración con una norma pública denominada *NTCGP 1000*, la cual está construida con una base muy similar a la ISO, pero es gubernamental.

Lo que Mancera (2013), estableció en el marco de alcance en una organización pública fue lo siguiente:

- Alcance de la implementación a todos los procesos de la organización.
- Incorpora el diseño de indicadores para medir eficiencia, eficacia y efectividad.
- Integra la planificación de la entidad con la planificación de la calidad.
- Incorpora la gestión de riesgos desde el diseño de los planes y los procesos.

Estos puntos están muy relacionados con los requisitos principales de una Norma ISO 9001, los cuales son aplicables por cualquier organización. Según Mancera (2013):

La ruta de acciones estratégicas para garantizar la mayor probabilidad de éxito en proyectos de SGC para entidades del sector público que se propone, basados en las lecciones aprendidas son:

- Elaborar un diagnóstico integral de la entidad, orientado al alcance del proyecto que tenga en cuenta a las personas, la gestión de cambio cultural y las relaciones de poder en la organización.

- Formulación del plan del proyecto, proyección financiera y de recursos incorporada al diagrama de Gantt del proyecto.
- Evidenciar el compromiso de la Alta Gerencia de la entidad y lograr la participación de todo el nivel directivo.
- Asegurar la asignación de recursos para el alcance y tiempo previsto en el plan del proyecto.
- Priorizar la sensibilización, capacitación y formación del personal de planta.
- Generar estímulos y reconocimientos motivadores diferentes a los económicos como estrategia para dinamizar y fomentar el compromiso y participación del personal y contratistas.
- Documentar las etapas y resultados de los avances del proyecto a través de un sistema de indicadores de gestión y un tablero de visualización (dashboard) del estado de avance y resultados del proyecto, para el nivel estratégico de la organización.
- Informar y divulgar los resultados del proyecto a través de un Plan de Medio (p. 130).

Los puntos anteriores son muy importantes para establecer una ruta en la implementación del SGC en los procesos que correspondan en la DSAS. En este caso, se rescata el compromiso que debe asumir la administración superior, para proveer los recursos necesarios para la implementación, así los recursos de medición y tecnología que faciliten el control y automatización de los procesos.

Además, es importante recalcar, la importancia de informar al personal de los resultados que se obtienen con los sistemas de gestión de calidad, para que estos sirvan como motivación y puedan trabajar en conjunto en los objetivos estratégicos de las organizaciones.

En conclusión, actualmente se tiene una percepción de que las instituciones públicas no pueden administrar modelos eficientes en cuanto a términos económicos y de calidad, sin embargo, según el autor citado en este artículo y debido a la generalidad de la norma ISO 9001:2015, se pueden implantar con nuevas tendencias en la administración pública.

Otro artículo importante denominado *Una experiencia en la implementación del sistema de gestión de la calidad de una empresa de servicio*, describe la estrategia que se debe seguir para implementar SGC en una empresa de Servicios. Este define varias etapas que son de vital importancia para tener un punto de partida. El primer paso fue analizar la situación actual y la estructura documental de la compañía en estudio, la cual se compone de procesos, procedimientos, manuales de procesos, registros, anexos, entre otros, además de mapear mediante encuestas los

requerimientos del cliente respecto al servicio y las políticas de calidad.

Después de analizar la parte documental, se determinan los documentos que se deben crear para completar los controles. En una segunda etapa se deben evaluar los aspectos que cumple de la norma y cuantificar la cantidad de no conformidades del servicio. Del diagnóstico realizado, se diseñó toda la documentación necesaria del sistema y los procesos, además de ordenar la compañía por procesos y no de manera funcional.

Como resultado, se obtuvo que la implementación del SGC le permitió a la empresa objeto de estudio la redefinición de la política y los objetivos de calidad, por no estar acorde con los existentes con la estrategia de la compañía. Además de la identificación de los procesos necesarios para el SGC, el diseño de los procesos identificados y la elaboración de la documentación de soporte de los procesos diseñados, así como la preparación del personal implicado en el SGC, a partir de la recepción de los cursos requeridos.

Finalmente, el artículo llamado *Sistema de gestión ISO 9001-2015 Técnicas y herramientas de ingeniería de calidad para su implementación*, detalla cómo realizar un análisis de la integración de la Ingeniería de la calidad y los capítulos 8, 9 y 10 de la Norma ISO 9001: 2015, con base en el enfoque de procesos y asegurándose de que estos cumplen con los requisitos del cliente.

De lo expuesto anteriormente, de acuerdo con Medina y López Díaz (2017), “es una disciplina que consiste en una serie de técnicas cuantitativas para optimizar productos y procesos de manufactura, creando diseños consistentes o robustos al mínimo costo posible”. Por lo tanto, respecto al capítulo 8 de la norma que se enfoca en el control operativo, requiere de una serie de herramientas que evalúen estadísticamente los requerimientos de lo que el cliente espera. Asimismo, para el capítulo 10 de la mejora continua es de suma importancia medir y evaluar una situación actual y mejorarla constantemente en el tiempo.

La norma se basa en la evidencia y parte de este insumo se extrae de las mediciones y control estadístico de la calidad referente a los procesos:

En resumen, este artículo pretende definir algunas técnicas de control estadístico que permiten alcanzar los requisitos de los capítulos 8 y 10 de la Norma ISO 9001: 2015. A continuación, estos se detallan en las tablas 1 y 2, respectivamente:

Tabla 1. *Herramientas de la Ingeniería de la Calidad Aplicables al Capítulo 8 de la Norma*

Capítulo 8	Técnicas / Herramientas de la Ingeniería de la Calidad
Planificación y control operacional:	Despliegue de la función de la calidad (QFD), Análisis de Modo de Efectos y Fallos (AMEF), Muestreo e inspección, hojas de verificación, cartas de control, series de tiempo.
Requisitos para los productos y servicios:	QFD, metrología, análisis de la capacidad del proceso, muestreo, fijación de tolerancia estadística, hoja de verificación
Diseño y desarrollo de los productos y servicios:	QFD, AMEF, diseño de experimentos, prueba de hipótesis, metrología, análisis de regresión, análisis de confiabilidad, muestreo, simulación, análisis de series de tiempo, Diseño Concurrente, Análisis de Valor, hoja de verificación.
Control de los procesos, productos o servicios suministrados externamente:	Muestreo, Inspección, análisis de la calidad del proceso, prueba de hipótesis; metrología; análisis de regresión; análisis de confiabilidad; diseño de experimentos, hoja de verificación, diagrama de Pareto.
Producción y provisión del servicio	Investigación de Operaciones, metrología, análisis de la capacidad del proceso, análisis de regresión; análisis de confiabilidad, muestreo, gráficos de Control Estadístico de Proceso, análisis de series de tiempo, hoja de verificación.
Liberación de productos y servicios	
Control de los procesos no conforme a productos y servicios:	

Nota: Técnicas y herramientas de ingeniería de calidad para su implementación.

En la tabla 1 se observan las herramientas que existen para la mejora continua.

Tabla 2. *Herramientas de la Ingeniería de la Calidad Aplicables al Capítulo 10 de la Norma*

Capítulo 10	Técnicas / Herramientas de la Ingeniería de la Calidad
Generalidades:	Diseño de experimentos, prueba de hipótesis, análisis de la capacidad del proceso, análisis de regresión, muestreo; gráficos de control estadístico de procesos, análisis de series de tiempo.
No conformidades y acciones correctivas:	Diseño de experimentos, prueba de hipótesis, análisis de la capacidad del proceso, análisis de regresión, muestreo; gráficos de control estadístico de procesos, análisis de series de tiempo. Diagrama Causa Efecto, Diagrama de Pareto, histograma, hoja de verificación.
Mejora continua:	Diseño de experimentos, prueba de hipótesis, análisis de la capacidad del proceso, análisis de regresión, muestreo; gráficos de control estadístico de procesos, análisis de series de tiempo. Diagrama Causa Efecto, Diagrama de Pareto, histograma.

Nota: Técnicas y herramientas de ingeniería de calidad para su implementación.

Las tablas 1 y 2 detallan diferentes métodos y herramientas que el diseño, implementación, mantenimiento y mejora de un sistema de gestión de calidad bajo los lineamientos de la norma ISO

9001:2015 requiere, de manera necesaria, el uso y aplicación de la ingeniería de la calidad y, por supuesto, de las herramientas técnicas estadísticas, con el fin de lograr una eficiencia real y no solo un proceso documental de cumplimiento de requisitos.

Es importante mencionar que en la dependencia en estudio no se han realizado trabajos investigativos relacionados con la temática u otra de mejora.

Proyecciones

La presente investigación pretende elaborar la base documental y organizativa de un SGC por implantar en la DSAS, para optar por una posible certificación INTE-ISO 9001:2015. Se proyecta tener la documentación mínima para realizar este proceso, además de un plan que garantice mantener el sistema a través del tiempo, una vez obtenida la certificación, así como las renovaciones correspondientes.

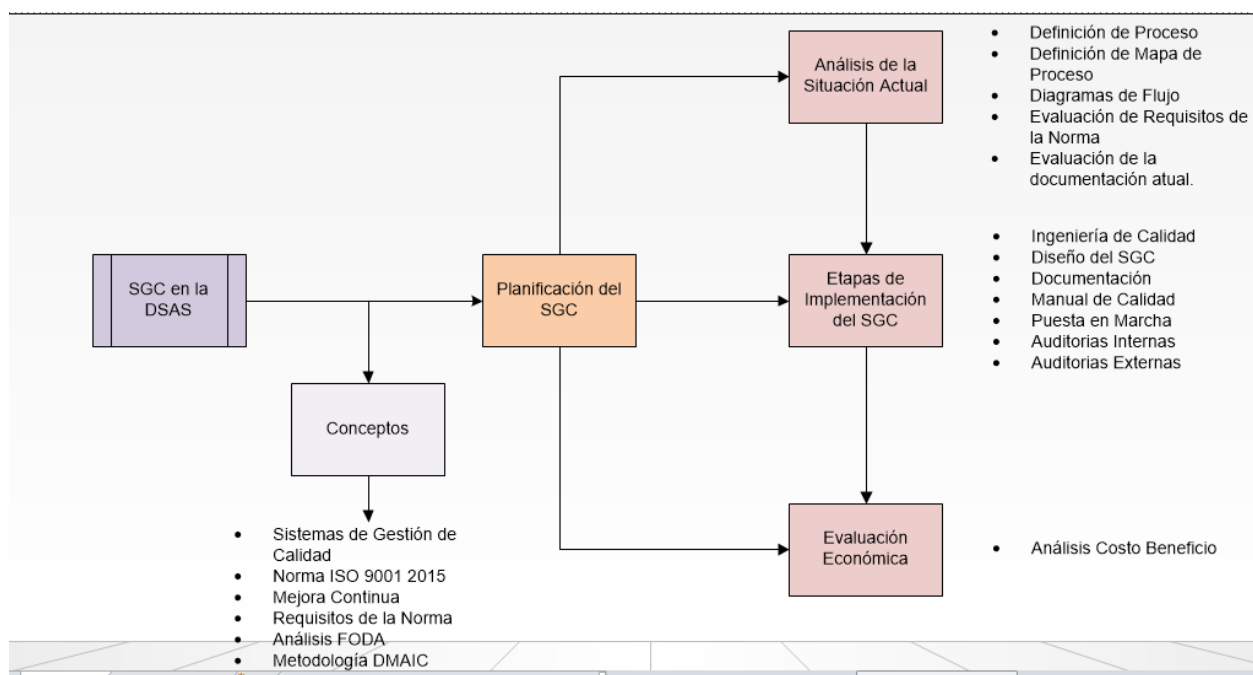
Se proyecta dejar la estructura necesaria para que un gestor pueda tomar esta investigación como insumo para desarrollar la norma en la DSAS. No obstante, es importante aclarar que este estudio no contempla en sus proyecciones la certificación, ya que esta se sale del tiempo de la investigación. Además, no evaluará todos los procesos de la DSAS, sino únicamente lo que tenga una relación directa con el cliente externo, bajo el régimen solidario.

Tampoco contempla que todo lo diseñado aplique a toda la organización, ya que, según las funciones de la dependencia, los registros, formularios y objetivos de calidad cambien, sin embargo, se proyecta que los requisitos básicos, como la documentación, políticas, planes de auditoras, evaluación de riesgos, entre otros aspectos, se puedan extrapolar al resto del INS.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

En este apartado se expondrán los conceptos y teorías propuestas por los autores más relevantes. Se realizará una descripción detallada de cada uno de los elementos esenciales de la teoría por emplear para el desarrollo de la presente investigación, de manera que la formulación del problema y su solución sean una deducción lógica del estudio realizado, para la correcta comprensión. Seguidamente, en la figura 3 se adjunta la estructura del Marco Teórico.

Figura 3. Estructura del Marco Teórico de la Investigación



Nota: Anthony Bonilla.

Como se aprecia en la figura 3, la estructura del marco teórico consta de 3 etapas, en las que se describe la situación actual, qué conceptos y herramientas se utilizan, además, cómo implantar el SGC. Finalmente, se hace la referencia a una evaluación económica de la propuesta y qué impacto tiene en la organización que aplique.

Conceptos

Norma ISO 9001: 2015

Según Claret y Arciniegas (2016):

La Norma ISO 9001:2015 especifica los requisitos por cumplir por un sistema de gestión de calidad y se utiliza internamente por las organizaciones para certificarse o con fines contractuales. Su objetivo principal es diseñar un sistema de gestión de calidad eficaz, para dar cumplimiento a los requisitos, especificaciones o necesidades del cliente (p. 35).

La Norma cuenta con los apartados que se muestran en la siguiente figura 4. En total son 10 capítulos de los cuales a partir del 4 son aplicables al SGC:

Figura 4. Capítulos de la Norma ISO 9001:2015



Nota: Paloma López Lemos.

Como se muestra en la Figura 4, los capítulos aplicables van del 4 al 10. Del 1 al 3 son generalidades de la norma y conceptos importantes que se deben tomar en cuenta para la implementación de esta.

Requisitos de la Norma ISO 9001:2015

Para Lemos (2015) los requisitos “son una necesidad o expectativa implícita u obligatoria” (p. 62). Por lo tanto, son aquellos puntos que contiene la norma que se deben cumplir como mínimo para acreditar que se ejecutan productos y servicios de calidad.

Sistema Gestión de Calidad

Se define como:

La manera o estrategia en que una organización desarrolla la gestión empresarial en todo lo relacionado con la calidad de sus productos (y servicios) y los procesos para producirlos. Consta de la estructura organizacional, la documentación del sistema, los procesos y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad, cumpliendo con los requisitos del cliente (Claret y Arciniegas, 2016, p. 39).

El Sistema de Calidad se basa en siete principios que, según Eduardo, Gsbert Soler y Pérez (2016) se definen como “una regla básica utilizada para dirigir y operar una organización. Se centra en la mejora continua del desempeño a largo plazo, enfocándose en los clientes y determinando las necesidades de todas las partes interesadas” (p. 13).

Los principios son los siguientes:

1. Enfoque de calidad.
2. Liderazgo.
3. Compromiso con las personas.
4. Enfoque a procesos.
5. Mejora.
6. Toma de decisiones basadas en la evidencia.
7. Gestión de las relaciones.

Para la implementación y mantenimiento de un Sistema de gestión de calidad es de suma importancia que se base en los principios citados y que quede en evidencia que contempla aspectos internos de la organización, como liderazgo, hasta conocer el interés de las partes interesadas en la

empresa.

Enfoque con Base en Riesgos

Para Marti y Lizarzaburo (2016) la gestión de Riesgos “Consiste en el análisis de oportunidades y amenazas, incertidumbres y los riesgos o eventos al riesgo a los que están sometidas todas las actividades de cualquier organización, sin importar su diligencia o tamaño” (p. 27).

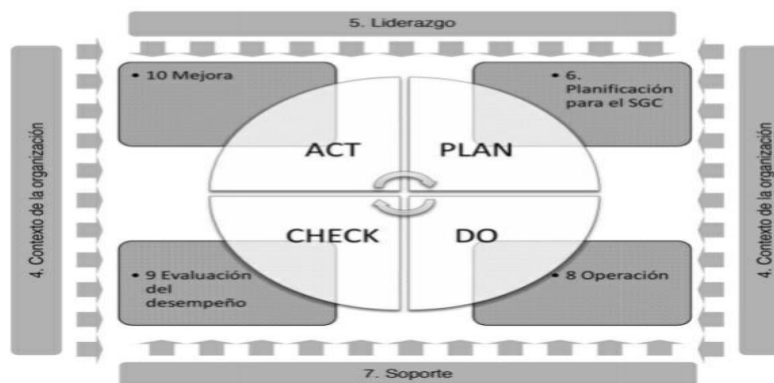
En uno de sus requisitos la Norma hace referencia a que se deben identificar y gestionar los riesgos del negocio, por lo tanto, a continuación, se detallan 3 pasos que se deben ejecutar para el control de Riesgos:

1. Establecer el contexto: este punto hace referencia a la cláusula 4.1. Entender la organización y su contexto y la cláusula 4.2. Entender las necesidades y expectativas de las partes interesadas.
2. Identificación del riesgo: en este paso el enfoque con base en riesgos en ISO 9001:2015 consiste en seleccionar un proceso adecuado para la identificación del riesgo y para la calidad del proceso, identificándolo y enumerando los riesgos. La actividad está diseñada para llevarse a cabo por la organización, en esta se desarrolla la situación en la que cada riesgo se describe en términos de lo que podría suceder y las causas, tanto internas como externas de la organización, que dan lugar a los riesgos, así como los procesos existentes que pueden prevenir, solucionar o mitigar los riesgos.
3. Evaluar los riesgos cuantitativamente, elaborar planes de acción para mitigar el riesgo y monitorear (Tools, ISO, 2017).

Mejora Continua Aplicada a la Norma ISO 9001:2015

Según Lemus (2015), la estructura de la figura 5 muestra cómo los puntos de la norma se relacionan con las etapas PDCA (*Plan, Do, Check* y *Act*).

Figura 5. Puntos de la Norma ISO 9001:2015, según el Enfoque del Ciclo PDCA



Nota: Paloma López Lemos.

Como se observa en la figura 5, los capítulos 6, 8, 9 y 10 están dentro del círculo de la mejora continua, la cual se enfoca en el capítulo 10. El resto de los capítulos son pilares para que se pueda alcanzar los objetivos de calidad organizacionales.

Análisis FODA

Para los autores Ferrel y Hertline (2012):

El análisis FODA es una herramienta utilizada ampliamente en las organizaciones para evaluar el entorno interno y externos de la organización, en el marco interno aborda sus fortalezas y debilidades y el factor externo aborda oportunidades y amenazas, desde la perspectiva de los clientes, financiero, recursos financieros e infraestructura, condiciones económicas y regulaciones gubernamentales (p. 120).

Este análisis es de suma importancia para el inicio de la propuesta de esta investigación, ya que la normativa ISO requiere de un análisis del contexto de la organización desde los factores internos y externos.

Metodología DMAIC

Según Succonini (2015) dentro del enfoque Six Sigma la metodología DMAIC: “(Define, Measure, Analyze, Improve y Control) se apoya en herramientas estadísticas y administrativas para mejorar, de manera tangible, los resultados de desempeño de los procesos y productos de una empresa” (p. 10).

Esta metodología es de suma importancia para el capítulo 10 en la norma ISO 9002:2015,

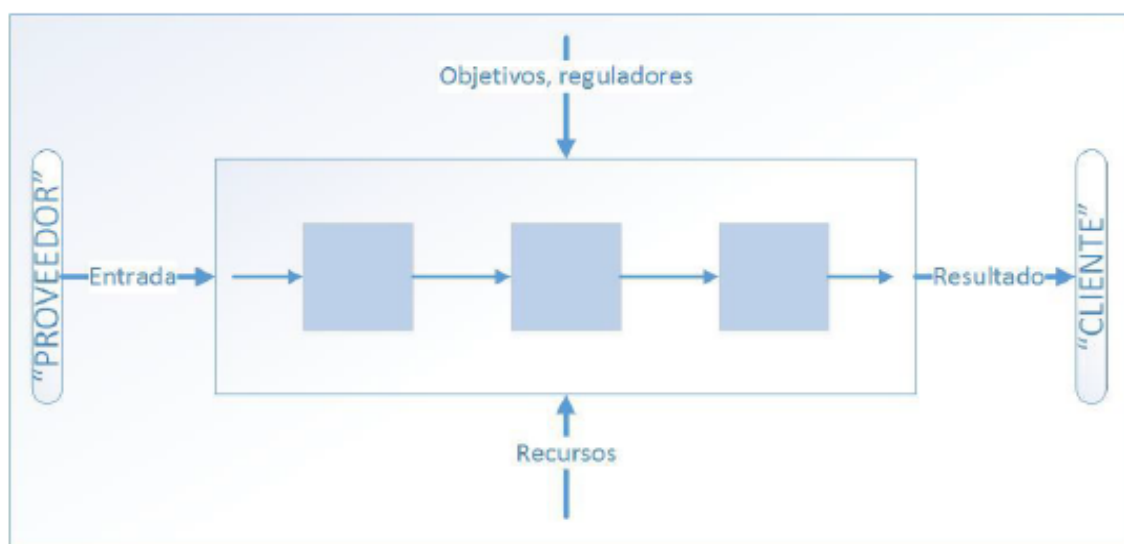
ya que mediante los pasos se pretende mejorar estadísticamente los procesos alcanzados-altos estándares de calidad y productividad en la DSAS.

Análisis Situación Actual

Para implantar la norma ISO 9001:2015 es necesario conocer la situación actual de la empresa, identificar los procesos y cómo estos permiten alcanzar los objetivos de la organización y de calidad.

Debido a lo anterior es importante definir que es un proceso. Soler *et al.* (2016) lo definen como “Un proceso es un conjunto de actividades interrelacionadas, que convierten una entrada en un resultado, utilizando unos recursos, tienen unos objetivos y están regulados” (p. 34). En la figura 6 se muestra gráficamente la estructura de un proceso:

Figura 6. Estructura de un Proceso



Nota: Víctor Burkhardt Leiva y Víctor Gisbert S.

Un proceso consta de 3 etapas: las entradas, actividades de transformación que requieren recursos y las salidas que se dirigen a un cliente interno o externo. Por lo tanto, es necesario representar la organización por procesos, mediante un mapa de procesos.

Mapa de Procesos

Para Álvarez (2016), un mapa de proceso es “la representación gráfica de los procesos de

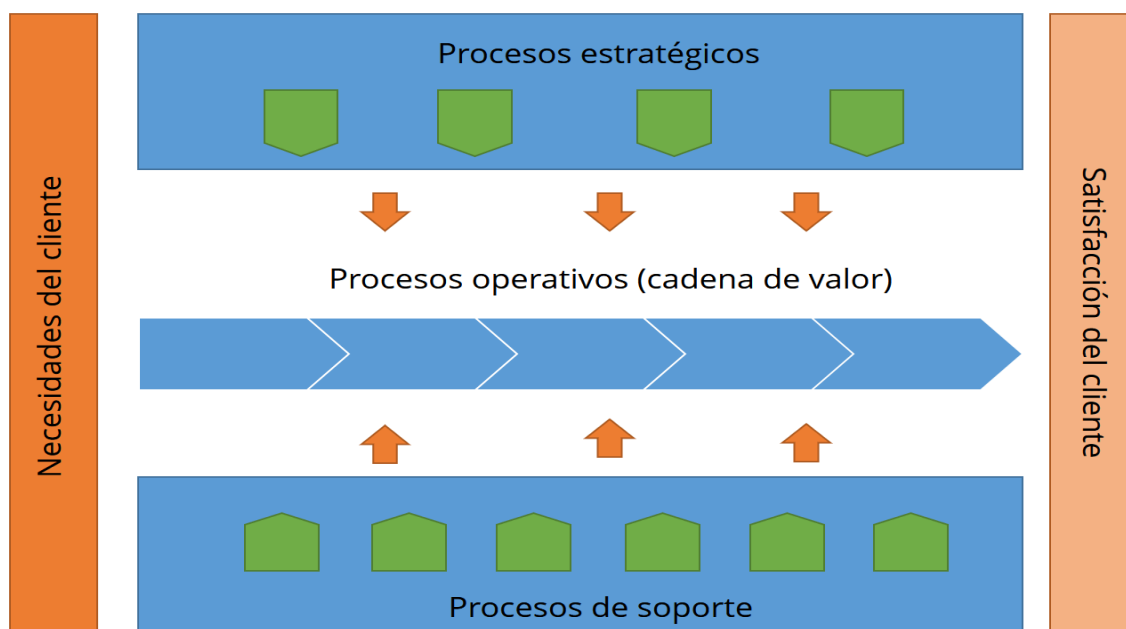
una organización que muestra la secuencia e interacción de todos ellos” (p. 49).

La definición anterior es de suma importancia en la gestión por procesos que requiere la norma, para aplicar y evaluar los requisitos, ya que muestra la estructura de procesos y, por ende, el funcionamiento interno y externo de la organización.

Para realizar un mapa de proceso es necesario conocer la tipología de procesos, entre los cuales se tiene los estratégicos, los operativos (Cadena de Valor) y los de Soporte (Álvarez, 2016).

Como se muestra en la figura 7, los procesos deben estar enfocados en satisfacer los requerimientos del cliente y los estratégicos y de apoyo son la base para el cumplimiento de la cadena de valor.

Figura 7. Estructura de un Mapa de Procesos Convencional



Nota: José Álvarez Pardo.

La figura 7 evidencia que los procesos deben cumplir con los requerimientos del cliente, por lo tanto, es fundamental de un SGC que la organización esté orientada por procesos transversales y no funcionalmente.

Diagramas de Flujo

Se define como: “la representación gráfica de un proceso, como un ente individual, se

pueden realizar mediante una herramienta denominada Diagrama de Flujo o Flujograma” (Álvarez, 2016, p. 23).

Las utilidades que brinda esta herramienta son: hacer visible el concepto abstracto de los procesos, dejar claras las funciones y responsabilidades y permite documentar procesos, entre otros.

Evaluación de Requisitos de Gestión de Calidad

Para implantar la norma es necesario conocer los procesos, rediseñarlos para que estén orientados al cliente si es que aplica y empezar por evaluar los requisitos de esta. Soler *et al.* (2016) describen lo siguiente:

Para implantar la norma, de manera satisfactoria, es recomendable desplegar los requisitos de esta sobre los diversos procesos y actividades de la organización. Los requisitos están contenidos en los apartados 4 al 10 de la norma y en sus subapartados. Están en frases con la palabra *debe* + un verbo. Una frase con *debe* puede referirse a varios requisitos si afecta a varios verbos en una lista (ejemplo: la organización debe establecer, implantar, mantener y mejorar).

Existen varios tipos de requisitos: condicionados (cuando se aplicable, cuando), que indican la finalidad (para, con el fin de), que indican el momento de aplicación (antes de). El número total de requisitos son aproximadamente 270, aunque dependerá, de la forma, de contarlos (p. 38).

La matriz adjunta explica una parte de los requisitos y apartados de la norma por proceso.

Tabla 3. *Matriz de Despliegue de Requisitos*

TABLA CORRESPONDENCIA CON ISO 9001:2015			
PROCESO	N°	REQUISITO PRINCIPAL	APARTADOS ISO 9001:2015
Dirigir la Organización	1	(4.1) Comprender la empresa y su contexto	4.1, 4.2
	2	(4.4) Desarrollar el sistema de gestión de la calidad	4.3, 4.4.1
	3	(5.2) Establecer la política de la calidad	5.1.1 b, 7.3 a
	4	(6.2) Establecer y planificar los objetivos de la calidad	6.2, 5.1, 5.2.1 b, 6.2.2, 7.3, 9.3.2 c2
	5	(4.4.1) Diseñar, implementar y gestionar los procesos del SGC	4.4.1, 4.4.2, 8.1
	6	(8.1) Gestionar los procesos operativos	8.1, 4.4.1
	7	(5.3) Asignar responsabilidades y autoridades a los roles	5.3, 4.4.1, 6.3, 8.3.2, 8.6, 8.7.2
	8	(7.4) Determinar las comunicaciones internas y externas	7.4, 5.1.1 f, 5.2.2, 6.2.1 f, 8.2.1, 8.4.3

Nota: Eduardo Gsbert y Ana Molina.

En la tabla 3 se muestra el ejemplo de un proceso estratégico del mapa, los requisitos de la norma y la relación con los capítulos de la norma ISO 9001:2015.

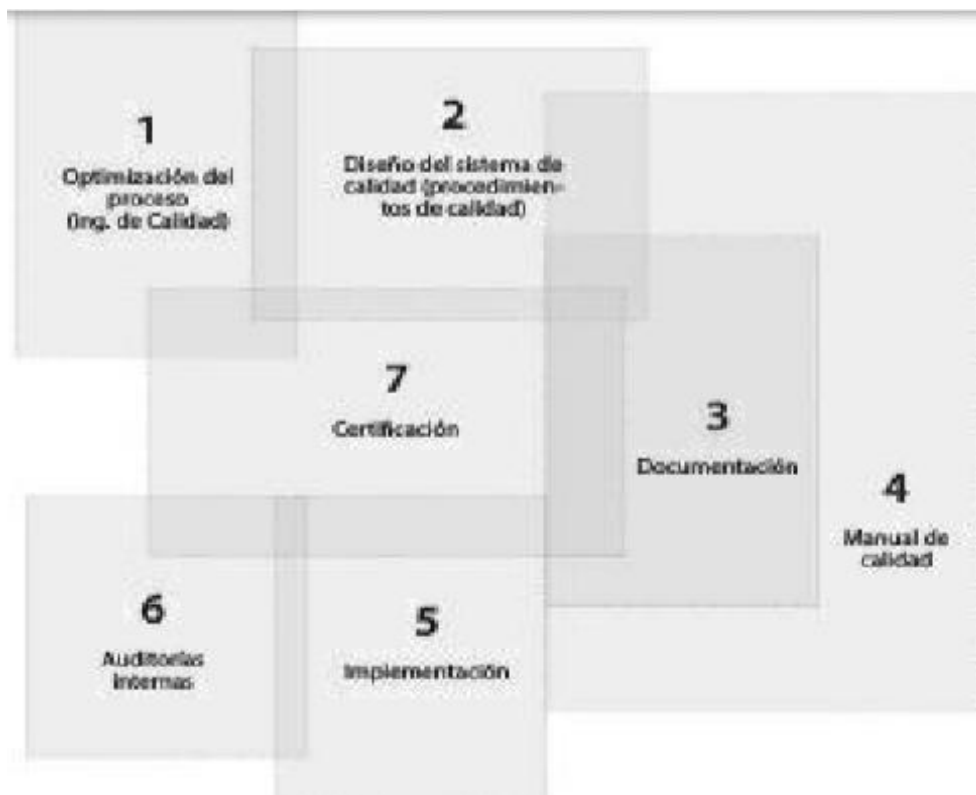
Evaluación del Sistema Documental Actual

De acuerdo con lo descrito por Lemos (2015), es importante documentar toda la información de procesos, política de calidad objetivos, manuales, procedimientos que evidencien la ejecución conforme de los procesos. “La norma ISO 9001 es un sistema de gestión documentado, no un sistema documental de gestión. Esto significa que la información documentada o los documentos en general son una herramienta más del sistema y no su base ni la razón de ser de su existencia” (p. 18).

Etapas de Implementación de un SGC

Según Claret *et al.* (2016) “la implementación se puede dividir en siete etapas el desarrollo del proceso de certificación, propósito principal de las organizaciones cuando deciden diseñar e implantar sus Sistemas de Calidad, basados en las Normas ISO-9001 (p. 59)”. La Figura 8 muestra las etapas y su integración:

Figura 8. Etapas de Implementación del SGC



Nota: Oscar Claret y José Arciniegas.

Como se muestra en la figura 8, la integración de estas etapas es fundamental y una depende de la otra para alcanzar el objetivo de certificación. Es importante mejorar los procesos para que el SGC sea óptimo. Para esto, se utiliza la metodología de Ingeniería de Calidad.

Ingeniería de Calidad

Es importante optimizar los procesos antes de un SGC, ya que de acuerdo con lo mencionado por Claret *et al.* (2016) “Esta optimización se logra a través de los estudios de ingeniería aplicados a los procesos de producción, tendientes por lograr la satisfacción de los requerimientos del cliente con la máxima calidad compatible con el valor de venta del producto” (p. 60). Una vez mejorados los procesos, si es que ya están identificados, sigue la planificación del Sistema de gestión de calidad.

Diseño del Sistema de Calidad

Después de optimizar los procesos, con la seguridad de que cumplen con los requerimientos

del cliente, se debe diseñar el SGC, con el siguiente enfoque que describen Claret *et al.* (2016):

Se inicia la etapa del diseño de las diferentes estrategias, sistemas, procesos y procedimientos en los cuales se determina en general el llamado Sistema de Gestión de la Calidad, describiendo y especificando en detalle cómo se deberán llevar a cabo estos para garantizar la calidad del producto en todas y cada una de las etapas del proceso y de la organización en general.

Los procedimientos de calidad se distinguen de los demás procedimientos de la empresa – procedimientos administrativos y de operación–, en el sentido de que los procedimientos de calidad dan pautas solamente para conseguir u obtener un producto o servicio con la calidad establecida o acordada con el cliente en forma directa –condiciones acordadas en un contrato escrito– o, de manera indirecta o tácita cuando el diseñador o fabricante no está en contacto directo con el cliente o con el usuario final, tal como sucede con productos de consumo como comestibles, vestuario (p. 60).

Teniendo claro cómo será la base de procesos, estrategias y documental del SGC se procede a analizar y documentar lo relacionado con el proceso que se busca certificar.

Documentación del SGC

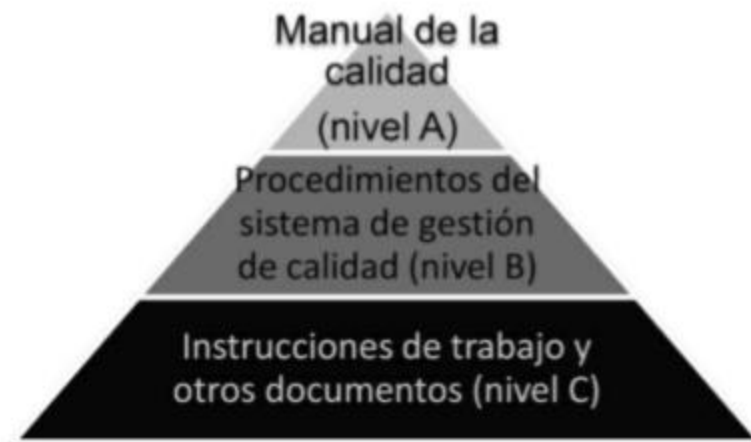
Esta etapa consiste “en plasmar todo el sistema diseñado, en procedimientos y documentos escritos, así como el establecimiento de una base de datos con los registros reales de la ejecución de los procesos y los correspondientes controles efectivamente llevados a cabo” (Claret *et al.*, 2016, p. 61).

En el marco mencionado por el autor, define la importancia que tiene la documentación como evidencia de que la organización realmente puede garantizar que sus procesos buscan satisfacer las necesidades del cliente y, en caso contrario, existe al menos un grado de confiabilidad y un sistema que identifica las no conformidades y trabaja en atacarlas.

Claret *et al.* (2016), manifiestan que la documentación en esta etapa se relaciona directamente con la etapa de diseño del sistema y tienen que ir de la mano en el momento de elaborar toda la documentación de los procesos y el SGC.

En la figura 9 se muestra la pirámide documental sobre cómo levantar la documentación:

Figura 9. Pirámide Documental de un Sistema de Gestión de Calidad



Nota: Paloma López Lemos.

La figura 9 explica el nivel de importancia en la documentación, el Nivel A (Manual de Calidad), es un documento que se constituye de varios manuales, los cuales contienen información del SGC, es el reflejo de todo el sistema, en este se detallan aspectos como:

- Misión.
- Objetivos de Calidad.
- Política de Calidad.
- Relación de procesos y procedimientos que forma parte de la función de calidad.

Es importante mencionar que el manual es parte de la documentación del sistema de calidad, sin embargo, al contenido e información sumamente valiosa debe dársele la importancia correspondiente (Claret y Arciniegas, 2016).

En el nivel B están los procedimientos, que describen como debe ejecutarse las actividades que componen el Sistema de Gestión de Calidad, es decir, cómo se hace. En el punto C están los registros que sirven para concretar y detallar actividades del sistema, como instrucciones de trabajo, especificaciones técnicas, planos, etc. (cómo se hizo) (Lemos, 2015, p. 29).

En un sistema de Gestión de Calidad la documentación se debe codificar, para Claret *et al.* (2016), “Es conveniente utilizar una codificación estandarizada de los documentos, con el fin de

unificar el idioma, de tal manera que todos los empleados cuando se refieran a un documento los interpreten, de igual manera” (p. 278). En la figura 10 se muestran ejemplos de codificación:

Figura 10. Codificación para Documentación del SGC

ML	Manual
PS	Proceso
RG	Registro
PR	Procedimiento
MT	Matrices
OT	Otros

Nota: Oscar Claret y José Arciniegas.

La figura 10 define una codificación que busca estandarizar la documentación, teniendo los procesos optimizados, planificado el SGC y su documentación, es momento de ponerlo en marcha para determinar qué aspectos se deben mejorar con vistas a una posible certificación.

Puesta en Marcha del SGC

Según Claret *et al.* (2016) esta etapa es fundamental pues sirve para detectar oportunidades de mejora respecto al sistema:

Esta etapa corresponde a la puesta en marcha del «sistema de calidad», ya sea en forma parcial a medida que se van desarrollando los distintos procedimientos documentados o, de manera total, cuando el sistema ya ha sido probado y se está seguro que funcionará correctamente y que cumple con los objetivos para los cuales fue creado (p. 62).

Una vez puesto en marcha el SGC y al analizar su cumplimiento respecto a las políticas establecidas por la dirección, se espera una posible certificación, sin embargo, es fundamental realizar una verificación interna para detectar no conformidades que puedan impactar la certificación.

Auditorías Internas

De acuerdo con *Claret et al.* (2016) las auditorías internas son “aquellas que se realizan durante el desarrollo del sistema de calidad, con el fin de comprobar el buen funcionamiento del sistema diseñado” (p. 62).

El objetivo principal es encontrar oportunidades de mejora, no conformidades, documentación que no se haya levantado, entre otros. Esta etapa precede a la auditoría externa, por lo tanto, es una de las más críticas del diseño.

Las auditorías internas llevan un proceso cíclico y sistemático, según *Claret et al.* (2016), deben llevar los siguientes puntos:

Programación: la cual consiste en determinar cuándo se realizarán las actividades de auditoría, es decir, la elaboración de un cronograma.

Preparación: la preparación de las auditorías es de suma importancia para el buen éxito de estas. Durante la preparación, se deben determinar aspectos como: qué se auditará, a quién se auditará, cuáles son las evidencias que permitirán determinar el cumplimiento o no de los requisitos determinados o exigidos, cuáles son las Notas de información por consultar entre otros.

Ejecución: la ejecución o realización de las auditorías, también tiene que cumplir con determinados requisitos, como: no debe ser completamente planeada, es decir, debe haber un cierto grado de sorpresa para el auditado, no debe ser intimidante, ni dar la sensación de que se está buscando no conformidades, ni mucho menos de que el objetivo de la auditoría, es encontrar culpables, debe ser objetiva y libre de sesgos, prejuicios y juicios de valor, debe ser transparente y no hacerse a escondidas.

Informe: Debe ser claro y conciso, remitiéndose solamente a los hechos, evidencias o a las actividades objeto de evaluación, debe estar bien redactado desde el punto de vista de la sintaxis, gramática y ortografía. y debe reflejar concretamente los hallazgos, sean estos negativos o positivos y, finalmente, debe darse por conocer al auditado, antes de presentarse a las directivas correspondientes (p. 339).

Estos puntos son importantes para establecer las pautas en una auditoría interna en la DSAS, ya que se busca llevar depurado el sistema al auditor externo para que la probabilidad de obtener no conformidades sea baja.

Auditorías Externas y Certificación

Según *Claret et al.* (2016), “es realizada por entes externos y la empresa, es muy poco lo que realmente interviene, pues la certificación es la consecuencia del diseño e implementación de

un buen sistema de Gestión de Calidad” (pp. 62-63).

Si el diseño cumple con los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 a la lógica del negocio, entonces es posible certificarse.

Pasos para la Implementación de la Base del SGC

Para Gsbert *et al.* (2016), para diseñar la base de un SGC desde cero es importante considerar los siguientes aspectos:

Se utiliza un método de implantación enfocado a procesos; en donde se determinan los procesos de la empresa y se le aplican a cada uno los requisitos de la Norma. En la Planificación del Proyecto se recomienda: clarificar los motivos por los que se realizara la implantación, elegir el periodo adecuado para la implantación, seleccionar y formar al coordinador del proyecto, describir la actividad de la empresa en que se implantará, definir una duración estimada del proyecto, realizar un diagrama de contexto externo de la empresa.

En paso 1° Determinación de los Procesos, se resalta que es necesario determinar los procesos que utiliza la empresa para llevar a cabo su misión (requisito 4.4.1 la Norma). Se plantea como objetivo preparar el mapa de procesos genérico de la empresa y se postula un modelo de referencia que incluye los Procesos: Dirigir la empresa, Gestionar los recursos, Entender el mercado, Desarrollar productos, Conseguir pedidos, Atender al cliente, Entregar lo pedido (gestionar los pedidos, realizar el producto o servicio, distribuir, facturar y cobrar), Evaluar y mejorar.

En paso 2° Aplicación de los Requisitos; una vez determinados los procesos se deben aplicar o desplegar sobre ellos los requisitos de ISO 9001. Se recomienda un despliegue gradual, comenzando con los más generales (nivel 1: del 4 al 10) y continuando con su detalle (nivel 2 y 3: 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.4.1, 4.4.3, etc.). Se ha de evaluar el estado inicial de la empresa (los procesos) en relación con el cumplimiento de los requisitos de ISO 9001:2015.

En paso 3° Desarrollo de los Procesos; se debe modificar los procesos que se han identificado como parcialmente conformes o no conformes y crear aquellos que no existan. Se expone el concepto de *requisito condensado* y estos se relacionan con los procesos genéricos de la empresa determinados en el paso 1. Los requisitos condensados representan los requisitos principales de la Norma y corresponden al nivel 2 o 3 de apartados y subapartados. Se sigue una metodología de despliegue de los requisitos principales de la Norma sobre los procesos genéricos de la empresa. Así al proceso de Dirigir la Empresa le corresponden 8 requisitos principales, por ejemplo, el (4.1). Comprender la empresa y su contexto y este, a la vez, contiene los requisitos 4.1 y 4.2 de la norma.

En paso 4° Revisar el Funcionamiento; se recomienda que una vez que los cambios (en la política, la organización, etc.) lleven implementados algún tiempo habrá que comprobar mediante auditoría interna que cumplen con la Norma, si hay deficiencias corregirlas y decidir si el SGC está preparado para presentarlo a la certificación (p. 51).

Evaluación Económica de Proyectos

De acuerdo con Campo (2016), “el análisis costo beneficio se define como: una técnica que permite valorar inversiones teniendo en cuenta aspectos, social y medioambiental, que no son considerados en las valoraciones puramente financieras” (s. p.).

Para realizar el análisis se utiliza la fórmula que se muestra en la figura 11:

Figura 11. Fórmula Análisis Costos Beneficio

$$VAN = \sum_{t=1}^n \frac{V_t}{(1+k)^t} - I_0$$

Nota: Juan Castañer Martínez.

De la figura 11 se desprenden los siguientes datos:

- V_t representa los flujos de caja en cada periodo t .
- I_0 es el valor del desembolso inicial de la inversión.
- n es el número de periodos considerado.
- K es el tipo de interés.

Según Campo (2016) para utilizar la fórmula se deben proyectar los beneficios y costos de cada año del periodo (mínimo 5 años) y determinar una tasa de descuento, que puede ser una tasa de interés de un activo monetario. Si el VAN es positivo, hay ganancias, si es cero no hay ganancias ni pérdidas y, por último, el negativo, que indica pérdidas en el análisis.

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

El presente capítulo describe el enfoque desde el cual se realizará la investigación, en otras palabras, cómo se llevará a cabo, qué variables se utilizarán y sus características, las herramientas para recolectar información, estrategias y metodologías por desarrollar para lograr el objetivo investigativo.

Enfoque de la Investigación

En este apartado se describirán los diferentes tipos de enfoque investigativos y cuál es el seleccionado de acuerdo con la naturaleza de la investigación para el SCG en la DSAS:

Enfoque cuantitativo

Representa procesos, es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos *brincar* o eludir pasos. El orden es riguroso, aunque desde después, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos y se extrae una serie de conclusiones (Hernández Sampieri, 2014, p. 4).

Enfoque cualitativo

Se guía por áreas o temas significativos de investigación. Los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas antes, durante o después de la recolección de datos y el análisis. Con frecuencia estas actividades sirven, primero para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes y después para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria es dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación y resulta un proceso más circular en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio (Hernández *et al.*, 2014, p. 7).

Enfoque mixto

El enfoque mixto es la integración sistemática de los enfoques cuantitativos y cualitativos en un solo estudio, con el fin de obtener una *fotografía* más completa del fenómeno. Ambos pueden conjuntarse, de manera que las aproximaciones cuantitativas y cualitativas conserven sus

estructuras y procedimientos originales o bien, que estos enfoques puedan adaptarse, alterados o sintetizados para efectuar la investigación. Por otra parte, Creswell (citado por Hernández *et al.*, 2014) resume el enfoque mixto como aquel que utiliza evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases, para entender problemas en las ciencias.

De acuerdo con las definiciones anteriores y lo requerido en la investigación, se establece que el enfoque es cuantitativo, ya que para realizar el análisis de la base de un SGC se requiere analizar variables numéricas como, por ejemplo: indicadores, porcentajes de cumplimiento, escalas de medición, cantidad de documentación actual que cumple y no cumple, costos, cronogramas, reprocesos, entre otros.

Diseño

Debido a que el enfoque de la presente investigación es cuantitativo, es importante establecer cuál es su alcance. Debido a lo anterior, se definen los alcances que existen y la justificación del seleccionado.

Investigación exploratoria

“Se emplea cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 91).

Investigación descriptiva

“Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (Hernández *et al.*, 2014, p. 92).

Investigación correlacional

Asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (Hernández *et al.*, 2014, p. 93).

Investigación explicativa

Pretenden establecer las causas de los sucesos o fenómenos que se estudian (Hernández *et al.*, 2014, p. 95).

En relación con las definiciones de los alcances de una investigación de enfoque cuantitativo, esta tiene un alcance explicativo debido a que se debe analizar la situación actual, hacer el diagnóstico en la DSAS de cuáles aspectos cumple y cuáles no de la norma INTE-ISO 9001:2015 y explicar por qué se presentan las problemáticas asociadas al tema en estudio.

Además, es importante recalcar que el diseño no es experimental, puesto que en el alcance la base de un SGC no se manipularán los datos, desde un enfoque correlacional o para evaluar resultados a partir de la manipulación de estos. No obstante, siguiendo la misma idea, es no experimental transaccional, ya que se pretende que la investigación se lleve a cabo en un tiempo establecido a corto plazo, debido a las limitaciones.

Muestra de la Investigación

Esta investigación no requiere de muestra para toma de datos, debido a que para analizar lo que cumple de la norma y que no, así como la base documental del DSAS, únicamente se necesita entrevistar a los dueños de proceso, ya que estos administran toda la información de documentación, manuales organizacionales, manuales de indemnizaciones, entre otros.

Asimismo, en cuanto a la documentación actual que requiere un SGC, los procedimientos operativos de los procesos que se evaluarán en una posible certificación son 90, esto representa la población de procedimientos, por lo tanto, no se requieren cálculos de muestra entre otras herramientas, las inferencias o evaluaciones que se requieran se harán sobre el número 106.

En cuanto al cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, son finitos, ya que se tiene establecida la cantidad, por lo tanto, se tiene el dato y no es necesario realizar cálculos de muestras. Finalmente, se tomarán los datos de quejas de diciembre 2018 a enero de 2019 para evaluar la voz del cliente.

Variables

A continuación, en la tabla 4, se detallan las variables por analizar en la presente investigación. Se describe el concepto, cómo se mide y, por último, cuáles instrumentos se utilizarán para recopilar y analizar los datos:

Tabla 4. *Variables de la Investigación*

Objetivo	Variabes	Conceptual	Operacional	Instrumental
Describir el sistema de calidad y operativo actual de la DSAS.	Procesos	Un proceso es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr un resultado específico.	% de mapeo de procesos Procesos documentados (Diagramados) / Procesos por documentar *100.	Mapeo de procesos y diagramas de flujo, análisis de procedimientos
Determinar las inconsistencias de los procesos que afectan el servicio al cliente.	Reprocesos / Inconsistencias	Son las debilidades que se presentan en el sistema productivo actual.	% de casos en aceptación con inconsistencias (Casos aceptados o declinados incorrectamente / Total de casos por analiza *100). % de pagos a proveedores no realizados a tiempo (Pagos realizados a tiempo/ total de pagos por realizar * 100)	Registros por crear en la DSAS para medir estos indicadores, ya que actualmente no se llevan datos y son críticos
Evaluar el sistema documental actual de los procesos sustantivos, así como el cumplimiento o incumplimiento de los requisitos aplicables de la Norma INTE-ISO	Documentación.	Mostrar evidencia de la conformidad de los procesos y requisitos para el cliente y administración superior	% de avance en actualización de procedimientos (Procedimientos actualizados / total de procedimientos pendientes de actualizar * 100) % de creación	Verificación de las fechas de actualización en los procedimientos que estén en la base SIVIPRO

9001:2015.			documentación complementaria (Manuales-instructivos-registros) por proceso (Documentación creada por proceso / total de documentación por crear*100)	
Elaborar estructura documental y organizativa que permita cumplir con los requisitos aplicables de la Norma ISO 9001:2015 en los procesos sustantivos de la DSAS	Deberes de la norma que se cumplen y no cumplen	Son las pautas que deben seguir las empresas que desean obtener o mantener el certificado ISO 9001.	% cumplimientos requisitos de la norma ISO 9001:2015 (Requisitos completos con su propuesta documental y organizativa / total de requisitos por cumplir, según norma *100)	Herramienta de preauditoria (<i>check list</i>), creada en la investigación

Nota: Anthony Bonilla.

Las variables mostradas en la tabla 4 son de suma importancia para la evaluación del cumplimiento de los objetivos planteados en los diferentes capítulos del presente estudio, además de proveer una forma cuantitativa de evaluar.

Instrumentos

En este apartado se detallarán los instrumentos que se utilizarán para analizar la situación actual y alcanzar los objetivos de la investigación. En la tabla 5 se describe el indicador, instrumento asociado, los recursos que se requieren al emplear la herramienta y, por último, los beneficios de utilizarlo:

Tabla 5. *Instrumentos de la Investigación*

Indicador	Instrumento	Recursos Requeridos	Beneficios
<p>% de mapeo de procesos</p> <p>Procesos documentados (Diagramados) / Procesos por documentar *100.</p>	<p>Mapeo de procesos y diagramas de flujo, análisis de procedimientos</p>	<p>Sesiones de trabajo y mapeo de procesos.</p> <p><i>Videobeam.</i></p> <p>Ingreso al sistema SIVIPRO (Sistema que administra los procedimientos del INS)</p>	<p>Identificar los procesos a los cuales se les aplicarán los requisitos, según la norma INTE-ISO 9001:2015</p>
<p>% de casos en aceptación con inconsistencias</p> <p>(Casos aceptados o declinados incorrectamente / Total de casos por analiza *100).</p> <p>% de pagos a proveedores no realizados a tiempo</p> <p>(Pagos realizados a tiempo/ total de pagos por realizar * 100)</p>	<p>Registros por crear en la DSAS para medir estos indicadores, ya que actualmente no se llevan datos y son críticos</p>	<p>Llevar una hoja en Excel en la que se contabilicen los reprocesos, por responsable, descripción inconsistencia</p>	<p>Evaluar la situación actual de los reprocesos y cómo esto impacta el servicio para dentro de los meses de la norma este aspecto quede controlado.</p>
<p>% de avance en actualización de procedimientos</p> <p>(Procedimientos actualizados / total de procedimiento pendiente de actualizar * 100)</p> <p>% de creación</p>	<p>Verificación de las fechas de actualización en los procedimientos que estén en la base SIVIPRO.</p>	<p>Acceso a la carpeta compartida de la documentación de la DSAS y comparar contra una base deseable de documentación vs. lo que se tiene actualmente. En cuanto</p>	<p>Suministrar una medición que permita al gestor de calidad tener toda la documentación de los procesos que solicite la norma y que esta se apegue a la situación actual, evitando las no</p>

<p>documentación complementaria (Manuales-instructivos-registros) por proceso</p> <p>(Documentación creada por proceso / total de documentación por crear*100)</p>		<p>a la actualización, se debe elaborar un cronograma para que las dependencias dueñas de los procedimientos actualicen la documentación</p>	<p>conformidades en las auditorías internas y externas.</p>
<p>% cumplimiento requisitos de la norma ISO 9001:2015</p> <p>(Requisitos completos con su propuesta documental y organizativa / total de requisitos por cumplir, según norma *100)</p>	<p>Herramienta de preauditoria (<i>Check list</i>), creada en la investigación</p>	<p>Entrevista aplicada y creada en esta investigación para evaluar el SGC</p>	<p>Suministrar una medición al gestor de calidad y un respaldo del cumplimiento de los requisitos aplicables en la norma y que fueron creados para empezar por aplicar las auditorías internas.</p>

Nota: Anthony Bonilla.

Los instrumentos detallados en la tabla 5 permiten obtener la información relevante para la evaluación de las variables del estudio.

Proceso para la recolección de Datos

Los datos de la investigación se obtendrán de las siguientes Notas:

- Entrevistas a los encargados del área y jefatura, se realizará una entrevista, con el fin de obtener información de la situación actual. En estas entrevistas se pretende tener una visión general de qué cumple la dependencia respecto a la norma.
- Sistema SIVIPRO: base de datos de los procedimientos y registros de las dependencias.
- Preguntar por la documentación complementaria que se tenga en la que exista un riesgo durante el mapeo de los procesos.

- Información de quejas tomada de la Contraloría de Servicios.

Lo que se busca es evaluar qué se cumple de la norma y qué se debe hacer para una posible certificación. Para esto, lo primero es determinar la situación actual, qué se espera al futuro, verificar si los procesos cumplen con las especificaciones del cliente, describir qué debe hacer para cumplir.

Por lo tanto, se debe realizar una entrevista que brindará información sobre qué se debe tabular y ajustar para determinar la situación actual. Posteriormente, hacer una auditoría previa de los requisitos que cumplen y no cumplen de la norma.

Método de Análisis

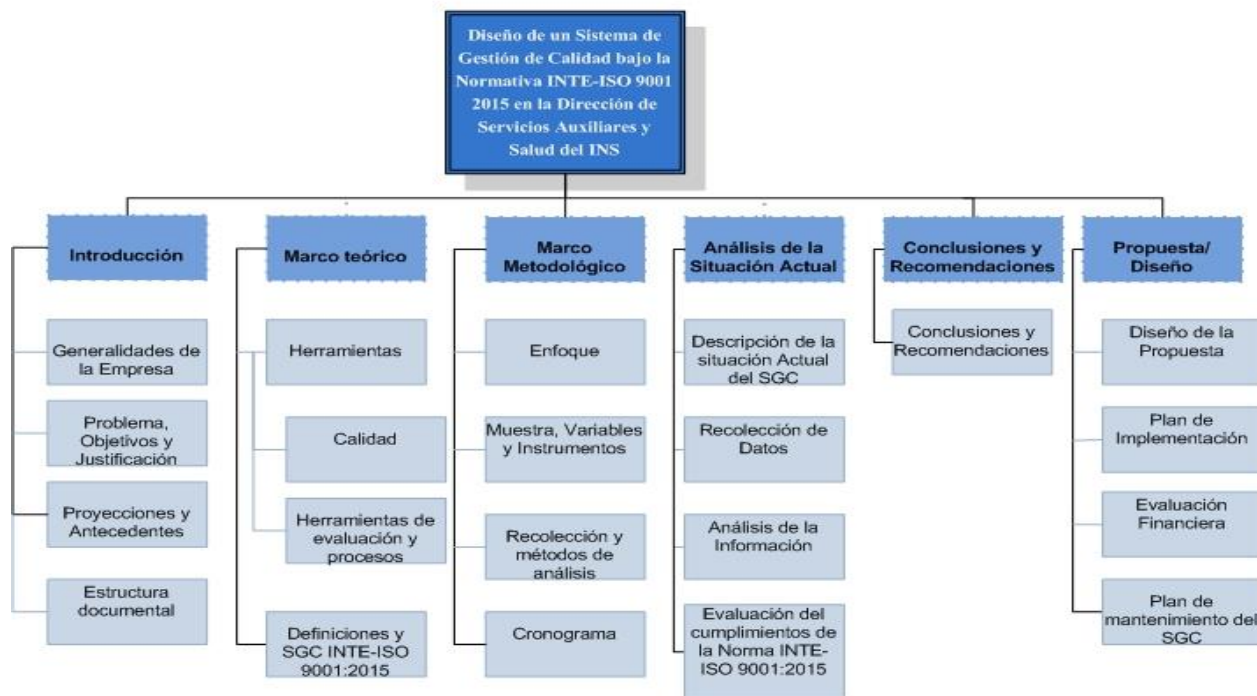
La información que se obtendrá de las entrevistas y de la auditoría se debe tabular en Excel, mediante la herramienta de preauditoría (*Check list*) realizada en esta investigación, para establecer lo que se debe crear y documentar en el manual de calidad. En el caso de los formularios para verificar el cumplimiento de la norma, se deben establecer escalas de medición, ya sea parcial o total, sacar posteriormente un porcentaje general de cumplimiento para determinar cuánto se debe diseñar para una posible certificación.

Asimismo, en Excel se sacarán los costos de la propuesta y los recursos que se deben emplear para una posible certificación.

Cronograma

A continuación, se adjunta el cronograma entregable que se debe presentar para cumplir con el objetivo de la investigación. Para lo anterior, se realizó un WBS, como se muestra en la Figura 12, que descompone jerárquicamente los puntos por desarrollar y un diagrama de Gantt que explica el tiempo y porcentaje de cumplimiento el avance. El proyecto tiene fecha de inicio el 01 de diciembre de 2018 y terminará el 30 de abril del 2019.

Figura 12. WBS de la Investigación



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 12 muestra los entregables, en total son 6 capítulos que se deben desarrollar para completar toda la documentación del estudio. Asimismo, para los entregables se definieron fechas de entregas, las cuales se detallan en la siguiente figura 13:

Figura 13. Diagrama de Gantt de la Investigación

Id.	Nombre de tarea	Comienzo	Fin	Duración	dic. 2018				ene. 2019				feb. 2019				mar. 2019				abr. 2019			
					2/12	9/12	16/12	23/12	30/12	6/1	13/1	20/1	27/1	3/2	10/2	17/2	24/2	3/3	10/3	17/3	24/3	31/3	7/4	14/4
1	Elaboración del Capítulo I, II y III y estructura del documento en general	3/12/2018	31/12/2018	21d	■																			
2	Elaboración del Capítulo IV	1/1/2019	31/1/2019	23d					■															
3	Revisión de capítulo IV y atención de observaciones tutor	1/2/2019	8/2/2019	6d									■											
4	Elaboración del Capítulo V	11/2/2019	18/2/2019	6d									■											
5	Elaboración del Capítulo VI	19/2/2019	11/3/2019	15d									■											
6	Revisiónes Finales a todo el documento (Capítulo I al VI)	11/3/2019	22/3/2019	10d									■											
7	Elaboración de Presentación (PPT)	25/3/2019	29/3/2019	5d													■							
8	Entrega de Tesis en Registro UIA	25/3/2019	28/3/2019	4d													■							
9	Defensa Tesis	1/4/2019	19/4/2019	15d													■							
10	Atención de Observaciones de defensa	22/4/2019	30/4/2019	7d													■							

Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la figura 13, el proyecto inició en diciembre de 2018. Se debe hacer la aclaración de que los capítulos I, II y III se realizaron en el taller del II Cuatrimestre de 2018, sin embargo, es para el III Cuatrimestre que se retoma la investigación. El mes de diciembre se dedica a corregir aspectos, de forma del documento, por ejemplo, el marco teórico, metodológico, dependencias por evaluar, entre otros.

A partir del mes de enero 2019 se empezaron a realizar los capítulos IV, V y VI, los cuales se tiene como meta terminar en la primera semana de marzo. Esto para tener dos semanas completas de revisión y validación del documento. Esta investigación se estará en la última semana de marzo, se espera también que la defensa se lleve a cabo en la tercera semana de abril.

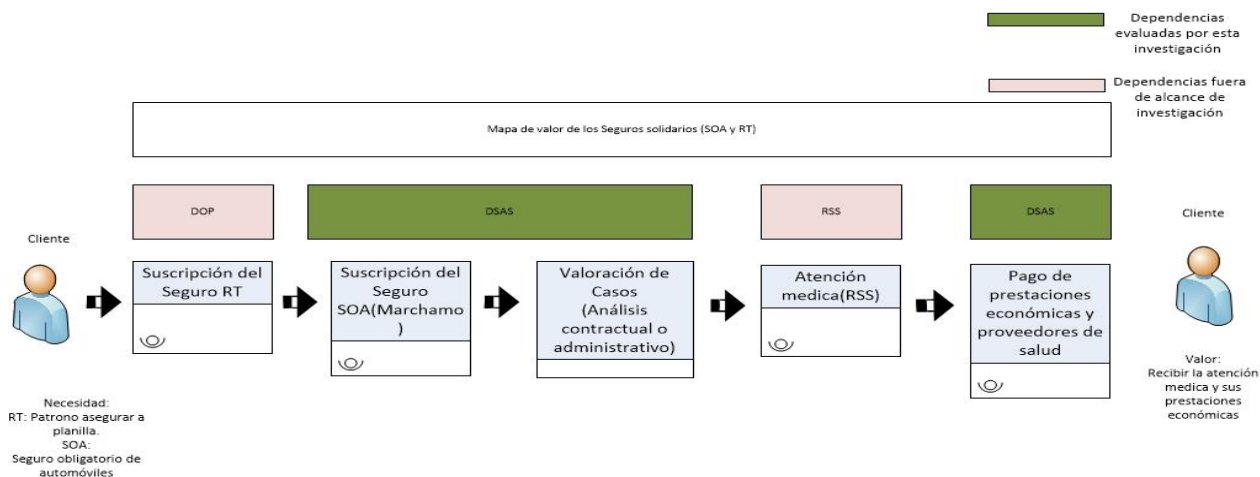
CAPÍTULO IV ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL

La DSAS, dependencia que se analizará en este capítulo, es la encargada de administrar los seguros obligatorios: Riesgos del trabajo y SOA que ofrece el INS al mercado costarricense. Actualmente tiene las siguientes funciones:

1. Tiene a cargo la administración financiera del Régimen, para esto, se realizan estados de resultados y comparaciones entre los gastos totales y los ingresos por primas. Asimismo, el presupuesto y control del servicio que brinda la Red de Servicios de Salud.
2. La logística para la cobranza del Seguro SOA (marchamos) al primer día de noviembre de cada año.
3. La aceptación administrativa de casos recibidos por accidentes que estén amparados por los seguros SOA y RT.
4. Pago de prestaciones económicas (incapacidades, rentas, viáticos y hospedajes) y el pago de proveedores de salud externos al INS que apoyan la gestión de atención médica de accidentados.
5. Criterios de aceptación y de la normativa que deben operar estos seguros (Gobernanza).
6. Estrategia de prevención para reducir los siniestros de los eventos que cubre este régimen de seguros obligatorios.

El estudio se enfocará en la evaluación de la norma en los procesos sustantivos o los que pertenezcan a la cadena de valor. En este caso, son aquellos que generan un valor al cliente interno o externo, es decir, el enfoque al cliente externo. Para entender qué es valor en el cliente externo, a continuación, se presenta el siguiente esquema:

Figura 14. Mapa de Valor Seguros Solidarios



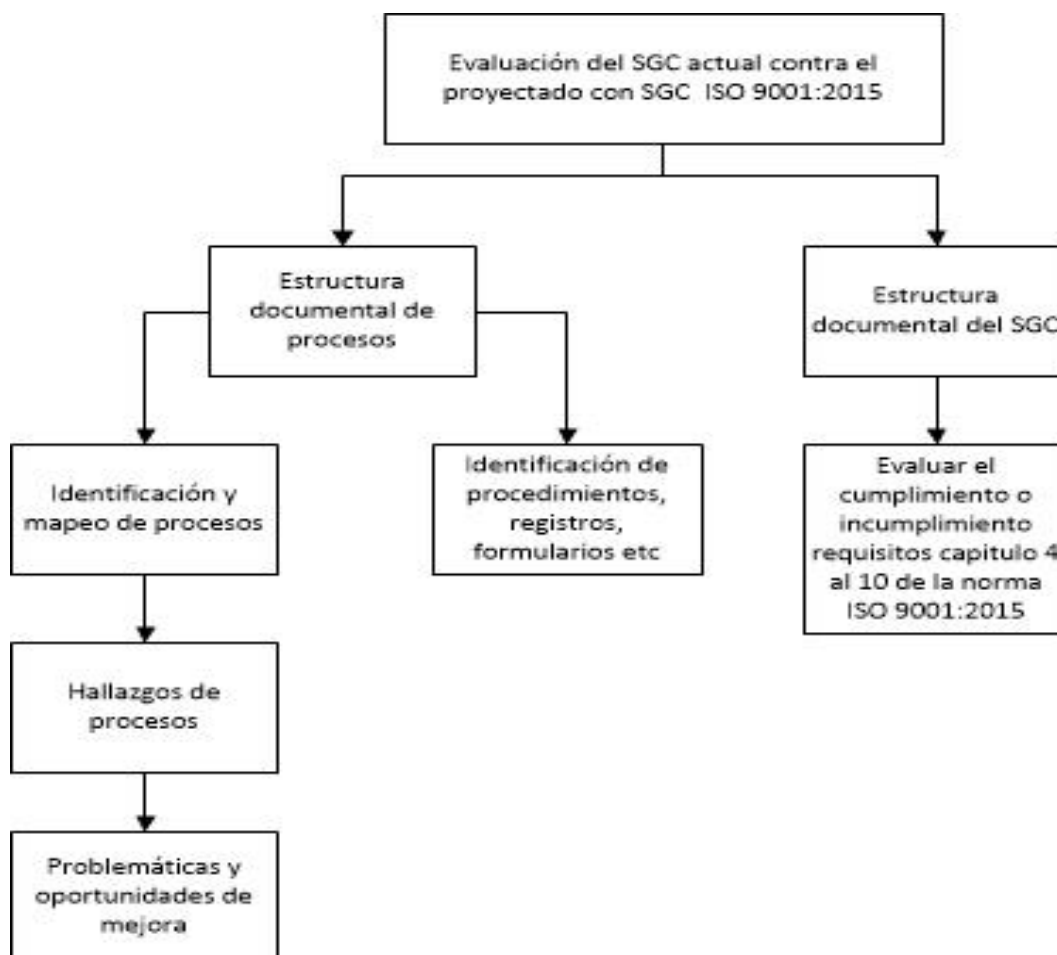
Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la figura 14, lo que se define como valor para el cliente externo es recibir la atención médica y sus prestaciones económicas, según los términos que establece el seguro. Para esto, es importante recalcar que la DOP (Dirección de Operaciones) mediante las sedes, tiene a cargo la suscripción del seguro Riesgos del trabajo o bien a través de la página del INS. Respecto al SOA, este se activa automáticamente una vez el interesado pague el marchamo.

La atención médica la brinda la RSS (Red de Servicios de Salud), subsidiaria que forma parte del Grupo INS y otros centros médicos privados externos. Tanto la RSS y los centros médicos privados se consideran proveedores de salud, que brindan un servicio al INS y este debe pagar por esto. El pago de los servicios está a cargo de la DSAS, dependencia del INS, además, el proceso logístico que se debe hacer para cobrar el marchamo todos los años también es función de la DSAS.

Debido a lo anterior, para optar por una certificación ISO 9001 es necesario descomponer la DSAS en macroprocesos y procesos, esto para cumplir con los aspectos relacionados con la estructura documental que exige la norma. Posteriormente, se deben evaluar los requisitos desde el capítulo 4 al 10 que sean aplicables. A continuación, se describe el esquema a seguir para diagnosticar la situación actual contra la deseada teniendo SGC, según la norma:

Figura 15. Mapa por Seguir en el Diagnóstico del SGC



Nota: Anthony Bonilla.

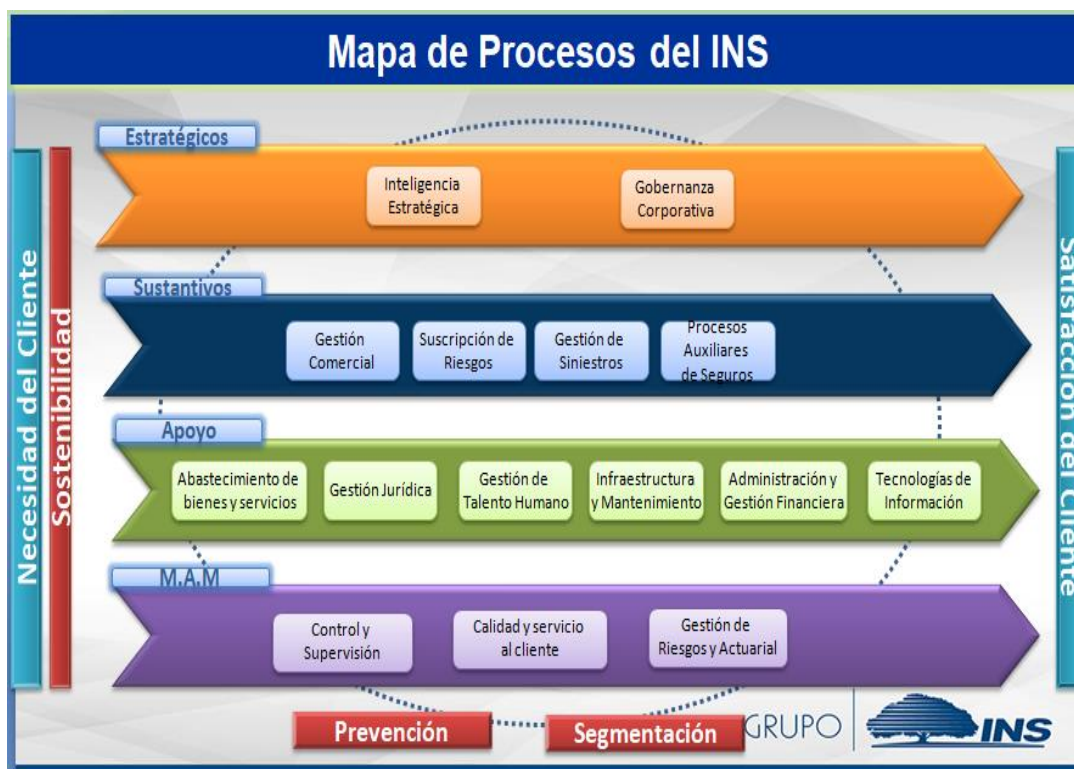
Como lo describe la figura 15, es la secuencia de macro actividades por realizar para diagnosticar la situación actual y tener un acercamiento a lo que se debe implantar o mejorar si se desea obtener una certificación INTE-ISO 9001:2015. En primer lugar, se deben identificar los procesos a evaluarse y, posteriormente, su documentación, por último, se evaluará el resto de los capítulos de la norma que deben documentarse en un manual de calidad y se mostrará evidencia del cumplimiento a los auditores externos. El primer paso será identificar y evaluar la gestión de procesos como se describe, a continuación.

Identificación de Macroprocesos de la DSAS

El INS, en un esfuerzo por alcanzar las mejoras prácticas como una organización que mejore sus procesos internos y el servicio al cliente, empezó con la visión de orientar la compañía a un enfoque de procesos. Para esto, se diseñó un mapa de macroprocesos, que describe, de manera

general, cuáles son las agrupaciones de procesos que existen actualmente:

Figura 16. Mapa de Procesos del INS



Nota: Departamento Gestión de Calidad INS.

En cuanto al mapa de procesos y funciones descritas anteriormente, se procedió a realizar una matriz de relaciones (ver apéndice 1), la cual se desarrolló tomando como insumo el glosario de macroprocesos elaborado por el Departamento Gestión de Calidad (ver apéndice 6), que contiene las definiciones de cada macroproceso. Después se comparó cada función contra las definiciones del glosario, para encontrar afinidad o relación, esto como parte de la estructura de procesos que se pretende implantar y que es necesaria para evaluar los requisitos de la norma INTE-ISO 9001:2015.

Del análisis anterior, se determinó que los macroprocesos en los cuales trabaja la DSAS son los siguientes:

- Gestión de Sinistros.
- Suscripción de Riesgos.
- Gestión Comercial.

- Gobernanza Corporativa.
- Administración y Gestión Financiera.

A partir de lo anterior, resulta oportuno mencionar que la presente investigación se enfocará en la evaluación de la norma en los procesos que se identifiquen en la DSAS y deriven de los macroprocesos sustantivos: Suscripción de Riesgos y Gestión de Sinestros, debido a que estos forman parte de la cadena de valor, es decir, son los que tienen injerencia directa con los clientes externos de la DSAS.

En relación con este último aspecto, los clientes externos que reciben valor de la DSAS son los siguientes:

- Asegurados por el Régimen solidario SOA y Riesgos del trabajo.
- Conductores nacionales y extranjeros con algún tipo de vehículo.
- Proveedores de salud.

Según lo mencionó el encargado de los procesos, existen quejas en la actualidad, las cuales impactan el servicio al cliente. Por este motivo, se solicitó información a la contraloría, con el fin de determinar cuáles son las más comunes. De 107 quejas que comprenden el periodo diciembre 2018 y enero 2019 se obtuvo lo siguiente:

- Inconformidad con el plazo de resolución: 30.
- Inconformidad con la resolución del caso: 10.
- Inconformidad con la solicitud de requisito: 4.
- Mal trato de personal RSS: 25.
- Pago fuera de tiempo: 19.
- Tiempos de espera en plataforma de pagos: 19.

Todas estas quejas derivan en un impacto para el INS, estos impactos se describen, a continuación, en la tabla 6:

Tabla 6. *Impactos de Mala Calidad en Clientes Externos de la DSAS*

Cliente	Incumplimiento	Impacto
Asegurados por el Régimen solidario SOA y Riesgos del trabajo.	1. Casos mal aceptados administrativamente. 2. Prestación económica no pagada en los tiempos establecidos	Aumento de costos administrativos al atender las apelaciones de los clientes. Este tiempo se requiere para atender nuevos casos.
Conductores nacionales y extranjeros con algún tipo de vehículo.	1. No cumplir con el tiempo establecido el cobro de marchamo. 2. Errores durante el cobro del marchamo.	Reputacional a nivel país, mala percepción por incumplimiento de una fecha pactada. Asimismo, percepción negativa del cliente con las inconsistencias que se presenten durante el cobro del marchamo.
Proveedores de salud.	No cumplir con los pagos a proveedores en los plazos establecidos en los contratos	Genera una multa para el INS, según lo estipulado en la Ley de Contratación Administrativa

Nota: Anthony Bonilla.

Debido a las circunstancias descritas en la tabla anterior, en la presente investigación se evaluarán los requisitos de la Norma INTE-ISO 9001:2015 con el fin reducir los incumplimientos y los impactos asociados a estos y como un modelo de negocio que se enfoque en la optimización y calidad. En ese sentido, para desarrollar este aspecto se deben identificar los procesos en los cuales se evaluarán los requisitos de la norma.

Identificación de Procesos Sustantivos de la DSAS

Al tener claros los macroprocesos en los cuales la DSAS tiene participación y, con el fin de evaluar el cumplimiento de la Norma INTE-ISO 9001:2015, se procedió con el mapeo de los posibles procesos que se deben documentar y que están relacionados con los clientes externos que se identificaron en el apartado anterior. Para esto, se realizaron sesiones de trabajo con los encargados, con el fin de representar gráficamente los procesos, mediante diagramas de flujo.

Los procesos que se identificaron (ver apéndice 2) son los siguientes:

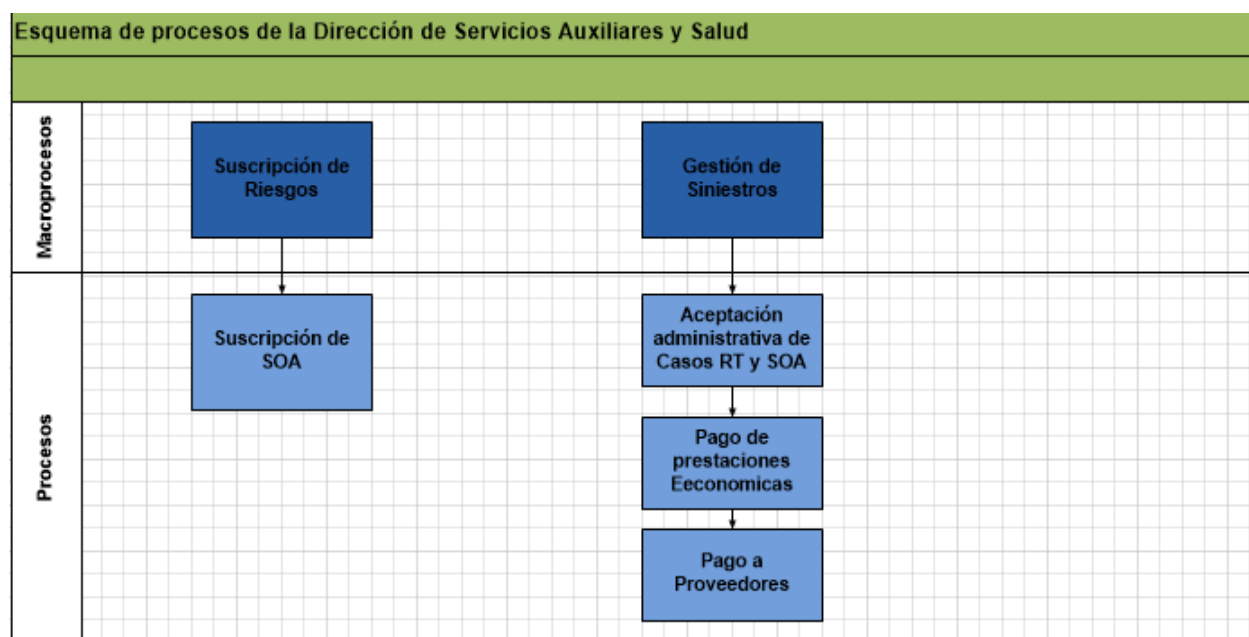
- Aceptación Administrativa de casos SOA y RT.
- Pago de Prestaciones.
- Proceso de Pago a Proveedores.

- Suscripción del Seguro SOA.

En la Figura 17 se presenta el esquema de procesos de la DSAS en el que se visualiza que estos procesos se catalogan dentro de la cadena de valor, ya que los procesos sustantivos son la razón de ser de la dependencia, donde se interactúa con los clientes externos.

A continuación, se muestra el esquema de la DSAS:

Figura 17. Esquema de Procesos Identificados en la DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

La DSAS en la actualidad cuenta con 4 departamentos adscritos a su estructura y una unidad administrativa:

- Departamento Gestión Operativa y SOA.
- Departamento de Servicios Administrativos.
- Departamento Gestión en Prevención.
- Departamento Riesgos del Trabajo.
- Unidad Administrativa.

De los procesos identificados y las dependencias que cuenta la DSAS que están en el alcance de esta investigación, se presenta la siguiente tabla que muestra la asignación de procesos

contra las dependencias:

Tabla 7. *Distribución de Procesos entre las Dependencias de la DSAS*

Departamentos	Departamento Gestión Operativa y SOA	Departamento de Servicios Administrativos
Procesos		
Aceptación Administrativa de casos SOA y RT	X	
Pago Prestaciones Económicas		X
Pago a Proveedores		X
Suscripción de SOA	X	

Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la tabla 7, cada dependencia cuenta con 2 procesos que serán evaluados contra los requisitos de la norma INTE-ISO 9001: 2015 como se despliega en el siguiente apartado, desde el aspecto documental y de requisitos generales de la norma.

Situación Actual de Procesos Sustantivos DSAS

Análisis de Reprocesos

De acuerdo con el mapeo realizado de los procesos, se encontraron reprocesos que pueden derivar en no conformidades en una auditoría externa del SGC. Una de las problemáticas que se tiene en la DSAS es que no se cuenta con mediciones, ni se llevan datos de los procesos, sin embargo, en este apartado se describirán las inconsistencias:

Proceso Aceptación de Casos Administrativa de SOA y RT

Durante el mapeo se detectó que en la aceptación de casos SOA o RT se presentan reprocesos de dos tipos:

- Casos aceptados cuando no proceden.
- Casos con requisitos que no proceden.

Estas inconsistencias derivan en la afectación directa del asegurado, ya que, si no se acepta

el caso, este no podrá recibir las incapacidades, las cuales se pagan en el proceso *prestaciones económicas*.

Para encontrar posibles causas de esta problemática, se verificó en campo cómo se analizan los casos SOA y RT y se encontraron los siguientes aspectos:

Se utilizan 2 sistemas, SIMA y AS400, estos no están integrados y para aceptar, declinar o poner en requisitos un caso se debe asignar un código, sin embargo, este se puede colocar de manera incorrecta o bien que al no guardar el caso este deja un código por defecto de declinado. Dos de las posibles causas son atribuibles al sistema y al aceptador.

Además, en las inconsistencias de requisitos que no proceden se detectaron que algunos aceptadores solicitan requisitos a criterio de lo que consideran, esto puede ser que el aceptador pida 3 requisitos y otros pida 6 o casos que se pueden aceptar de una vez, según el criterio de un aceptador, pero otro aceptador considera que debe solicitarse más información, esto evidencia que no existe un estándar en los criterios de aceptación.

Proceso Pago a Proveedores

En este proceso se detectó que no cumplen en la totalidad de facturas recibidas en pago a tiempo por parte de los proveedores. Esto ocasiona multas que deber pagar el INS, aunado a esto no se ha evaluado el proceso desde el punto de vista de capacidad instalada o bien si existen actividades que no agregan valor, lo que resulta en no atender la demanda de facturas. Es importante aclarar que la demanda es muy variable y está en función de la cantidad de siniestros que se presenten y este dato no es controlable para el INS.

Proceso Pago Prestaciones Económicas

Durante un mapeo del proceso se detectó que se presentan las siguientes inconsistencias:

- Clientes que deben esperar aproximadamente entre 20 a 40 minutos para ser atendidos en la ventanilla, lo que ocasiona malestar, si se considera que algunos incluso cuentan con impedimentos físicos o están en recuperación. Se presentan colas de clientes de hasta 30 personas pendientes de ser atendidas.
- Para los impedimentos (incapacidades) que generan los médicos de la RSS, en

algunas ocasiones, no llegan a tiempo, que los médicos una vez atendido a un paciente deben ingresar la incapacidad al sistema transaccional, pero no lo realizan a tiempo. Esto deriva en que los tiempos establecidos para el pago de una prestación no se lleve en los plazos determinados. Sin embargo, por parte de la DSAS no se ha definido un plazo para que la RSS remita la incapacidad.

Proceso Suscripción de SOA

Este es un proceso que se ejecuta una vez al año, ya que empieza a ejecutarse desde enero y termina en noviembre, mes que se realiza el cobro del SOA en el ámbito nacional. Este lleva una serie de macroactividades logísticas que van desde coordinación entre varias instituciones públicas entre las cuales se encuentran COSEVI, CTP, ARESEP, Registro Nacional, Ministerio de Hacienda entre otros, que intercambian información necesaria para el cobro del marchamo y la coordinación de las pruebas a los sistemas y coordinación con los recaudadores externos (Bancos, Servimas, etc.).

El proceso se lleva a cabo, según cronograma de actividades en el que se explican los plazos que deben realizar todas las interrelaciones con instituciones externas e internas al INS, sin embargo, no en todos están establecidos los requerimientos que el INS requiere de las otras instituciones. Esto ocasiona que los tiempos del cronograma se deban ajustar y cerca de la fecha apresurar ciertas actividades debido a los atrasos y problemas de comunicación. Asimismo, no hay un modelo de lecciones aprendidas para mejorar cada año la recaudación del marchamo.

Análisis del Sistema Documental de los Procesos

Con el fin de tener identificada la documentación que tiene los procesos sustantivos de la DSAS, se realizó un mapeo de qué se tiene, qué se debe elaborar y, finalmente, qué se debe controlar para cumplir con las salidas esperadas por el cliente.

Figura 18. Pirámide Documental de los Procesos Sustantivos de la DSAS Actual



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 18 muestra el orden de la documentación actual de procesos, en el que se tiene el mapa de procesos, procedimientos escritos que describen las actividades y algunos manuales o instructivos, los cuales no están integrados a los procedimientos o bien no están controlados. Actualmente, el INS cuenta con una base llamada SIVIPRO que administra los procedimientos para que sean de conocimiento institucional, no obstante, los manuales o instructivos de trabajo no se encuentran en esta plataforma.

Procedimiento: VA-001 Proceso de Indemnización del Seguro Autoexpedible Más Protección.

Manuales creados: Apertura de casos en sistema SIMA.

Pantallazo del Procedimiento:

Figura 19. Pantallazo Parte Final del Procedimiento VA-001

Historial de Revisión, Aprobación y Divulgación				
Versión:	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Oficio y fecha: (rige a partir de):
1				VA-00143-2017 1 de <u>Abril</u> del 2016
2				

Anexos	
Código:	Nombre:

Registros					
Código:	Nombre:	Responsable:	Modo de Indexar y Almacenamiento:	Acceso Autorizado:	Tiempo de Retención:

Control de Cambios	
Versión Modificada:	Descripción:
1	N/A
2	

Nota: SIVIPRO.

Como se observa en este procedimiento, el apartado de registros y anexos se encuentra en blanco, no hace referencia al manual citado anteriormente, el cual es necesario para ejecutar una de las actividades del proceso en el sistema transaccional. Además, queda en evidencia que no se realizan controles de cambios, aspecto que la norma solicita en el control de documentación, por lo que una de las problemáticas por mejorar es la integración de la documentación entre sus niveles, ya que por la complejidad operativa del INS y DSAS se requieren varios niveles documentales.

Siguiendo en análisis, se realizó el despliegue por procesos que abarcó los siguientes tipos de documentación mínimos necesarios para el SGC, para tener un punto de referencia contra lo esperado por la norma. La documentación definida para el análisis es la siguiente:

- Diagramas de flujo de proceso.

- Procedimientos escritos.
- Manuales / Instructivos.
- Registros.
- Indicadores.
- Formularios (establecidos por la SUGESE).
- Planes de acción (evaluación de riesgos).

A continuación, se realiza el despliegue por procesos:

Proceso Aceptación de Casos Administrativa de SOA y RT

Este proceso, cuya finalidad es dar la aceptación o declinación por un caso que debe ser amparado por el régimen solidario SOA o RT, cuenta con la siguiente documentación:

Tabla 8. *Análisis Documental del Proceso Aceptación Administrativa de SOA y RT*

Documento	¿Existe documento?	Cantidad	Actualizado	Fecha Ultima revisión	¿Debe ser controlado por la DSAS?
Diagrama de Flujo de procesos	No	1	✗	N/A	✓
Procedimientos	Sí	6	✗	1/4/2016	✓
Manuales del proceso	Sí	1	✓	1/12/2018	✓
Manuales de puesto	Sí	3	✓	1/12/2018	✗
Registros	No	0	✗	N/A	✓
Indicadores	No	0	✗	N/A	✓
Formularios	Sí	0	✓		✓
Planes de Acción	No	0	✗	N/A	✓
Cumplimiento:	50 %				

Nota: Anthony Bonilla.

Como se visualiza en la tabla 8, este proceso no cuenta con información necesaria para cumplir con los requisitos de la norma y apenas cumple con un 50 % de estos. También queda en evidencia que los procedimientos están desactualizados, este aspecto es sensible debido a que el proceso ha sufrido cambios y no están documentados, además que no es posible controlar el proceso y definir el estándar por seguir.

Asimismo, la única documentación actual que sí se controla son los procedimientos, los cuales se tienen en una base llamada *SIVIPRO* y los formularios, que se deben actualizar debido a solicitudes de la SUGESE. Finalmente, los manuales de puesto no son elaborados ni controlados por las dependencias, ya que estos son los elabora Talento Humano, los cuales son entregados a las dependencias para que definan cuál es el puesto adecuado, según el proceso o función requerida.

Proceso Pago Prestaciones Económicas

Este proceso cuya finalidad es pagar las prestaciones posteriores a la atención médica que da el INS, a un caso que debe ser amparado por el régimen solidario SOA o RT, cuenta con la siguiente documentación:

Tabla 9. *Análisis Documental del Proceso Pago Prestaciones Económicas*

Documento	¿Existe documento?	Cantidad	Actualizado	Fecha Última revisión	¿Debe controlarse por la DSAS?	¿Es controlado actualmente?
1. Diagrama de Flujo de procesos	No	1	✗	N/A	✓	✗
2. Procedimientos	Sí	26	✗	1/7/2015	✓	✓
3. Manuales del proceso	No	0	✗	N/A	✓	✗
4. Manuales de puesto	Sí	6	✓	1/12/2018	✗	✗
5. Registros	No	0	✗	N/A	✓	✗
6. Indicadores	No	0	✗	N/A	✓	✗
7. Formularios	Sí	0	✓		✓	✓
8. Planes de Acción (Riesgos)	No	0	✗	N/A	✓	✗
Cumplimiento:	38 %					

Nota: Anthony Bonilla.

Este proceso cuenta con 26 procedimientos que no se actualizan desde el 1/7/2015, según última revisión al sistema *SIVIPRO*. Además, es importante recalcar que no cuenta con manuales de procesos ni registros de control. En términos generales, apenas un 63 % de la documentación de este proceso se apega a los requisitos que pide la norma.

Proceso Pago a Proveedores

Este proceso, cuya finalidad es pagar a los proveedores de salud que brindan la atención médica que ofrece el INS, a un caso que debe ser amparado por el régimen solidario SOA o RT, cuenta con la siguiente información:

Tabla 10. *Análisis Documental del Proceso Pago a Proveedores*

Documento	¿Existe documento?	Cantidad	Actualizado	Fecha Última revisión	¿Debe controlarse por la DSAS?	¿Es controlado actualmente?
1. Diagrama de Flujo de procesos	No	1	×	N/A	✓	×
2. Procedimientos	Sí	29	×	1/7/2015	✓	✓
3. Manuales del proceso	No	0	×	N/A	✓	×
4. Manuales de puesto	Sí	6	✓	1/12/2018	×	×
5. Registros	No	0	×	N/A	✓	×
6. Indicadores	No	0	×	N/A	✓	×
7. Formularios	Sí	0	✓		✓	✓
8. Planes de Acción (Riesgos)	No	0	×	N/A	✓	×
Cumplimiento:	38 %					

Nota: Anthony Bonilla.

El proceso en referencia cuenta con 29 procedimientos que no están actualizados y no reflejan la situación actual del proceso. Además, no se tienen manuales de procesos que especifiquen cómo utilizar los sistemas transaccionales y la secuencia de pasos en actividades repetitivas del proceso. Finalmente, cumple apenas con un 38 % de los requerimientos documentales que exige la norma.

Proceso Suscripción SOA

Este proceso, cuya finalidad es realizar todas las actividades de logística para llevar a cabo el cobro del marchamo el primer día de noviembre de cada año, cuenta con la siguiente información:

Tabla 11. *Análisis Documental del Proceso Suscripción de SOA*

Documento	¿Existe documento?	Cantidad	Actualizado	Fecha Última revisión	¿Debe controlarse por la DSAS?	¿Es controlado actualmente?
1. Diagrama de Flujo de procesos	No	1	✗	N/A	✓	✗
2. Procedimientos	Sí	29	✗	1/7/2015	✓	✓
3. Manuales del proceso	No	0	✗	N/A	✓	✗
4. Manuales de puesto	Sí	6	✓	1/12/2018	✗	✗
5. Registros	Sí	0	✗	N/A	✓	✗
6. Indicadores	Sí	0	✗	N/A	✓	✗
7. Formularios	Sí	0	✓		✓	✓
8. Planes de Acción (Riesgos)	No	0	✗	N/A	✓	✗
Cumplimiento:	63 %					

Nota: Anthony Bonilla.

El proceso del marchamo sí cuenta con procedimientos, sin embargo, no están actualizados. Tiene un registro que es un cronograma en el que se establecen las fechas y el cumplimiento de las actividades logísticas. Además, no se encontraron manuales para las actividades operativas necesarias, en términos generales cumplen en un 63 % los requerimientos que la norma exige en la gestión documental.

Como se ha visto en los cuatros procesos existen debilidades documentales, que se deben elaborar para cumplir con los requerimientos que deben documentarse, según la norma.

Evaluación del SGC Actual en la DSAS

Para evaluar la situación actual del DSAS respecto a los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2015, se elaboraron varias sesiones en las que se aplicó un cuestionario (ver apéndice 3), a los dueños de los procesos identificados anteriormente, los cuales tienen conocimiento de la documentación, registros y funciones relacionadas con cada proceso.

El cuestionario está directamente ligado con la escala de medición establecida, en el que, según los criterios, la documentación y evidencia indicada por el dueño de proceso se asignó un peso en orden de cumplimiento parcial, hasta cumplimiento total inclusive. A continuación, en la tabla 12 se describe la escala de medición utilizada:

Tabla 12. *Escala de Medición para Evaluación de la Norma ISO 9001:2015 en DSAS*

Escala de medición			
Criterio	Puntaje	Clasificación	Definición
A. Cumple completamente con el criterio enunciado	10 puntos	Verificar y Actuar	Se establece, se implanta y se mantiene. Corresponde a la fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema
B. Cumple parcialmente con el criterio enunciado	5 puntos	Hacer	Se establece, se implanta, no se mantiene. Corresponde a la fase del Hacer del sistema
C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado	3 puntos	Planear	Se establece, no se implanta, no se mantiene. Corresponde a la fase de identificación y Planeación del sistema
D. No cumple con el criterio enunciado	0 puntos	N/S	No se establece, no se implanta, no se mantiene

Nota: Anthony Bonilla.

En cuanto a la clasificación anterior, se utilizó el peso con base en el cumplimiento total al requisito de la norma y a la fase del ciclo de mejora continua, en el que, según el peso de cumplimiento, es la fase que se debe desarrollar, entre la cuales está verificar y actuar para el requisito completo en su totalidad y un planificar para el cumplimiento más bajo que se tenga. Finalmente, se tiene la calificación cero, que describe aquellos requisitos que no son aplicables a la gestión de los procesos sustantivos de la DSAS (ver apéndice 4).

Una vez establecido este criterio, la tabla de evaluación contiene los 9 capítulos auditables de la Norma ISO 9001:2015, así como todos los requisitos de cada capítulo, al cual se le puede asignar el peso 10=A, 5=B, 3=C y 0 = N/S, según aplique. Como se busca evaluar el cumplimiento, la tabla suma todos los pesos asignados y los divide contra la cantidad máxima disponible de puntos, valor por capítulo: % Obtenido = $((A+B+C) / 100)$.

El objetivo de esta medición es darle un criterio cuantitativo y un porcentaje para estimar cuál es la brecha de los requisitos que cuentan con evidencia parcial o total contra la norma y

desarrollar la base documental y de estructura para optar por una certificación. Una vez obtenidos los porcentajes de cumplimiento de cada capítulo, se estableció el siguiente criterio para definir las acciones por seguir, como se muestra en la tabla 13:

Tabla 13. *Intervalos de Medición para Evaluación de Cumplimiento SGC*

Acciones por Capítulo	
0 a 50 %	Implementar
50 a 80 %	Mejorar
80 % o más	Mantener
Calificación del Sistema	
0 a 50 %	Bajo
50 a 80 %	Medio
80 % o más	Alto

Nota: Anthony Bonilla.

De acuerdo con el porcentaje obtenido en cada capítulo al sumar el peso asignado contra el total máximo disponible, se define la acción que se deben realizar para alcanzar el objetivo. Del mismo modo, mediante un promedio de todos los porcentajes de cumplimiento de cada capítulo se establece la calificación global de calidad en la DSAS, tal como se observa en la tabla 14:

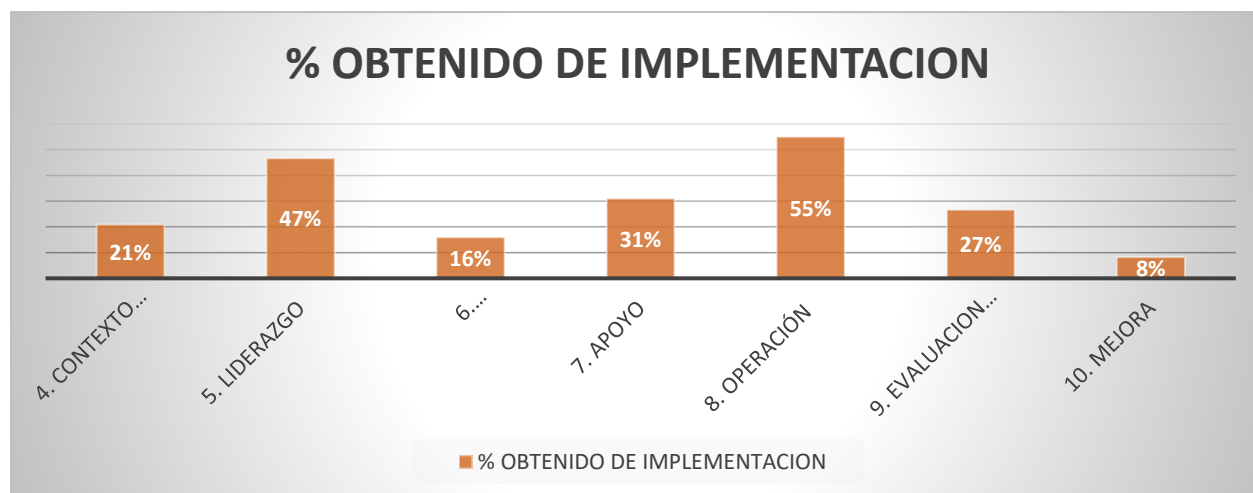
Tabla 14. *Diagnóstico de los Procesos contra los Requisitos de la Norma ISO 9001:2015*

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	21 %	IMPLEMENTAR
5. LIDERAZGO	47 %	IMPLEMENTAR
6. PLANIFICACIÓN	16 %	IMPLEMENTAR
7. APOYO	31 %	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	55 %	MEJORAR
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	27 %	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	8 %	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACIÓN	29 %	
Calificación global en la Gestión de Calidad	BAJO	

Nota: Anthony Bonilla.

Como se detalla en la tabla anterior, al revisar los capítulos de la norma desde el 4 hasta el número 10, el siguiente gráfico muestra los porcentajes de cumplimiento en cuanto a los requisitos de la norma y los que se deben elaborar, implantar y controlar para cumplir con la certificación:

Figura 20. Gráfica de Brechas por Capítulo de la Norma ISO 9001:2015

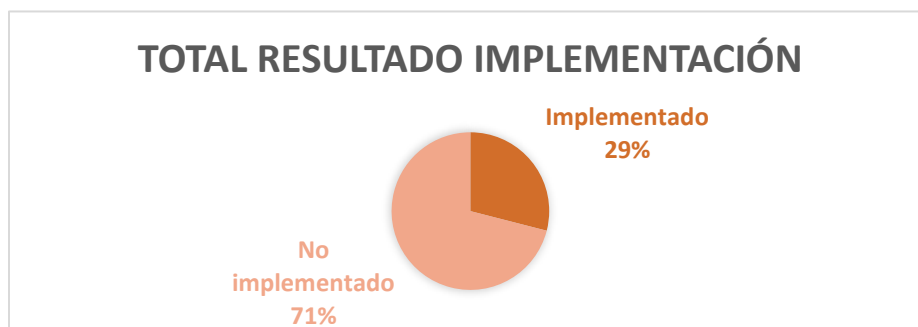


Nota: Anthony Bonilla.

De acuerdo con la gráfica anterior, se observa que el único capítulo que supera un 55 % de los requisitos establecidos por la norma es el capítulo 8 Operativa. Sin embargo, el resto no supera el 50 %. Asimismo, el capítulo 6 que hace referencia a la planificación y mejora tiene un 16 % y 8 % respectivamente de cumplimiento, es decir, son los más bajos.

Finalmente, en términos globales de calidad, la implementación que se tiene es un 29 %, lo que representa una falta de estructura documental y control sobre estos procesos para que garanticen la calidad, según las normas ISO. En la siguiente gráfica de pastel se muestra visualmente el 70 % que se debe trabajar para una posible certificación:

Figura 21. Porcentaje Global del Cumplimiento de la Norma ISO 9001:2015



Nota: Anthony Bonilla.

De acuerdo con la figura 21, la calificación de calidad es muy baja, un 30 %, por lo tanto, existe una brecha de 70 % de requisitos por cumplir para una posible certificación. Esto evidencia que se deben implantar cada uno de los requisitos aplicables a los procesos, con el fin de alcanzar el 100 %, según la norma.

A continuación, se detalla el encontrado en cada capítulo:

Tabla 15. Evaluación del Capítulo 4 Contexto de la Organización

Capítulo 4 Diagnóstico situación Contexto de la Organización				
Capítulo de la Norma	Evidencia	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
4.1 Compresión de la Organización y de su contexto	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No se tienen identificadas las cuestiones internas y externas que afecten un posible SGC en la DSAS.	Realizar un FODA y que este este documentado en el manual de calidad. Utilizar la evaluación EFI y EFE.
4.2 Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas	Plan Anual Operativo de la DSAS, este indica las metas por año para cumplir con Administración Superior	Se tienen identificadas las partes interesadas internas y externas, se cumplen con los requisitos de las partes interesadas internas y algunas externas (SUGESE).	No se tienen indentificados los requerimientos del cliente externo para la DSAS.	Definir una metodología que evalúe la voz del cliente externo periódicamente: Utilizar árbol de CTQs para tener las críticos de calidad y rediseñar los procesos bajo este modelo. Asimismo definir el sistema de medición que garantice cumplir con los requerimientos.
4.3 Determinación del alcance del SGC	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No se tiene establecido los límites del SGC y cuales son los requisitos que no aplican.	Tener identificados y controlados los aspectos de los puntos 4.1 y 4.2. Documentar los productos y servicios que pasan por el SGC.
4.4 Sistema de Gestión de Calidad y sus procesos	Mapa de procesos INS y Procedimientos	Se tienen identificados los macroprocesos del INS y procesos	Asimismo los procesos del SGC no están elaborados, ni sus procedimientos. No existen manuales y procedimientos requeridos en algunos casos.	Definir la base documental : diagrama, objetivo medible, indicador para medir el objetivo(KPIS), un SIPOC, los riesgos asociados etc.

Nota: Anthony Bonilla.

En el capítulo 4, como insumo principal al SGC, se detecta que no cuenta con la identificación de las cuestiones internas y externas que afectan a la DSAS, tampoco se evalúa el impacto del cliente externo. Asimismo, al no tener un SGC en vigor no se tienen los procesos de calidad y el alcance definido.

Tabla 16. *Evaluación del Capítulo 5 Liderazgo*

Capítulo 5 Liderazgo				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo (Evidencia)	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
5.1 Liderazgo y compromiso (Generalidades y enfoque al cliente)	PEI (Plan Estratégico Institucional)	La administración superior es la que dentro de sus objetivos a corto plazo requiere que al final de 2019, el INS este certificado en la norma ISO 9001: 2015. Si existe el compromiso.	Exactamente con el inciso f, la Gerencia no ha comunicado a nivel institucional la meta de la certificación ISO 9001:2015, esto es de conocimiento de jefaturas, sin embargo a niveles mas bajos no se esta familiarizado con este tema.	Desplegar un canal de comunicación entre la administración superior y el personal del INS con temas de calidad y ISO.
5.2 Política (Establecimiento de la política de Calidad, Comunicación de la	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe una política de calidad, por lo tanto no esta integrada a los procesos, ni a los objetivos institucionales.	Elaborar las política de calidad, la cual debe tener integrada los objetivos de calidad.
5.3 Roles, responsabilidades y autoridades en la organización	No existe evidencia que respalde este requisito	El departamento Gestión de calidad tiene a cargo la funciones de despliegue del SGC ISO 9001:2015 (Gestores de calidad)	No esta establecido como evaluar el SGC, ni que procesos realizarán esta actividad.	Definir los planes de acción que permitan sostener el SGC a través el tiempo. Definir responsables.

Nota: Anthony Bonilla.

Como punto importante no se cuenta con una política de calidad, lo cual es de suma importancia para la norma ISO 9001: 2015, ya que de esta derivan sus objetivos y metas a mediano y largo plazo.

No obstante, se cuenta con el apoyo de la administración superior para implementar un SGC institucional.

Tabla 17. *Evaluación del Capítulo 6 Planificación*

Capítulo 6 Planificación				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
6.1 Acciones para abordar los riesgos y oportunidades	Metodología de Evaluación de Riesgo Operativo del INS	Se evalúan riesgos operativos, pero no otro tipo de riesgos según se indica en la Norma	La metodología de Riesgos no esta tropicalizada a lo requerido por la Norma ISO 9001	Definir un procedimientos que integre la evaluación de riesgos actual con lo requerido por la Norma.
6.2 Objetivos de calidad y planificación para lograrlos	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No existen objetivos de calidad en la DSAS.	Definir los objetivos de calidad en concordancia con la política de calidad. Esto se deben elaborar con la jefatura de la DSAS. Finalmente debe documentarse.
6.3 Planificación de los cambios	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No esta establecida una metodología de cambios en el SGC, sin embargo la Administración del SCG estaría a cargo del Departamento Gestión de Calidad, por instrucción de la Gerencia.	Establecer un lineamiento o procedimiento para controlar los cambios que se deban realizar a la operativa y SGC

Nota: Anthony Bonilla.

Uno de los aspectos críticos en este capítulo es que existe una metodología de evaluación de riesgos operativos en el INS, pero esta no se enfoca en evaluar aspectos del cliente externo y los riesgos reputacionales por quejas. Se debe considerar en la propuesta que el enfoque de riesgos esté en función de lo requerido, según la norma, es decir, evaluar, partes interesadas, no conformidades y cambios repentinos en el SGC.

Tabla 18. *Evaluación del Capítulo 7 Apoyo*

Capítulo 7 Apoyo				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
7.1 Recursos 7.2 Competencia 7.3 Toma de conciencia 7.4 Comunicación	7.1.2 Existen manuales de puesto y las funciones y responsabilidades claras para el personal. Además el Dpto. de Talento Humano se encarga de los procedimientos de reclutamiento según necesidades de la DSAS. Únicamente para el punto 7.1.5 Requisito no aplicable ya que la DSAS no se encarga de medir o evaluar conformidades en servicios o productos	7.1.1 La DSAS tiene un método para la planificación de bienes y servicios que requiere, según procedimiento institucional. 7.1.2 Existen manuales de puesto y las funciones y responsabilidades claras para el personal. 7.1.3 El INS y la DSAS cuentan con los equipos, edificio, personal, Sistema de información necesarios para cumplir con sus funciones. 7.1.4 El INS y la DSAS aplica encuestas de empresas como Great Place to Work para evaluar la voz del empleado. 7.1.6, 7.2 y 7.3 El personal está capacitado y la DSAS en conjunto con TH tiene un sistema que facilita las capacitaciones y refrescamiento de conceptos en tema de seguros.	7.1.5.1 No aplica. 7.1.5.2 No aplica. 7.4 y 7.5 La DSAS no tiene establecido el mecanismo para involucrar al personal en temas de calidad y las ISO. Asimismo, no está definido como comunicar en relación al SGC	Incluir cursos en CEVINS para que el personal pueda entender y practicar la calidad, importancia de una certificación. Además de establecer una estrategia con TH para evaluar conocimientos y competencias del personal. Identificación de debilidades blandas y fortalezas. Implementación de lecciones aprendidas para retroalimentar sobre oportunidades o cambios en los procesos o negocio.
7.2 Competencia	No existe evidencia que respalde este requisito	El INS y los puestos que se requieran en la DSAS son lanzados a concurso, mediante un modelo de selección del colaborador que presente mejores credenciales para estar en un puesto deseado por el negocio. Asimismo el personal es capacitado en temas de seguros una vez al año, mediante campañas de capacitación de TH.	No está controlado, ni documentado el modelo dentro de un posible SGC	Documentar y controlar las acciones en relación a que el personal sea el adecuado al puesto.
7.3 Toma de conciencia	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No se tiene un sistema que facilite y transmita el sentido de importancia que implica el SGC y como todos los colaboradores pueden y deben cumplir. Adicionalmente no está documentado ni controlado.	Establecer los factores críticos que deben ser divulgados, así como el canal de comunicación para alcanzar los objetivos de calidad propuestos.
7.4 Comunicación	No existe evidencia que respalde este requisito	En el INS y la DSAS existen los canales de comunicación, que son importantes para el cumplimiento de este apartado. Se cuenta con Correo interno y reuniones periódicas para comunicar temas de interés.	No se tiene claro que comunicar, cuando, como y cuánto. No se tienen elaborados los temas que serán transmitidos como parte del involucramiento al SGC, este aspecto no está controlado ni documentado.	Recomendable entre el encargado de implementar el SGC y los dueños de procesos de la DSAS
7.5 Información documentada	Se tiene Manual Organizacional de la DSAS	La información del negocio si está documentada, por ejemplo: procedimientos, manual organizacional, manuales, registros entre otros. El Departamento de calidad, es quien tiene la función de diseñar, actualizar, controlar cambios entre otros de la información del SGC. La documentación del negocio, es responsabilidad de la DSAS.	No están controlado y codificados con un sistema de seguridad establecido. En cuanto a ciertos registros, manuales y procedimientos que requiere el SGC no están controlados.	Definir los manuales adecuados para controlar y mantener evidencia del SGC (Manual de calidad, con la política y objetivos de calidad entre otros puntos), procedimientos, registros, instructivos y finalmente definir donde será alojada toda la documentación (Valorar la incorporación de ISO TOOLS)

Nota: Anthony Bonilla.

Tabla 19. *Evaluación del Capítulo 8 Operación*

Capítulo 8 Operación				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
8.1 Planificación y control operacional	Procedimientos	Existen los criterios de aceptación establecidos para determinar si el servicio es conforme o no. Ya se tiene procedimientos y los criterios de aceptación.	No existen controles para determinar que las salidas sean conformes al cliente.	Fichas de procesos con los kpis , los riesgos identificados, planes de acción y mejora continua aplicada, evaluando la voz del cliente periódicamente.
8.2 Requisitos para los productos y servicios	Para el seguro Riesgos del trabajo: Norma técnica. SOA: Ley de transito 9075 Ambos de acceso al publico.	Dentro del alcance de esta investigación, no se considera los requisitos para el producto (Entiéndase el diseño y mantenimiento del seguro SOA y RT, ya que esto corresponde a otros procesos)	Dentro del alcance de esta investigación, no se considera los requisitos para el producto (Entiéndase el diseño y mantenimiento del seguro SOA y RT, ya que esto corresponde a otros procesos)	Dentro del alcance de esta investigación, no se considera los requisitos para el producto (Entiéndase el diseño y mantenimiento del seguro SOA y RT, ya que esto corresponde a otros
8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios	No existe evidencia que respalde este requisito	No aplica ya que la DSAS no diseña productos o servicios, no es competencia de esta dependencia hacer estas labores	No aplica ya que la DSAS no diseña productos o servicios, no es competencia de esta dependencia hacer estas labores	No aplica ya que la DSAS no diseña productos o servicios, no es competencia de esta dependencia hacer estas labores
8.4 Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente	No existe evidencia que respalde este requisito	Se llevan controles financieros y estratégicos del la RSS, proveedor encargado de brindar los servicios médicos.	No existe un modelo para evaluar los procesos de la RSS y que estos se ajusten a los requerimientos de la DSAS.	CMI con los indicadores principales de gestión de la RSS, asimismo indicadores de servicio. Mantener establecidas las salida y controles para los procesos de atención medica. En cuanto a servicio y racionalización del gasto en
8.5 Producción y provisión del servicio	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No se hacen evaluaciones de planeación de la producción para ver si la capacidad instalada actual cumple con la cantidad de solicitudes de servicio, tratando de cumplir con los plazos establecidos.	Desarrollar un estudio de cargas de trabajo y métodos, con el fin de determinar si los recursos actuales pueden hacerle frente a la demanda esperada.
8.6 Liberación de los productos y servicios	No existe evidencia que respalde este requisito	Los casos que se acepten o lo pagos que se realicen llevan un hecho, revisado y autorizado para tener 3 filtros posibles asegurando que no vayan mal desde la primea vez	No existe evidencia que respalde este requisito	Documentar en el SGC
8.6 Control de las salidas no conformes	No existe evidencia que respalde este requisito		No se llevan controles de reprocesos	Llevar control de los reprocesos en la aceptación de casos o pagos a proveedores y clientes, para ver frecuencia, responsables, y las posibles causas con el fin de identificar las oportunidades de mejora y reducir la incidencia.

Nota: Anthony Bonilla.

Tabla 20. Evaluación del Capítulo 9 Evaluación del Desempeño

Capítulo 9 Evaluación del Desempeño				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación	PAO (Planes Anuales Operativos)	Existen Indicadores muy generales de objetivos establecidos en los planes anuales operativos.	Los objetivos del Plan Anual Operativo no están enfocados al cliente. Los indicadores por lo tanto no evalúan aspectos claves de calidad. No existe un sistema de medición eficaz que permita evaluar el cumplimiento. En el caso de un SGC no esta definida la metodología de medición. No se evalúa la voz del cliente a tras vez del tiempo para conocer su satisfacción. No se mide la eficiencia actual en la gestión de los procesos.	Definir la metodología de medición estándar para la organización y un posible SGC. Definir un modelo para mapear la satisfacción del cliente en un período determinado por la administración para conocer si el SCG diseñado cumple con los objetivos.
9.2 Auditoria Interna	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No se ha diseñado el esquema a seguir para realizar las auditorias internas	Diseñar el modelo de evaluación interno del SGC para encontrar la No conformidades y desplegar acciones correctivas, antes de la auditoria externa. Desarrollar un cronograma de
9.3 Revisión por la Dirección	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe los medios para que la Gerencia o jefatura de la DSAS este enterada de la conformidad del SCG	Definir un comité de calidad conformado por la Gerencia, y jefatura de la DSAS, así para el resto del INS, donde en una fecha periódica el Dpto. de Calidad y la DSAS presenten los resultados del SGC y su cumplimiento.

Nota: Anthony Bonilla.

Este capítulo es de suma importancia, ya que es el encargado de evaluar la conformidad del SGC. En este caso no existe un método para realizar las auditorías internas, además, no se ha definido una estructura que represente la figura de dirección como responsable de garantizar que se tengan los recursos necesarios y que el SGC sea uno de los temas principales.

Tabla 21. *Evaluación del Capítulo 10 Mejora*

Capítulo 10 Mejora				
Capítulo de la Norma	Documentos de respaldo	¿Que cumple?	¿Que no cumple?	¿Cómo mejorar?
10.1 Generalidades	No existe evidencia que respalde este requisito	Se realiza una evaluación de la línea del seguro y de las condiciones del Seguro, es importante mencionar que el SOA es por decreto del Gobierno, el seguro RT es evaluado y modificado según las necesidades del sector laboral y que el INS requiera para brindar la atención	La mejora no esta aplicada a nivel del procesos.	Establecer una metodología de mejora de procesos mediante el control estadístico y creación de valor. (Principios Lean y Six Sigma)
10.2 No conformidad y acción correctiva	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe un sistema para atender y corregir no conformidades, reprocesas y los posibles impactos	Definir el sistema para atender las no conformidades, medir su impacto la eficiencia de las acciones correctivas entre la DSAS y el encargado de implementar el SGC
10.3 Mejora Continua	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe evidencia que respalde este requisito	No existe la mejora continua aplicada al SGC, ya que este no existe aun	Evaluar a las partes interesadas definida en el punto y como el SGC debe ser rediseñado según las condiciones cambiantes del cliente o mercados en seguros

Nota: Anthony Bonilla.

Una de las oportunidades de mejora, es que las no conformidades o servicios no conformes sean la entrada a los procesos de mejora que tiene el INS mediante su Departamento Gestión de Calidad, de esta forma, a través del DMAIC mejorar continuamente los procesos operativos de la DSAS y en INS en general.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo con los razonamientos que se han realizado en cuanto a la aplicación de la Norma ISO 9001:2015 en la DSAS del INS y después de determinar la situación actual, así como sus brechas por reducir, este capítulo tiene como objetivo detallar los principales hallazgos durante la evaluación de la Norma y las posibles oportunidades de mejora que se pueden implantar para optar por una posible certificación y, por ende, una optimización de la gestión de los procesos sustantivos que tienen relación directa con los clientes externos.

Conclusiones

Procesos

Existen debilidades en la parte documental de los procesos sustantivos de la DSAS, ya que no se tienen diagramas de flujo y procedimientos actualizados debidamente integrados a los diagramas de flujo.

Los procesos no cuentan con indicadores de desempeño, ni criterios de medición como la meta esperada, responsable de tomar acciones cuando el desempeño no sea el deseado y el plan de acción.

No existe evidencia para indicar si el método de trabajo de los procesos es el óptimo desde la perspectiva de eficiencia y calidad, ya que no se han realizado estudios de procesos, ni de los reprocesos que se presentan en la actualidad, como: aceptación administrativa de casos incorrectos, inconsistencias durante el cobro de los marchamos, multas por pagos a destiempo de los proveedores de salud. Asimismo, se encontraron diversas formas de hacer las actividades, lo que demuestra falta de estandarización.

Calidad

Como se describe en las conclusiones de proceso y, según lo observado durante los mapeos, para los reprocesos no se toman acciones correctivas ni mediciones asociadas para buscar oportunidades de mejora que reduzcan gradualmente la ocurrencia de estos a través del tiempo, por lo que queda en evidencia que no existe la filosofía de mejora continua.

Sistema Documental Actual

El sistema documental del DSAS, cuenta con procedimientos y algunos manuales de trabajo, sin embargo, llama la atención que los procedimientos están vigentes, mas no actualizados, lo que provoca que, en una posible auditoría externa, quede en evidencias que estos no reflejan el método actual del trabajo, lo que resulta en una no conformidad del sistema.

Otro aspecto crítico es que, de 90 procedimientos existentes y al seleccionar unos al azar se detectó que no están integrados con manuales de procesos, registros u otro documento que aporte a una ejecución correcta de las actividades de los procesos.

Sistema de Medición

En relación con el punto anterior calidad y procesos, se encontró una fuerte debilidad en cuanto a la medición de los proceso, reprocesos, calidad y satisfacción del cliente. Los indicadores que se llevan en la actualidad son globales (tácticos) de gestión evaluados en un Cuadro de mando Integral.

Estos muestran, de manera general, aspectos financieros del régimen solidario, casos tramitados, indicadores de control a la Red de Servicios de salud. No obstante, la DSAS carece de indicadores básicos operativos como calidad, productividad, producción, eficiencia de las estaciones de trabajo, utilización de la capacidad, entre otros.

Evaluación del SGC Actual Vs. Norma ISO 9001:2015

En términos generales, una vez aplicada la herramienta de evaluación de la Norma ISO 9001:2015 en la DSAS se obtuvo un porcentaje de calidad de 26 %, lo que evidencia una brecha de 74 % por implantar para optar por una posible certificación del Sistema de Gestión de calidad.

Con referencia a lo anterior, el capítulo 8 de la norma con un 52 % supera el mínimo, por lo tanto, este se debe mejorar y controlar. Asimismo, el capítulo 6 planificación tiene un 0 % de cumplimiento, por lo que es el más crítico y se debe desarrollar toda la documentación y requisitos para aumentar el porcentaje.

Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda en la parte estructural de la DSAS, definir un enlace para coordinar las actividades necesarias en el desarrollo de los requisitos de la norma aplicables, para que sirva de apoyo al gestor de calidad asignado, esto como primer paso o base de funciones y responsabilidades. Este enlace debe establecer los canales de comunicación con los colaboradores, coordinar las sesiones de trabajo, así como el lugar donde se realizarán y los medios audiovisuales necesarios.

En el segundo paso es importante establecer la gestión documental de los procesos y del sistema de gestión de calidad. Se debe dejar claro que ambos formaran parte del SGC diseñado, por lo tanto, se deben determinar los manuales o instructivos que sean necesarios en cada proceso, además de que la DSAS realice una actualización de procedimientos, ya que estos pueden auditarse en las auditorías finales y generar no conformidades.

En cuanto a la documentación de los procesos, se deben elaborar los procedimientos, manuales, registros, instructivos, indicadores, entre otros, que no existen y sean necesarios para garantizar que los procesos cumplen con los requerimientos del cliente. Con esto, se pretende también cumplir con varios de los requisitos de la norma, por ejemplo, el punto 4.4.2 del inciso 4.4 *Sistema de gestión de calidad y sus procesos* y el capítulo 8, punto 8.1 *Planificación y control operacional*.

En cuanto al SGC, se debe empezar por elaborar el manual de calidad, este servirá para definir la base del alcance del sistema en el que se mostrará la evidencia del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015. Este manual, de manera general, debe definir:

- Mostrar cómo la administración se compromete con la implementación del SGC y que esta será la base para evaluar su cumplimiento, además de brindar los recursos necesarios para cumplir con el capítulo 5 *Liderazgo*.
- Documentar la razón de ser del SGC, establecer la política y objetivos de calidad, los cuales deben ser medibles y estar alineados con la planificación y estrategias de la DSAS para cumplir con el capítulo 5, punto 5.2 *Política*.
- Definir un modelo de control de riesgos, que evalúe los posibles riesgos que afecten

el SGC y sus procesos, para cumplir con el capítulo 6 *Planificación*.

- El alcance del SGC, es decir, definir los límites que este cubrirá. Además, identificar los factores que pueden impactar positiva o negativamente, oportunidades de mejora para garantizar que el sistema se mantendrá con el avance del tiempo, esto es importante documentarlo mediante un análisis FODA. Capítulo 4, punto 4.1 *Comprensión de la Organización y su contexto*.
- Identificar a las partes interesadas (clientes internos y externos) y sus necesidades. Capítulo 4, punto 4.2.
- Documentar los procesos del negocio y los procesos del SGC, con la estructura que convenga a la DSAS, entiéndase, procedimientos, entre otros. Capítulo 4, punto 4.4.
- Documentar cómo evaluar y garantizar que los recursos disponibles permitan alcanzar los objetivos del SGC, además, de un Sistema de medición adecuado a los procesos de la DSAS, esto para cumplir con el capítulo 7 *Apoyo*.
- Establecer cómo medir y satisfacer a las partes interesadas identificadas para el SGC. Además, definir la metodología, recursos y cronograma para las auditorías internas del SGC, con el fin de encontrar no conformidades y productos no conformes, esto para cumplir con el capítulo 9 *Evaluación del Desempeño*.
- Definir un modelo de análisis y control de procesos, que facilite mejorar los reprocesos y no conformidades, establecer los planes de acción y de las lecciones aprendidas para reducir con el tiempo las no conformidades, a la vez que se perfecciona y busca la mejora continua establecida en el PHVA.

Asimismo, es necesario evaluar la adquisición de una herramienta que permita administrar la documentación del SGC de la DSAS y que esta sirva para el resto de INS, ya que, debido a la complejidad de la organización y la gran cantidad de procesos y procedimientos, se necesita tener un sistema que permita controlar la documentación, llevar bitácoras de cambios y los responsables de esta. Además, conformar un equipo de trabajo que se despliegue en el ámbito organizacional para implantar SGC.

Se recomienda establecer un comité de calidad que esté conformado por la administración

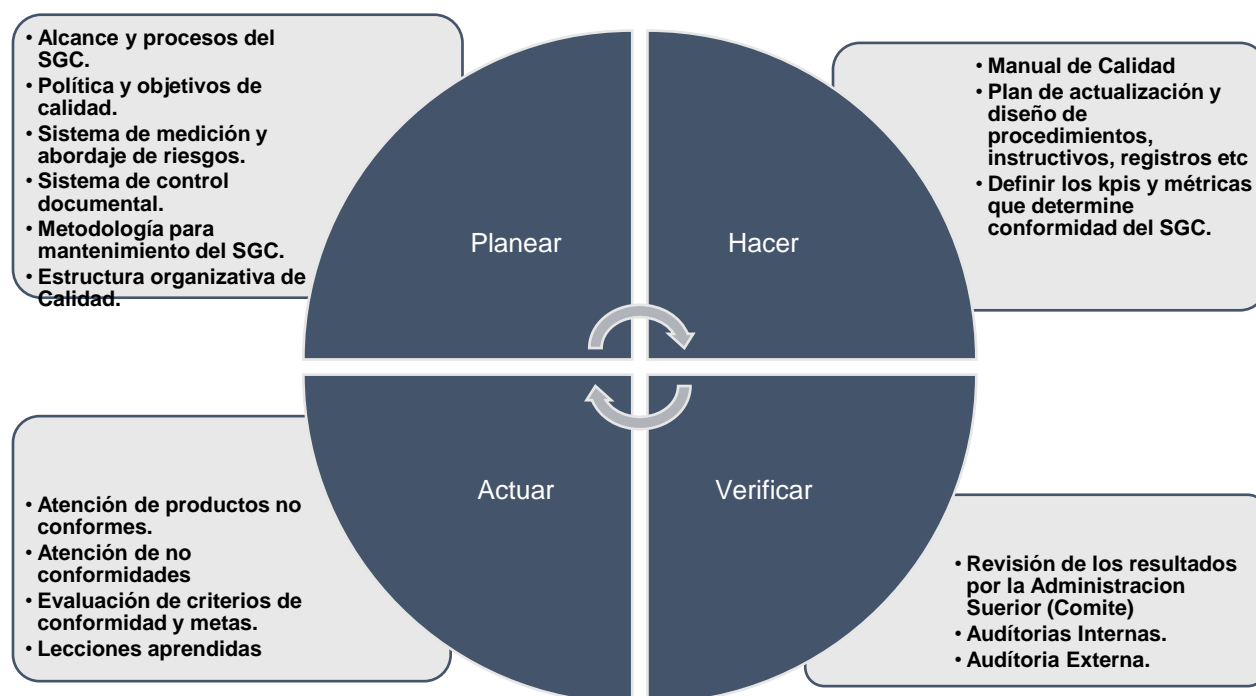
superior y jefatura del Departamento Gestión de Calidad para medir en periodos determinados la eficacia del SGC en la DSAS y, posteriormente, en el ámbito institucional. Asimismo, que este defina un equipo de trabajo y la metodología para dar mantenimiento una vez obtenida la posible certificación.

CAPÍTULO VI PROPUESTA

El presente capítulo busca proponer las soluciones que permitan atender la problemática que se ha desarrollado a lo largo de la presente investigación. Este capítulo desarrollará los requisitos que exige la norma INTE-ISO 9001:2015 en cada uno de los 7 capítulos auditables, además de presentar propuestas para la evaluación, auditorías y mantenimiento del SGC.

Las propuestas que se desarrollarán estarán bajo el enfoque de la mejora continua PHVA, como se muestra en la siguiente figura:

Figura 22. Esquema de Diseño SGC para la DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

En la figura anterior se presenta el despliegue que se debe seguir para desarrollar el sistema de gestión de calidad, que permita alcanzar una posible certificación de los procesos sustantivos de la DSAS bajo la filosofía de mejora continua. A continuación, se describe el orden que tendrá la elaboración de los requisitos por cada capítulo:

Figura 23. Desarrollo de Macro Actividades para el Capítulo VI



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 23 describe las macro actividades que se desarrollarán en el presente capítulo para cumplir con los objetivos del estudio. Lo primero es establecer un plan de implementación de cómo desarrollar el SGC. En segunda instancia se deben definir las partes interesadas, sus necesidades y, por último, identificar y controlar los procesos operativos, además de elaborar toda su base documental para el SGC. Se continuará con el despliegue de los requisitos de los capítulos 5 hasta el 8, desde su planificación.

Seguidamente, se trabajará en los requisitos de medición para determinar si el SGC es conforme y eficiente, en relación con los objetivos estratégicos de la DSAS mediante las revisiones de la dirección y las auditorías internas. Además, se desarrollará el enfoque de mejora continua para el cumplimiento del capítulo 10, este último es punto fundamental en el mantenimiento del sistema.

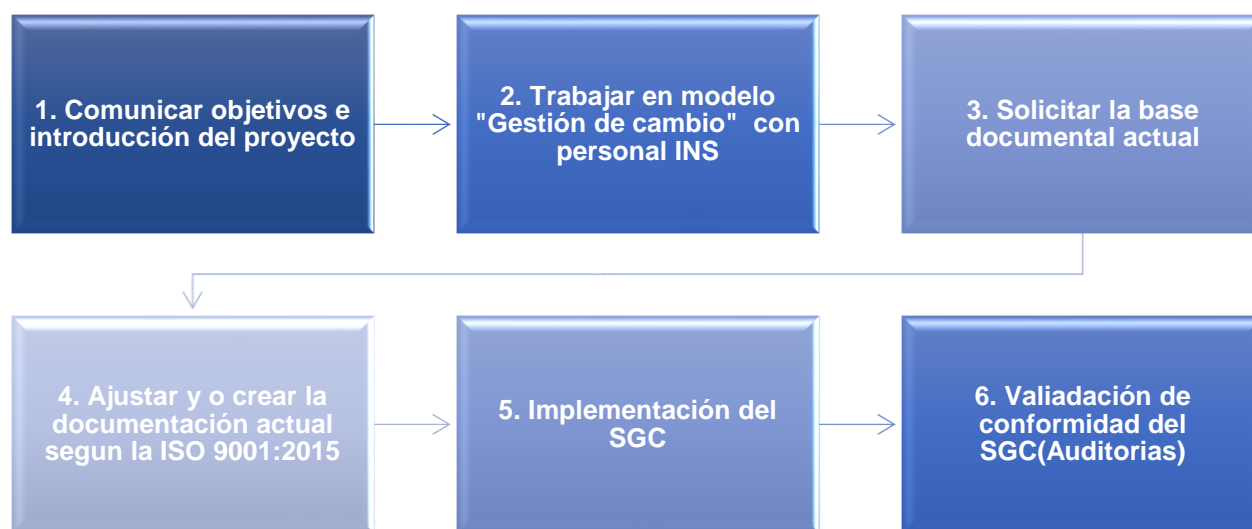
Finalmente, se cerrará con la propuesta económica de la implementación, propuesta organizativa de la DSAS y el INS y los cronogramas de implementación correspondientes y

factores críticos de éxito.

Plan de Implementación del SGC en la DSAS

Para dar inicio al desarrollo de la base documental de un SGC es importante planificar cómo se desarrollarán las actividades, cuándo se desarrollarán, quién será el responsable, qué información pedir en la dependencia y qué ajustar para cumplir con la normativa ISO 9001: 2015.

Figura 24. Plan de Implementación del SGC en la DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 24 muestra las 6 macro actividades que se proponen en este trabajo para alcanzar la certificación y mejora en la calidad de los procesos de la DSAS y del INS.

Para el punto 1, es prioritario establecer un objetivo claro, a dónde se pretende ir con el SGC y cuál es la visión de la administración superior en torno a las mejores prácticas que permitan mantener o atraer más clientes al negocio. Como el despliegue se debe hacer en el ámbito departamental, se debe comunicar con el jefe de cada departamento, indicar cuáles son los objetivos, definir un cronograma y establecer un enlace entre el gestor de calidad.

Este punto es de suma importancia, porque es en el que se vende la idea, en el ámbito organizacional. Para el punto 2, esta investigación propone un modelo sistemático para trabajar en el aspecto mental y cultural del personal, Se debe considerar qué es el factor más importante para desarrollar un SGC, esto es fundamental, ya que al ser una institución pública existe resistencia al

cambio. En el apéndice 3 se encuentra el proceso de cómo realizar esta gestión.

Siguiendo con el punto 3 y con el personal comprometido con el SGC, el gestor debe solicitar la documentación actual de los procesos y de los seguros para seguir con el paso 4, que es pasar toda esta documentación al formato ISO. Al mismo tiempo, se deben elaborar los requisitos que la norma pide y no se tienen en la DSAS o dependencia INS.

Una vez levantada toda la documentación, se procede implantar en SGC, según el punto 5 y que este empiece a ejecutarse. Se estima un tiempo de 6 meses para tener datos y, finalmente, se realizan las auditorías para evaluar si el SGC cumple con la normativa y todas las oportunidades de mejora.

Se propone el siguiente cronograma de gestión e implementación del SGC:

Figura 25. Cronograma de Implementación SGC

Cronograma del plan de Implementación del SCG en DSAS			
Actividades	Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Avance
Sesión con Jefatura DSAS	1/5/2019	3/5/2019	
Modelo gestión de Cambio	6/5/2019	28/6/2019	
Evaluación de Gestión de Cambio (Talento Humano)	1/7/2019	12/7/2019	
Revisión de la base documental de esta investigación y detalles finales	15/7/2019	2/8/2019	
Ejecución del SGC	5/8/2019	20/12/2019	
I Auditorías Interna	2/1/2020	31/1/2020	
Atención de No conformidades	3/2/2020	28/2/2020	
II Auditoria Interna y atención de no conformidades previas a primer contacto con INTECO	2/3/2019	20/3/2019	
Coordinación Administrativa con INTECO (Contratación administrativa, logística y asesoría)	23/3/2019	29/5/2020	
Auditoria Externa INTECO	1/6/2020	12/6/2020	
		Avance:	0%

Nota: Anthony Bonilla.

Se espera iniciar el SGC en mayo del presente año y finalizar en junio de 2020, cabe señalar

que, en la actividad relacionada con el levantamiento de información y requisitos, los procedimientos actuales deben actualizarlos la dependencia, así como manuales de proceso, esto antes de que sean rediseñados al formato ISO.

Entradas al SGC y Su Alcance

Desarrollo del Capítulo 4 Contexto de la Organización

Este capítulo contiene 4 enunciados que buscan dar una visión global de la organización sobre las cuestiones internas y externas que afectan, de manera positiva o negativa, el desarrollo y los objetivos del SGC y del negocio. Asimismo, toma en cuenta las expectativas de las partes interesadas de este SGC y, por último, identifica los procesos que componen el sistema.

Los procesos sustantivos, excepto *Suscripción de SOA* (ver apéndice 2), tienen un aspecto en común y es que forman parte de la indemnización de los seguros solidarios que el INS administra. Estos están fundamentados en las siguientes leyes:

- Para el SOA Ley de tránsito 9078 en su capítulo 3, artículos 56 al 78.
- Para el RT Título IV del Código de Trabajo, artículo 193.

Con referencia a lo anterior, es importante considerar los aspectos legales que rigen estos seguros y sus procesos indemnizatorios, ya que el *4.1 Compresión de la Organización y su contexto* tiene como objetivo que la organización identifique todas aquellas cuestiones internas o externas que afectan sus procesos y servicios. En el caso de los procesos sustantivos de la DSAS y el cumplimiento de este requisito, se propone utilizar un análisis FODA y evaluación EFI y EFE que afecten la DSAS:

Fortalezas.

1. Ninguna aseguradora tiene la administración de los seguros solidarios (RT y SOA).
2. Cuenta con una estructura para la atención médica de los siniestros (RSS).
3. Tiene gobernanza sobre los seguros solidarios.
4. Cuenta con vasta experiencia en las mejores prácticas para la suscripción e indemnización de estos seguros.

5. Cuenta con la administración financiera del Régimen Solidario.
6. Seguros solidarios amparados por la ley: Ley de tránsito 9078 y el código IV del Código de trabajo.

Oportunidades.

1. Optimizar la estructura organizativa y de procesos de la DSAS para reducir el gasto administrativo.
2. Utilizar la estructura de la RSS para ampliar el alcance en otros seguros que brinda el INS.
3. Mejorar la percepción del cliente en los servicios médicos e indemnizatorios de los seguros SOA y RT, con implementación ISO 9001:2015.
4. Mejorar la eficiencia de la RSS para aumentar el beneficio del régimen solidario.
5. Utilizar la Red de servicios de Salud para ofrecer atención médica de seguros médicos comerciales.

Debilidades.

1. Cultura del personal no enfocada a la flexibilidad y gestión de cambio.
2. Sistema actual no es flexible ni orientado al cambio.
3. Sistemas informáticos desactualizados o que no están integrados.
4. No existen metodologías para evaluar el cumplimiento de objetivos.
5. Controles poco eficientes en la gestión administrativa del INS hacia la RSS.

Amenazas.

1. El Régimen Solidario puede generar pérdidas al patrimonio del INS.
2. Que las aseguradoras participen en la suscripción e indemnización del SOA, lo que reduciría el ingreso por el primaje de este seguro.
3. Cambios en las leyes que amparan este régimen y que afecten el régimen solidario y la estructura organizativa del INS.

4. Pérdidas por mala planificación de la RSS.
5. Pérdida de clientes por un mal servicio en el régimen solidario.

Las cuestiones identificadas mediante el análisis FODA deben evaluarse periódicamente por medio de un sistema de medición y por la dirección. Una vez que se identifican las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, se procede a evaluar desde la perspectiva interna y externa, utilizando la evaluación EFI y EFE, para determinar el estado actual de la planificación estratégica. A continuación, se adjunta la evaluación correspondiente:

Figura 26. Matriz EFI y EFE DSAS

Evaluación EFI y EFE del contexto actual DSAS				
Factores clave		Importancia Ponderación	Clasificación Evaluación	Valor
Oportunidades (entre 5 y 10 factores)				
1.	Optimizar la estructura organizativa y de procesos de la DSAS para reducir el gasto administrativo.	15%	3	0,45
2.	Utilizar la estructura de la RSS para ampliar el alcance en otros seguros que brinda en INS.	10%	1	0,1
3.	Mejorar la percepción del cliente en los servicios médicos y indemnizatorios de los seguros SOA y RT, con implementación ISO 9001:2015.	40%	2	0,8
4.	Mejorar la eficiencia del la RSS para aumentar el beneficio del régimen solidario.	15%	1	0,15
5.	Utilizar la Red de servicios de Salud para ofrecer atención medica de seguros médicos comerciales.	20%	1	0,2
Amenazas (entre 5 y 10 factores)				
1.	El Régimen Solidario puede generar perdidas al patrimonio INS.	10%	1	0,1
2.	Que las aseguradoras participen en la suscripción y indemnización del SOA, reduciendo el ingreso por el primaje de este seguro.	30%	2	0,6
3.	Cambios en las leyes que amparan este régimen y que afecten el régimen solidario y la estructura organizativa del INS.	5%	1	0,05
4.	Perdidas por mala planificación de la RSS.	15%	1	0,15
5.	Pérdida de clientes por un mal servicio en el régimen solidario.	40%	1	0,4
Total		200%		3
Fortalezas (entre 5 y 10 factores)				
1.	Ninguna aseguradora tiene la administración de los seguros solidarios (RT y SOA).	50%	3	1,5
2.	Cuenta con una estructura para la atención medica de los siniestros (RSS).	30%	2	0,6
3.	Tiene gobernanza sobre los seguros solidarios.	5%	1	0,05
4.	Cuenta con basta experiencia en las mejores prácticas para la suscripción y indemnización de estos seguros.	5%	1	0,05
5.	Cuenta con la administración financiera del Régimen Solidario.	5%	1	0,05
6.	6. Seguros solidarios amparados por la ley: Ley de tránsito 9078 y el código IV del Código de trabajo.	5%	1	0,05
Debilidades (entre 5 y 10 factores)				
1.	Cultura del personal no enfocada a la flexibilidad y gestión de cambio.	20%	1	0,2
2.	Sistema actual de procesos y organizativo no es flexible ni orientado al cambio.	25%	1	0,25
3.	Sistemas informáticos desactualizados o que no están integrados.	25%	1	0,25
4.	No existen metodologías para evaluar cumplimiento de objetivos	10%	1	0,1
5.	Controles poco eficientes en la gestión administrativa del INS hacia la RSS	20%	1	0,2
Total:		200%		3,3

Nota: Anthony Bonilla.

El registro creado para evaluar los factores internos y externos se puede llevar a cabo mediante el registro *Evaluación EFI y EFE del contexto actual DSAS* (ver apéndice 8).

Como se observa en la tabla 20, en cuanto a la evaluación EFI el promedio de las fuerzas

internas de la organización supera el promedio de las debilidades, lo que indica que la DSAS está aprovechando su fortaleza, ya que se obtiene un 2,3 de calificación para las fortalezas y un 1 de debilidad.

Estas fortalezas debe controlarlas el SGC y revisarlas la dirección, en cuanto a los factores EFE, las oportunidades con una calificación de 1,7 contra un 1,3 de amenazas, indica que en la actualidad la DSAS está enfocada en fortalecer las oportunidades contra las amenazas, no obstante, la brecha es muy corta. Por lo tanto, es importante definir en los aspectos críticos por evaluar por el SGC los riesgos que deriven de las amenazas.

Una vez identificadas las cuestiones internas y externas, se procede con el análisis de identificación de las necesidades de las partes interesadas, según el enunciado *4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas*. Para cumplir este requisito, se define el siguiente modelo, con una escala de medición en cuanto al interés y la posible influencia a cambios del SGC:

Riesgo: nivel de riesgo que la persona o el grupo tiene sobre el SGC, si sus necesidades no son atendidas (0 para ningún riesgo y 10 para riesgo alto).

Cambios al SGC: capacidad para efectuar cambios al planeamiento o ejecución del SGC (0 para ningún interés y 10 para cambios altos).

La tabla 22, describe las partes interesadas detectadas, con referencia a las condiciones contractuales y normativas que el INS debe considerar en sus servicios.

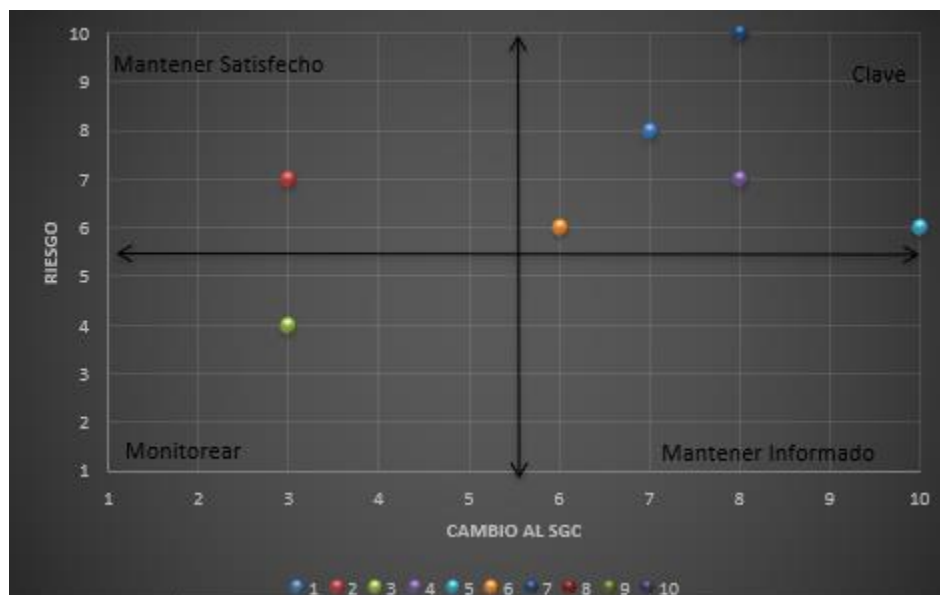
Tabla 22. *Criterios para Determinar Impacto Partes Interesadas*

ID	Parte Interesada	Riesgo asociado	Cambio al SGC
1	Asegurados por RT y SOA	10	8
2	Beneficiarios	4	7
3	Patronos	2	8
4	Proveedores de Salud	7	6
5	DSAS/INS	1	10
6	Instituciones externas (Ministerio de trabajo, COSEVI, etc.)	2	5
7	SUGESE	8	8

Nota: Anthony Bonilla.

Los clientes identificados en la tabla 22, son lo que deben considerarse en el SGC propuesto. Se le debe dar énfasis en los clientes con un riesgo alto si no se cumplen sus expectativas y los que pueden ocasionar cambios en el SGC. Esto se define mediante las escalas de medición y los cuartiles definidos en la figura 25.

Figura 27. Matriz Partes Interesadas



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 27 cuenta con 4 clasificaciones, que se detalla a continuación:

- Clave: grupo focal principal. Principales personas involucradas en el proceso de toma de decisiones. Tienen que comunicarse de forma constante. Sus requerimientos e intereses deben estar claramente definidos.
- Mantenerse Satisfecho: comunicación regular. Áreas de interés conocidas y de acuerdo.
- Manténgase informado: manténgase informado e involucrado en áreas de bajo riesgo.
- Monitor: manténgase informado a través de comunicaciones generales.

De las escalas citadas, las partes interesadas que estén en el cuartil clave son las que el SGC debe evaluar y darle un seguimiento periódico en el sistema de medición. Las partes interesadas en este cuartil son las siguientes:

- Asegurados por RT y SOA.
- Proveedores de Salud.
- DSAS/INS.
- SUGESE/ Instituciones externas.

La propuesta documental para atender este requisito se encuentra en el Apéndice 9.

Una vez identificadas las cuestiones que afectan a la DSAS y sus partes interesadas es importante establecer los límites y alcances del SGC, según indica el enunciado *4.3 Determinación del alcance de SGC*. Resulta oportuno indicar que en esta investigación el SGC se enfocará únicamente en los procesos sustantivos mapeados en la DSAS y sus requisitos aplicables.

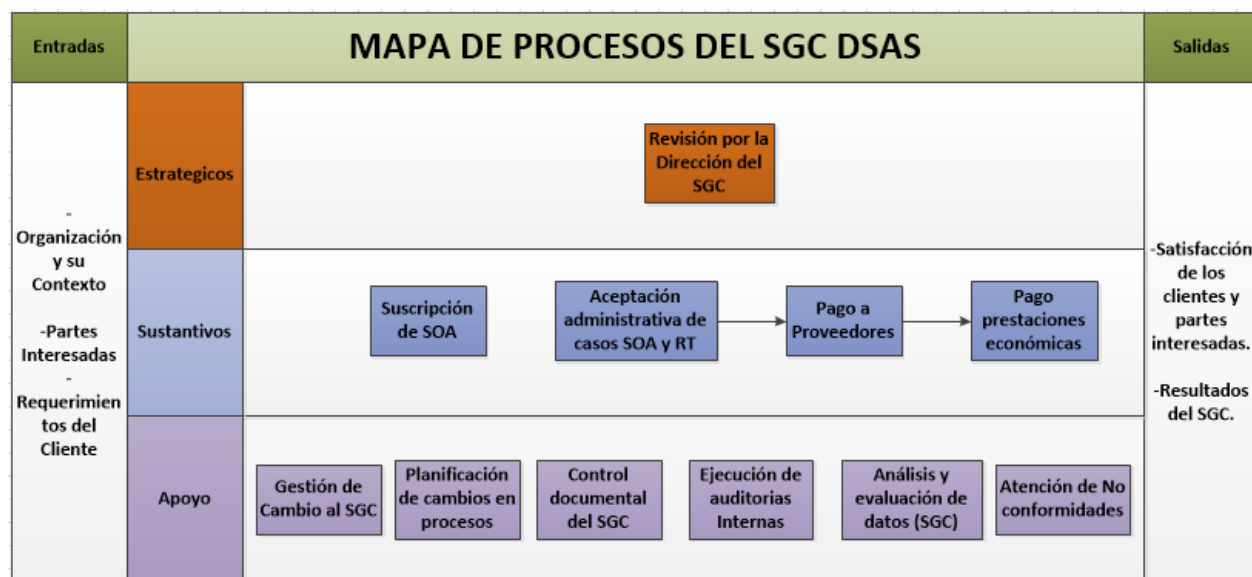
Asimismo, esta investigación determina que los requisitos de no aplicabilidad son los siguientes:

- 7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones.
- 8.3 Diseño y desarrollo de los productos y servicios.

Esto debido a que en la DSAS y los procesos sustantivos no requieren utilizar equipos de calibración, al ser una empresa de servicios de seguros, tampoco se encarga de diseñar productos o servicios para provisión de terceros.

Finalmente, para finalizar con el primer capítulo auditable, es necesario identificar y establecer los procesos operativos y los que sean necesarios para alcanzar los objetivos del SGC propuesto, según se indica en el enunciado de la norma *4.4 SGC y sus procesos*. Para cumplir con este requisito, la figura 28 representa el mapa de procesos del SCG, que contiene los procesos identificados y sus interrelaciones con las entradas y salidas:

Figura 28. Mapa de Procesos de la DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

El mapa de proceso anterior está compuesto por procesos estratégicos, sustantivos y de apoyo. Se debe aclarar que los de apoyo y estratégicos no son competencia de la DSAS, ya que estas funciones son del departamento de Gestión de Calidad del INS, dependencia que tiene a cargo la administración de SGC y su despliegue institucional. No obstante, el objetivo es cumplir con el mapeo de los procesos que componen el SGC, según el requisito 4.4.

Cada uno de los procesos referenciados en el mapa debe tener una ficha de procesos que describa:

- Las entradas y salidas que requiere cada proceso (SIPOC).

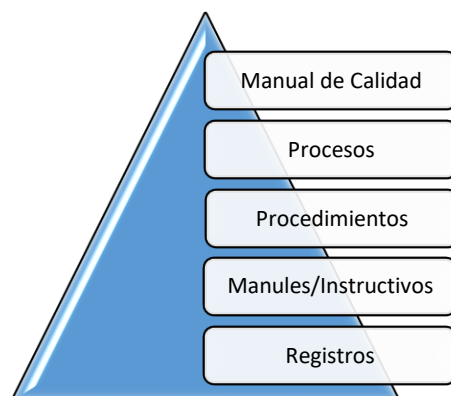
- Responsables en los procesos y recursos necesarios.
- Métricas para evaluar si el proceso cumple con lo establecido.
- Planes de acción para abordar riesgos.

En este propósito, la ficha de proceso estará acompañada de un diagrama de flujo de proceso y un SIPOC, con esto se pretende atender los incisos a, b, c, d, e, f, g y h del punto 4.4.1 de la norma (ver apéndices 2 y 3), en los que los diagramas están documentados, en cuanto a los formatos propuestos para esta investigación para la ficha de procesos, (ver apéndice 7).

En referencia al punto 4.4.2 la propuesta para cumplir este requisito se basa en el diseño del proceso *Control documental del SGC* (ver apéndice 3, numeral 4), el cual define qué pasos deben seguirse en la DSAS y el departamento Gestión de Calidad, para controlar los cambios en la base documental.

Sobre lo anterior, se propone la siguiente pirámide documental, la cual es necesaria debido a la complejidad de los procesos sustantivos de la DSAS y el INS. A continuación, se adjunta la propuesta:

Figura 29. Pirámide Documental del SGC en la DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 29 muestra que el manual será la base documental del SGC y donde se sentarán las bases de todos los requisitos para mostrar evidencia del cumplimiento de la Norma INTE ISO 9001:2015, ante las auditorías. Asimismo, los procesos, procedimientos, manuales e instructivos son la base para establecer la estandarización, control y aseguramiento de la calidad, buscando la conformidad de todos los elementos que la norma pretende controlar.

En cuanto a la codificación de la documentación del SGC, se propone la siguiente estructura:

Tabla 23. *Codificación Propuesta para el SGC en la DSAS*

Documento	Código
Manual de Calidad	MLC
Proceso	PRO
Procedimientos	PRC
Manuales de proceso	MLP
Instructivos	INST
Registro	REG

Nota: Anthony Bonilla.

Con la tabla anterior y los códigos establecidos para la estructura documental se establece la forma de codificar la documentación, la cual se describe a continuación:

Código + Dependencia + Consecutivo + Nombre del documento.

Con esto se pretende definir un estándar y que todas las partes interesadas tengan conocimiento y sea más sencilla la trazabilidad en el momento de crear, eliminar o cambiar documentación del SGC.

Planificación y Despliegue del SGC en la DSAS

Desarrollo del Capítulo 5 Liderazgo

Este capítulo establece que la organización tenga comprometida la alta dirección en el aseguramiento del cumplimiento de los objetivos del SGC y atención de las necesidades de los clientes o partes interesada, las cuales se identificaron en el punto 4.4.2 de la norma.

Es importante mencionar que la administración superior del INS, tiene como meta que se pueda alcanzar una certificación INTE-ISO 9001:2015 en el ámbito institucional, esto con una proyección a más tardar el año 2020. Para esto, la gerencia designó la responsabilidad al departamento de Gestión de Calidad, como coordinador y enlace entre el desarrollo e

implementación del SGC, así como ser el canal de comunicación para tener información sobre la conformidad del SGC.

Sin embargo, al delimitar esta investigación y evaluar los procesos sustantivos de la DSAS el punto *5.1 Liderazgo y Compromiso*, la jefatura es la que representa la alta dirección. Toma el papel de líder y se compromete a proveer los recursos necesarios, inculcar el pensamiento en procesos y, con base en riesgos, mejorar el SGC, su implementación en la DSAS, entre otros.

Entre las funciones de calidad para el SGC que la jefatura de la DSAS debe tener, se encuentran:

- Participar en la elaboración de la política de calidad y sus objetivos.
- Velar porque la política y sus objetivos estén alineados con la planificación estratégica del negocio (Régimen Solidario).
- Velar por el acatamiento de los hallazgos en las auditorías internas y externas.
- Asegurar los recursos necesarios para el mantenimiento del SGC.
- Delegar responsabilidades a encargados para que tomen decisiones en caso de no acatamientos de líneas que surjan del SGC.
- Comunicar en conjunto con el departamento Gestión de Calidad, las mejoras que se han presentado, riesgos mitigados, objetivos cumplidos a la gerencia.
- Evaluar los indicadores y planes de acción que surjan del análisis de los clientes, con el fin de asegurar que se tiene un enfoque al cliente, integrado con las entradas de la contraloría de servicio del INS (Punto 5.1.2 Enfoque al cliente).

En relación con el punto *5. 2 política, 5.2.1 Establecimiento de la política de calidad*, este requiere la definición de una política de calidad que sea del conocimiento y aplicación de todo el personal y, sobre todo, que sea aplicable a la lógica del negocio o planificación estratégica existente. Para esto, se deben seguir las siguientes pautas:

Figura 30. Estrategia para Diseño de Política y Objetivos de Calidad en DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

Sesiones de trabajo: esta etapa es la necesaria para elaborar la política de calidad y los objetivos de calidad. Estas sesiones deben estar conformadas por la jefatura de la DSAS, jefaturas de departamento, gerencia y subgerencia y gestor de calidad, en las que, mediante lluvia de ideas, se desarrolla la política. Esta debe contener palabras clave con aspectos medibles, esto con el fin de ligar los objetivos y asignarles indicadores estratégicos. Entre los recursos necesarios está un video beam, una sala de reuniones y tener a mano el PEI (Plan estratégico Institucional) y PAO (Plan Anual Operativo) para que la política esté alineada con el negocio.

Aprobación: una vez que se tenga validada la política de calidad y sus objetivos, se deberá aprobar en la sesión, esto quedará documentado en una minuta de trabajo que el gestor de calidad debe archivar y adjuntar en el manual de calidad.

Divulgación: esta fase es la necesaria para que la política de calidad y sus objetivos de sean comunicados a todo el personal involucrado. Los medios para comunicar la política son correos en cadena a los trabajadores, mediante Lotus. Este correo debe enviarlo la jefatura de la DSAS y esta debe indicar la importancia que tiene para el INS y el personal su acatamiento. Esta política puede colocarse en lugares visibles, por ejemplo, pizarras, fichas o *stickers*, en atención al *Punto 5.5.2 Comunicación de la política de Calidad*.

Seguimiento: esta etapa es la última y más importante, pretende evaluar que el personal entienda y aplique la política de calidad. Tanto la Jefatura de la DSAS como el Gestor de calidad, pueden realizar sesiones de trabajo con los equipos de para retroalimentar cuál es la política definida y ver el grado de involucramiento de los trabajadores y jefaturas. Asimismo, la jefatura, en conjunto con el gestor, debe evaluar periódicamente si esta política es la adecuada, según los cambios que el negocio y el cliente requieran. Para esto, más adelante se definirá la metodología de cambios.

No obstante, para tener una base en qué fundamentar el SGC y después de conocer los procesos que se pretender certificar, sus clientes y necesidades, los riesgos, régimen de seguros y

mercado, se propone la siguiente política de calidad:

En la Dirección de Servicio Auxiliares y Salud estamos comprometidos con administración eficiente del régimen de seguros obligatorios y sus procesos, mediante la mejora continua para brindar protección a los lesionados amparados por los seguros Riesgos del Trabajo y el Seguro Obligatorio Automotriz mediante la atención médica y pago de impedimentos en el menor tiempo posible mejorando su calidad de vida.

Finalmente, en cuanto al punto 5.3 *Roles y responsabilidades y autoridades de la organización*, la responsabilidad de la jefatura de la DSAS es: asegurarse de la conformidad de los procesos, que las autoridades de la DSAS sigan el cumplimiento de los objetivos del SGC, evaluar la satisfacción del cliente. En cuanto al Gestor de calidad, este debe mantener y controlar la documentación del SGC, establecer relaciones entre el ente certificador y la DSAS, informar a la jefatura de la DSAS posibles mejoras al SGC y trabajar en conjunto con los informes de evaluación a la administración superior. En la siguiente tabla se detallan los responsables y su función en el SGC:

Tabla 24. *Matriz de Roles y Responsables en el SGC de la DSAS*

Roles y responsabilidades en el SGC		
Rol	Función	Responsabilidad
Gerencia / Subgerencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar decisiones estratégicas sobre el SGC, solicitar cuentas al gestor de calidad y jefatura de DSAS por incumplimientos en los acuerdos 2. Ser el coordinador en el comité de calidad. 3. Tomar decisiones sobre los riesgos en cuanto a cuestiones internas o externas, así como las partes interesadas. 4. Formar parte en la construcción de la política y objetivos de calidad, así como su alineamiento a la misión y visión del INS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estar comprometido y demostrar liderazgo para alcanzar las metas del SGC. 2. Divulgar y comprometer a las jefaturas de las dependencias a formar parte del SGC. 3. Asegurar que se tengan los recursos necesarios. 4. Solicitar cuentas por incumplimientos o no acatos a las acciones correctivas. 5. Asegurar que los objetivos y política de calidad se ajustan a la situación actual del negocio y el mercado.

Jefatura DSAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar apoyo al gestor de calidad en el levantamiento del SGC. 2. Brindar la información actual de la documentación. 3. Delegar responsabilidades a los encargados para apoyo de logística al gestor de calidad. 4. Evaluar en conjunto con el gestor de calidad las oportunidades de mejora encontradas. 5. Coordinar con el equipo de trabajo los tiempos que se deben reponer por dedicación al SGC. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asegurarse de que se atienden las no conformidades. 2. Apoyar al gestor en la logística de los planes de auditorías. 3. Asegurar que se transmiten por los canales correspondientes al personal las políticas y objetivos de calidad establecidos, además de su aplicación.
Gestor de Calidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinar el despliegue del SGC en la dependencia. 2. Diseñar la base documental del SGC, así como su resguardo. 3. Controlar la documentación. 3. Elaborar la logística para las auditorías internas y externas. 4. Ser el enlace entre el ente certificador y el INS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mantener la vigencia y trazabilidad del SGC. 2. Buscar el apoyo y compromiso de las partes interesadas. 3. Asegurar que los controles y documentación funcionan, según la normativa ISO 9001:2015 4. Elaborar informes de avance en conjunto con la jefatura para valoración de la Gerencia.
Encargados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser enlace entre el gestor de calidad y el personal operativo. 2. Asegurar que el personal cumple con el uso de la base documental elaborada. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicar al gestor de calidad cualquier oportunidad de mejora o cambio en la documentación.
Personal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprometerse con los objetivos y política de calidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar y entender política de calidad. 2. Informar sobre inconsistencias encontradas en el SGC (Retroalimentar al gestor de calidad)

Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la tabla 24, el gestor de calidad debe ser enlace entre la DSAS y la dirección del INS, además de administrar la logística de implementación y seguimientos del SGC.

Desarrollo del Capítulo 6 Planificación

El objetivo de este capítulo es establecer una metodología de evaluación y control de riesgos que garantice alcanzar los objetivos de calidad y conformidad del SGC. Para esto, también se busca inculcar una cultura con base en riesgos en la organización. En ese sentido es importante mencionar que el INS cuenta con una dependencia dedicada a la evaluación de riesgos, sin embargo, su alcance no es por procesos.

Como consecuencia del aspecto anterior y, con el fin de cumplir con el requisito 6.1

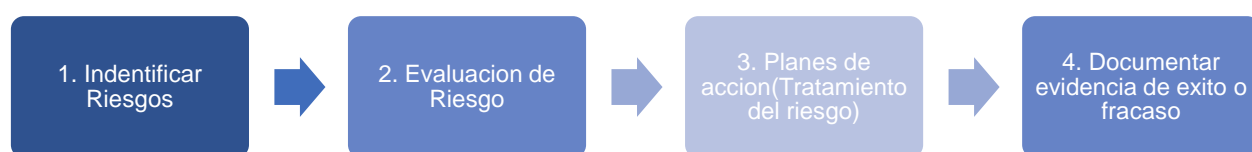
Acciones para abordar riesgos y oportunidades, el primer paso es definir una estrategia para darle el insumo a la Dirección de riesgo y que esta pueda ejecutar la evaluación de riesgos con base en la normativa INTE ISO 9001:2015. Para lograrlo, el gestor de calidad y jefatura de la DSAS deben definir cuáles son los aspectos que la norma indique, deber evaluarse desde el enfoque de riesgo y remitirlos a la DRI para que procedan con las evaluaciones correspondientes, según su metodología.

Una vez que la DRI tenga el insumo enviado por la DSAS, se debe proceder a identificar los riesgos operativos asociados a los procesos sustantivos, abarcando las posibles Notas como, por ejemplo:

- Personal.
- Procesos.
- TI.
- Eventos externos.

La evaluación de riesgos debe seguir el siguiente esquema:

Figura 31. Esquema para Evaluación de Riesgos



Nota: Anthony Bonilla.

Debido a la situación actual organizativa, la Dirección de Riesgos es la encargada de evaluar los riesgos en el INS. En este estudio se propone una integración del modelo actual con lo que pide la norma ISO 9001: 2015. En este caso la DSAS, en conjunto con el gestor de calidad, deben indicar en adición a los riesgos que detectan los colaboradores de esta dependencia que también se evalúe:

- SGC que no cumple con sus objetivos y metas estratégicas.
- La no satisfacción de las partes interesadas identificadas.
- Las debilidades y amenazas identificadas en el contexto de la organización.

- Procesos que no cumplen requerimientos.
- Cualquier indicador creado que indique que las variables están fuera del parámetro establecido.
- No conformidades y no conformes encontrados en las auditorías.

Bajo este enfoque es muy importante establecer las funciones y responsabilidades de cada una de las partes entre el SGC de la DSAS y la DRI, además de delimitarlas, según los campos de actuación. Debido a lo anterior, en la tabla 25 se delimitan las funciones y campos de actuación:

Tabla 25. Resumen Información Requerida en el Proceso de Gestión de Riesgo

Etapa	Información requerida	Mecanismo para capturar la información	Responsable
1. Identificación de Riesgos	Identificación de riesgos, eventos, causas y consecuencias	Matriz del proceso de gestión de riesgo.	Equipo evaluador de la DRI
2. Análisis de Riesgos	Análisis de la probabilidad e impacto de los riesgos identificados		
3. Planes de acción (Tratamiento del riesgo)	Evaluación y selección de la opción o medida para enfrentar el riesgo, sea reducir, trasladar y evitar.	Matriz del proceso de gestión de riesgo.	Jefatura DSAS
	Elaboración e implementación del Plan de acción	Correspondencia formal y Matriz de Riesgos	
	Seguimiento al cumplimiento del plan de acción y la eficacia	Auditorías Internas- Auditorías de visita	Gestor de Calidad
4. Informes y documentación	Elaboración de informes de resultados trimestral y seguimiento en la revisión por la dirección.	Elaboración de documentos técnicos sobre Riesgo Operativo y su difusión.	Jefatura DSAS

Nota: Anthony Bonilla.

Bajo la perspectiva que la DRI es un proveedor interno para la DSAS, es responsabilidad de esta última y el gestor indicar cuáles son los aspectos que necesita sean evaluados para cumplir con los requisitos de la norma. Para esto, se define el siguiente registro *Evaluación del servicio a las dependencias técnicas* (ver apéndice 11).

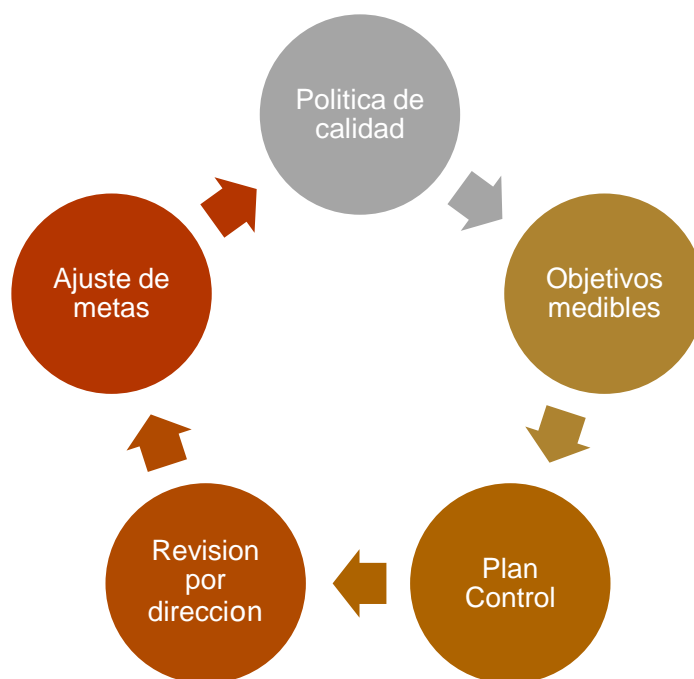
En caso de que se materialice un riesgo, se debe utilizar el registro *Alerta de riesgos materializados* (ver apéndice 10). El objetivo de este es estandarizar la forma de comunicar oportunamente a la DRI en caso de riesgos extraordinarios, con el fin de que realice la evaluación del impacto y los planes de acción que debe elaborar la DSAS para mitigar la probabilidad de

ocurrencia. Esto también debe comunicarse al gestor de calidad para que brinde seguimiento a los planes de acción y documentar los resultados.

Finalmente, el punto 3 y 4 son competencia de la DSAS y el gestor de calidad, por lo tanto, los planes de acción son responsabilidad de la DSAS elaborarlos y aplicarlos. Por otra parte, la documentación de los planes de acción y sus resultados son responsabilidad del gestor de calidad para mostrar evidencia de que se cumplen en el SGC.

Para el punto 6.2 *objetivos de la calidad y planificación para lograrlos*, es importante que los objetivos estén en función de lo que indique la política de calidad. La figura 32 muestra el esquema para cumplir con este punto de la norma:

Figura 32. Ciclo de Evaluación de los Objetivos de Calidad



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 32 describe el ciclo que se propone bajo el enfoque de mejora continua, en el que en una primera etapa está la definición de la política de calidad que se descompone en los objetivos de calidad. Estos objetivos deben ser medibles, razonables y alcanzables.

Para medir el alcance y rendimiento de los objetivos se propone un plan control (ver apéndice 8, punto 5), matriz que contiene el objetivo, nombre del o los indicadores asociados, críticos de la calidad (CTQS), fórmula de cálculo, base establecida, responsable de generar el

indicador, responsable de tomar acciones (divulgación a los involucrados) y, finalmente, planes de acción y de riesgos, cuando el desempeño cae bajo la meta.

El registro citado anteriormente, será una herramienta que le facilitará a la administración y jefatura de la DSAS conocer la conformidad del SGC en los procesos. Además de evaluar todas aquellas variables que se definen como críticas para el sistema, como, por ejemplo, satisfacción de los clientes, cantidad de no conformes y productos no conforme, planes de acción efectivos y objetivos completados.

Finalmente, el *plan control* servirá para que la jefatura en conjunto con el gestor de calidad y la dirección puedan evaluar si las metas propuestas realmente cumplen con los requerimientos del cliente, ya que, con base en la mejora continua, algunos objetivos pueden quedar obsoletos en el tiempo. En ese sentido, es importante que el comité que se establezca en esta investigación, revise de forma periódica los objetivos y la política, según inciso 6.2.1, incisos a hasta el g de la norma.

Los objetivos mínimos que deberían tener los procesos sustantivos de a DSAS son los siguientes:

Objetivos del SGC.

- Meta 1 Administración eficiente del Régimen Solidario

OC 1: Reducir en el departamento Gestión Operativa y SOA en un 10 % la aceptación de casos en los cuales no se cumpla con los criterios de aceptación, según SOA y RT.

OC 2: reducir el gasto administrativo y de siniestros en un 15 % mediante la optimización de los procesos internos y gestión de la RSS.

- Meta 2 Eficiencia en procesos.

OC 3: reducir en al menos un 35 % los reprocesos en los procesos internos de los procesos sustantivos de la DSAS.

- Meta 3 Medición de la mejora continua.

OC 4: reducir la cantidad de no conformidades en cada evaluación en al menos un 10 %.

OC 5: aumentar la eficiencia de las acciones correctivas.

OC 6: reducir en un 20 % la cantidad de quejas recibidas por los procesos sustantivos de la DSAS y la atención médica y hospitalaria que brinda la RSS.

- Meta 4 Medición tiempos de respuesta.

OC 7: reducir los tiempos de atención en los procesos sustantivos.

OC 8: reducir los tiempos de ciclo mediante la optimización en los traslados de información (Interacciones) entre la DSAS y la RSS.

En cuanto al punto 6.2.2, el INS se rige por Planes Anuales Operativos, documento en el que cada dependencia, de acuerdo con su competencia, define las metas a corto plazo, qué acciones se deben ejecutar para alcanzar las metas y los recursos necesarios, entre estos están: el personal, equipos de cómputo, suministros de oficina, *software*, etc.

En consecuencia, de la idea anterior si la meta de una certificación ISO está en el PAO, se asegura que los recursos necesarios estarán disponibles para cumplir con la conformidad del SGC. Por otra parte, en cuanto la asignación de funciones, el departamento Gestión de Calidad es el que tiene a cargo el control documental y de despliegue del sistema en todo el INS. El DGC es quien debe encargarse de levantar el SGC en las dependencias del INS, mantener la base de control documental y gestionar todos los cambios que se presenten en el sistema, así como el trámite ante INTECO.

En cuanto a la responsabilidad del alcance de los objetivos, está la jefatura de la DSAS y sus encargados, como dueños del proceso.

Finalmente, para el punto 6.3 *Planificación de los cambios*, se pueden presentar dos escenarios.

- Por cambios en las especificaciones del cliente u objetivos o política de calidad obsoleta.
- Por cuestiones externas o internas que la organización considere.

En ambos casos el flujo a seguir para realizar un cambio en el sistema es el siguiente: mediante el proceso *revisión por la dirección* (ver apéndice 3, numeral 5), el cual tiene entre sus

objetivos la variación mediante la *comisión de calidad* y en conjunto con gestor y jefatura de DSAS, definir las variables por cambiar, ajustar la política de calidad y objetivos, definir o rediseñar los indicadores, solicitar la colaboración de la DRI en la evaluación de riesgos correspondientes, definir cronograma de evaluación y documentar los cambios.

Desarrollo de Capítulo 7 Apoyo

El objetivo del presente apartado es asegurar que la organización tiene los mecanismos autosuficientes para proveer los recursos que requiere la entidad y, por ende, el SGC. En este aspecto, el INS cuenta con varias dependencias que se encargan de brindar los recursos, según sea la necesidad. A continuación, se muestra la distribución actual:

Tabla 26. *Provisión de Recursos en la Actualidad*

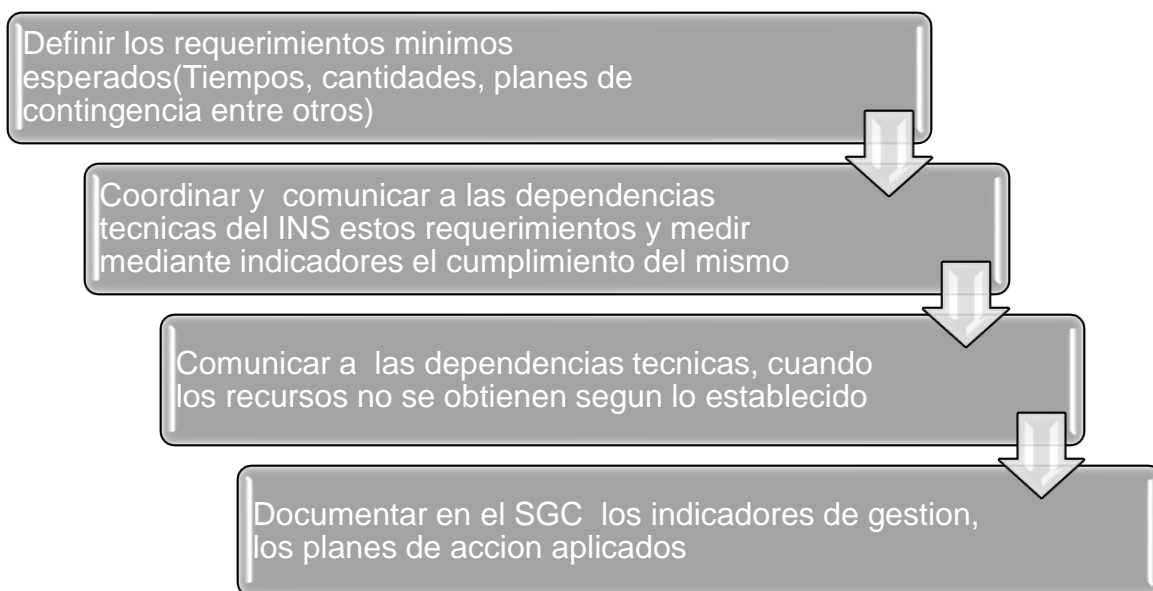
Provisión de recursos actual		
Recurso	Dependencia Técnica	INS o Subsidiaria
Personal y capacitación	Subdirección de talento Humano	INS
Personal	INS SERVICIOS	Subsidiaria
<i>Hardware, Software</i> y redes.	Dirección de Informática	INS
Mobiliario, infraestructura, suministros de oficina, aseo, Seguridad, etc.	Subdirección de Servicios Generales	INS
atención médica y de rehabilitación, psicológica, etc.	Red de Servicios de Salud (RSS)	Subsidiaria

Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la tabla anterior, estas dependencias o subsidiarias forman parte del apoyo para que los procesos sustantivos puedan operar, según los niveles de servicio establecidos. La perspectiva utilizada para esta investigación es que cada una de las dependencias citadas anteriormente se convierte de forma automática en un proveedor, por lo tanto, para la DSAS es importante definir cuáles son esos requerimientos mínimos deseados para cumplir con los apartados del SGC y del cliente.

Para complementar lo anterior, en la siguiente figura se muestra el esquema propuesto:

Figura 33. Esquema Propuesto para la Obtención de Recursos



Nota: Anthony Bonilla.

La primera etapa es definir qué es lo que se necesita, cuándo, cuánto y cómo recibirlo. Esto debe coordinarse con cada una de las dependencias técnicas, para que estos procedan gestionar internamente la adquisición y provisión de los recursos. La DSAS deben llevar indicadores de gestión, según los niveles de servicio acordados con las dependencias técnicas para asegurarse que los requerimientos se atienden a tiempo.

En caso de que no se cumpla, se deben documentar estas no conformidades y comunicar a la dependencia. Si no se toman acciones, se debe exponer en la revisión de la dirección e indicar que la falta de los recursos puede generar un riesgo.

Sin embargo, parte de la mejora el SGC es asegurarse que siempre tendrá los recursos necesarios para su cumplimiento. En este caso se define el siguiente registro *Control de Requerimientos a los proveedores Internos* (ver apéndice 13), en el que se detallan los requerimientos, plazos establecidos y los niveles de servicio en los recursos de personal, equipos, mobiliario, infraestructura, entre otros. Además de ligar los indicadores para evaluar su cumplimiento y cumplir con *7.1.1 Recursos y generalidades*.

Asimismo, es necesario contra una herramienta que permita evaluar al proveedor interno,

en ese sentido se propone el registro *Evaluación del servicio a las dependencias técnicas* (ver apéndice 11), para que, según el resultado, en caso de incumplimiento en los acuerdos, llevar este dato a la revisión por la dirección para que se tomen decisiones.

En cuanto a los enunciados *7.1.2 Personas* y *7.2 Competencia*, la Subdirección de Talento Humano realiza anualmente una evaluación del desempeño del colaborador, para determinar puntos de mejora o bien movilizar a otro, de acuerdo con lo que sea más de acuerdo con sus características. También tiene una plataforma y plan de capacitación para el personal en temas de interés del negocio y dependencia en el que labora, llamado CEVINS (Centro virtual de capacitaciones), por lo tanto, cumple con este punto.

Asimismo, para la subsidiaria de INS SERVICIOS existe el documento *Recepción del acta final de servicio*, en el que donde la DSAS define si está conforme con el servicio que brindan los colaboradores de esta subsidiaria. En caso de que el servicio brindado por un colaborador no sea conforme, inmediatamente se realiza la gestión de movilidad o cambios por otro colaborador.

Después de cumplir con las condiciones anteriores, se propone el registro *Lista de requerimientos de personal a TH* (ver apéndice 12), en el que la DSAS indicará los requerimientos mínimos que se deben solicitar a TH para asegurarse, de manera estandarizada, que el recurso humano se ajusta a las competencias requeridas y sobre todo compromiso con su papel en el SGC.

Con Respecto a los puntos *7.2 Infraestructura* y *7.3 Ambiente* el INS cuenta con la infraestructura para mantener el funcionamiento correcto del SGC, como se describe en la tabla 25 de este documento y el registro *Control de Requerimientos a los proveedores Internos*, (ver apéndice 13), este será controlado en el manual de calidad. Para el punto *7.1.6 conocimientos de la organización*, esta es una función de talento humano, por lo tanto, para la DSAS debe ser un requerimiento que debe solicitar y evaluar mediante el registro de *Lista de requerimientos del personal a TH* (ver apéndice 12), es que se gestione el conocimiento y se tomen las ideas innovadoras del personal.

Una vez mapeados y controlados los requerimientos de recursos, es necesario trabajar en el inciso *7.3 Toma de conciencia*. Para cumplir con este punto, se propone un modelo denominado *Gestión de cambio*, este pretender inculcar al personal temas relacionados con calidad y SGC INTE-9001:2015, esto para tener conceptos claros de qué consiste un SGC, qué es calidad, qué es

un reproceso, qué requisitos tienen los procesos que formar parte de su gestión, riesgos por su incumplimiento, qué beneficios se obtienen en la organización y cómo sus aportes son fundamentales para la conformidad del SGC, además de los papeles que deben asumir. Todo esto está en el proceso Gestión de cambios (ver apéndice 3 numeral 7).

Finalmente, para el punto 7.4 *Comunicación*, la DSAS y el INS cuentan con los métodos para comunicar a las diversas partes interesadas desde la perspectiva interna o externa los temas de interés para el SGC. Es importante mencionar que, aunque los métodos existen, no hay un procedimiento que defina qué comunicar, cuándo, cómo y quién será el encargado. En la *matriz de comunicación* (ver apéndice 14), se definen estos aspectos.

Además, se propone crear un procedimiento para establecer la articulación de las partes que intervienen en la comunicación institucional. Este debe apearse a la base documental establecida y debe tener como mínimo lo siguiente:

- Pasos necesarios para activar los medios de comunicación institucionales: correos, masivos, boletines, emisión por radio, oficios, entre otros.
- Los formularios o registros que se deban cumplimentar, según la dependencia de comunicaciones, además de considerar la *Matriz de comunicación*.
- Establecer los plazos y fechas de publicaciones o emisión de los mensajes que se deben transmitir.
- Aplicar el registro *Evaluación Proveedores internos*.

Finalizando con el capítulo 7, en relación con el inciso 7.5 *Información documentada*, se crea un proceso llamado *Control documental del SGC* (ver apéndice 3 numeral 3), que describe cómo gestionar los cambios en la documentación, cómo se controla, quién es encargado de controlar la documentación y el manejo de codificaciones. Esta se estableció en la tabla 20 de la presente investigación.

Para administrar la documentación y los controles de cambio o actualizaciones correspondientes se debe utilizar el método actual: este consiste en que el departamento de Gestión de Calidad asuma el papel de controlar y mantener la información. En caso de que la unidad usuaria requiera un cambio, este se debe gestionar ante en DGC para que proceda con el cambio. Cada

unidad usuaria mediante las carpetas compartidas que tiene el INS debe acceder a su documentación para lo que corresponda.

Desarrollo del Capítulo 8 Operación

Este apartado busca que exista una metodología para planificar, implantar y controlar los procesos necesarios para cumplir con los requerimientos de cliente y objetivos de calidad. Todo el análisis de riesgos y los planes de acción deben estar considerados en la planificación de estos.

Es importante mencionar que el punto *8.1 Planificación y Control operacional*, la DSAS, la planificación de procesos y sus salidas existen, que los criterios para aceptar o declinar están contemplados en el contrato, en el caso del seguro RT, para el SOA, los criterios de cómo se debe operar están en la ley de tránsito nacional.

En cuanto a la implementación de los procesos, estos se ejecutan en la actualidad y, finalmente, los controles, serán los siguientes:

- Indicadores.
- Procedimientos.
- Manuales e instructivos de trabajo.
- Contratos de seguros.

En cuanto a la planificación de los procesos, para los cambios que se puedan presentar, en esta investigación se propone un procedimiento (ver apéndice 3, numeral 6), que describa los pasos de quién debe hacer los cambios, cuándo hacerlo, cómo hacerlos y a quién informar para mantener documentación de estos, además de cómo pueden afectar el alcance del SGC. Esta misma analogía se puede utilizar para el resto del INS.

Los procesos que se deben planificar y controlar sus cambios asociados son los siguientes:

Figura 34. Esquema de Procesos Sustantivos DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

Para el punto 8.2 *Requisitos para los productos y servicios*, exactamente el 8.2.1 *Comunicación con el cliente*, la DSAS se apoya en los canales que el INS tiene para comunicar los cambios que puedan surgir en los contratos de seguros y el nivel de servicio. Para esto, cuenta con una página *web*, un centro de llamadas y espacios publicitarios en los que se comunican cambios o temas relacionados con el régimen de seguros solidarios.

En cuanto al punto 8.2.2 *Determinación de los requisitos de los servicios*, los procesos en la actualidad y los servicios que brinda la DSAS, se fundamentan en el contrato de seguros para el Seguro RT y la ley de tránsito para el SOA. Ambos son seguros establecidos y amparados por la ley como solidarios en aras de mantener bienestar de los trabajadores y los conductores.

El contrato de seguros define cuáles son las coberturas, qué está amparado o excluido para el SOA, la ley de tránsito establece cuáles son los parámetros de coberturas, exclusiones, entre otros. Ambos documentos de acceso al cliente se encuentran en páginas *web*.

Con respecto al punto 8.2.3 *Revisión de los requisitos de servicios brindados por la DSAS y que se generan de los procesos sustantivos*, periódicamente se deben revisar las condiciones contractuales del seguro SOA y RT, para cumplir con los requerimientos del cliente y que también no afecten al régimen y al INS en su estructura financiera y estratégica. Los requisitos del servicio se contemplan en el contrato, en el caso de RT este se consideran aspectos que los patronos soliciten para mejorar el servicio y condiciones.

Aunado a lo anterior, la RSS es una subsidiaria que tiene a cargo la atención médica de los lesionados amparados por el régimen. En el punto 8,4 se definirán los controles relacionado a este

proveedor de servicios para garantizar que este punto se pueda cumplir. Finalmente, para el punto 8.2.4 *Cambios en los requisitos para los servicios*, todos los cambios que se realicen en los contratos deben aprobarlos la jefaturas y administración superior y superintendente, por lo tanto, estos filtros buscan que el cliente final no se vea afectado con este requisito si se cumple en la actualidad.

Un punto importante es el 8.4 *Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente*, debido a que la RSS es la que brinda el servicio de atención médica y hospitalaria a los lesionados amparados por el régimen solidario. El modelo práctico, debido a la situación actual, es definir un canal de comunicación o enlace entre el INS y la RSS para el traspaso de información necesaria para evaluar el servicio.

Los indicadores propuestos para medir y controlar en este punto son:

- Indicadores de nivel de servicio.
- Indicadores financieros.
- Indicadores sobre la gestión de droguería e implementos médicos.
- Indicadores sobre gestión administrativa.
- Indicadores a la satisfacción del cliente sobre el servicio de atención medica recibido.

Sin embargo, el dueño del proceso, en este caso la DSAS, como expertos en la administración del régimen solidario, deben definir los controles necesarios y qué es lo crítico para este régimen. Por lo tanto, no se debe limitar únicamente las clasificaciones que se citaron con anterioridad.

Es importante que la información de este proveedor sea analizada por la administración superior, en sesiones de negocio, mediante un *Plan control de indicadores de la RSS* (ver apéndice 16), para tomar decisiones. El plan control es una tabla que contiene los siguientes elementos:

- Estudio.
- Justificación.

- Alcance.
- Periodo a estudiar.
- Indicador y fórmula de cálculo.
- Responsable de generar el indicador en la RSS.
- Responsable de analizar el indicador en el INS.

En adición a lo anterior y pensando en aumentar estratégicamente los controles, algunas de las preguntas que se deben hacer en estas sesiones son las siguientes:

- ¿La RSS está alineada a los objetivos estratégicos del INS y del SGC?
- ¿Los costos son sostenibles para el régimen?
- ¿Los procesos internos de la RSS están integrados con los procesos de la DSAS e INS?
- ¿El cliente externo está satisfecho con el nivel de servicio en la atención médica es el que el cliente?

Las preguntas anteriores son claves para obtener información valiosa para evaluar y controlar a la RSS. Asimismo, en el siguiente registro *Auditoría del proveedor RSS*, (ver Apéndice 15), se propone que el enlace por parte de la DSAS visite la RSS y verifique que la información que se suministra sea verdadera, documentando los resultados y mostrándolos a la revisión de la dirección para tomar decisiones, con esto se busca cumplir con los puntos 8.4.2 *tipo y alcance de control*.

Para el punto 8.4.3 *Información para los proveedores externos*, se establece el enlace, como se explicó anteriormente. La función de este enlace, es ser el canal de comunicación entre las partes y que este lleve el control y aseguramiento de la información sobre los aspectos críticos de la RSS. Además, este debe remitir los datos al gestor de calidad para que documente la evidencia del cumplimiento de los indicadores o acciones correctivas planteadas ante incumplimientos.

Con respecto al requisito 8.5 *Producción y provisión del servicio*, en atención al 8.5.1, la base documental será el fundamento para controlar los procesos y que las salidas sean conformes

a los requerimientos del cliente, en este caso los controles que se definen son los siguientes:

- Procedimientos.
- Manuales de procesos / Instructivos.
- Registros y contabilización de reprocesos por tipo y causa.
- Indicadores (Kpis).
- Norma técnica del seguro Riesgos del trabajo y Ley de tránsito.
- Evaluación del desempeño del colaborador.
- Control de inconsistencia en sistema.

Tabla 27. *Matriz de Controles para los Procesos Sustantivos DSAS*

Matriz de control de procesos				
Procesos	Procedimientos existentes o sugeridos	Manuales existentes o sugeridos	Indicadores existentes o sugeridos	Registros existentes o sugeridos
Aceptación administrativa de casos SOA y RT	Aceptación de casos por RT	1. Manual del Sistema SIMA (Apertura de casos). 2. Manual de sistema SICSOA	Porcentaje de casos revisados diariamente Riesgos del Trabajo	(Sugerido) Control de casos mal abiertos por la RSS
	Aceptación de casos por SOA		Porcentaje de casos revisados diariamente SOA	
	Solicitud de IREAS casos por investigar		(Sugerido) Control de reprocesos en aceptación	
	(Sugerido) Cierre de casos			Porcentaje de casos con reproceso de la RSS
	Referencia de casos a la CCSS			
Pago prestaciones económicas	Pago de impedimento: pago de indemnización por lesiones físicas permanentes a lesionados	1. Manual de uso del sistema	Porcentaje de cumplimiento de casos atendidos	(Sugerido) Registro "Control de

	Pago de indemnización por fallecido	SIMA para pagos y PECSOA (Sugerido)	administrativamente a tiempo	reprocesos en impedimentos emitidos en la RSS”
	Pago de subsidio salarial, pasajes, viáticos y hospedaje	2. Manual de uso sistema AS400 RT (Sugerido)	Porcentaje de impedimentos que superan plazo de envío por la RSS	(Sugerido) Registro “Control de reprocesos internos en la elaboración de pagos de impedimentos temporales y permanentes
	Fijación de rentas a beneficiarios por muerte del trabajador		Porcentaje de impedimentos con inconsistencias	
	(Sugerido) Pago de valoración de daño corporal (impedimentos) regímenes Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio Automotor			
Pago Proveedores	Pago de Facturas por servicios de Estancia (RT y SOA) en el Hospital del Trauma S. A.	1. Manual de uso para sistema SIFA (Pagos, reversiones, cambios de costos, etc.)	Porcentaje de pagos a proveedores externos	1. Registro control de reprocesos internos en los pagos de proveedores (Sugerido) 2. Registro “Inconsistencias de facturación de la RSS”(Sugerido).
	Pago de facturas por servicios de cirugías paquete completo y minuto sala al Hospital del Trauma S. A.		Porcentaje de cumplimiento del pago de facturas a proveedores	
	Pago de Facturas por servicios de cupones, imágenes, consultas y terapias al Hospital del Trauma S. A.			
	(Sugerido) Reconocimiento Facturas de lesionados por RT y SOA			
Suscripción de SOA	(Sugerido) Revisión y Contabilización de Remesas	1. Manual de sistema SICSOA	Porcentaje de cumplimiento de las actividades del cronograma	Registro “Cumplimientos de los requerimientos a proveedores externos” (Sugerido)
	Registro y contabilización de Multas			
	Pago de Instituciones Públicas			
	Coordinación para confección de formularios y marcos plásticos			
	(Sugerido) Elaboración y seguimiento del cronograma de preparación para cobro masivo			
	Pruebas integrales SICSOA			

Nota: Anthony Bonilla.

Como se observa en la tabla 27, estos son los factores que se proponen para controlar los procesos y garantizar que sus salidas logren los resultados previstos. Esta documentación es parte

de la pirámide documental propuesta y que estará a cargo del departamento de Gestión de Calidad, para mantener una dependencia encargada del mantenimiento de esta información, que forma parte del SGC.

Asimismo, mediante las carpetas compartidas que tiene el INS, las DSAS puede acceder a esta información, sin embargo, no podrá cambiar los procedimientos y manuales sin antes solicitar la autorización al departamento Gestión de Calidad. Además, los registros forman parte de la documentación que la dependencia tiene acceso y pueden cambiar, no obstante, ante cualquier cambio necesario se debe gestionar con el gestor de calidad.

Para el punto 8.5.2 *Identificación y trazabilidad*, existen mecanismos para mantener la trazabilidad e identificación de casos o salidas de los procesos sustantivos de la DSAS. A continuación, se indican estas identificaciones:

- Aceptación Administrativa de casos SOA y RT: Sistema SIMA genera un código por caso.
- Pago prestaciones económicas: Sistema AS400 O SICSOA genera un código por trámite.
- Pago a Proveedores: Sistema SIFA genera código por pago a proveedores.
- Suscripción SOA: Los pagos generan un código en SIFA, los requerimientos en sistema se hacen mediante correo formal, el cual tiene un código generado por Lotus.

El objetivo de estos códigos es identificar las transacciones en los sistemas y, además de esto, registrar y mantener una base de datos en la cual tener información estratégica. Por ejemplo, cada sistema tiene una bitácora, que indica cuál usuario realizó una actividad en el sistema, qué día, a qué hora, esto permite tener trazabilidad de los casos o gestiones por desarrollar en los procesos de la DSAS.

8.5.3 *Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos*, el INS y la DSAS cuentan con criterios de confidencialidad en la información de sus clientes. Por lo tanto, esta se protege en los sistemas de información y expedientes físicos, misma que es custodiada en archivos a los que solo ciertos colaboradores tienen acceso. Para los sistemas transacciones, se tienen

perfiles delimitados con criterios, según el grado de información que accede.

El punto 8.5.4 *Preservación*, como se indicó anteriormente, el factor crítico es el manejo de información de los pacientes en el régimen solidario. La información de los sistemas está controlada por la Subdirección de informática, quienes tienen sus procesos de mantenimiento de servidores y respaldos de la información. Además, existen políticas sobre el uso razonable de los perfiles de usuario.

En cuanto al punto 8.5.5 *Actividades posteriores a la entrega*, la DSAS cuenta con un procedimiento de cómo atender las apelaciones de los asegurados. Este describe qué se deben hacer para revalorar los casos cuando el lesionado está inconforme con la resolución del INS.

El enunciado 8.5.6 *Control de cambios*, tanto la norma técnica de seguros de riesgos del trabajo como la ley de tránsito, si llegaran a sufrir cambios, estos impactan los procesos sustantivos de esta investigación. Por lo tanto, se propone el diseño del proceso *Administración de cambio de procesos y servicios*, (ver apéndice 3, numeral 5), en el que se describen los pasos, cuándo se debe hacer un cambio y cómo se debe enlazar con el SGC e integrar al departamento Gestión de calidad para mapear el cambio y documentarlo en el sistema documental, en aras de no afectar los requerimientos del cliente.

Finalmente, para el enunciado 8.7 *Control de salidas no conformes*, el método actual es reprocesar los casos que tienen una salida no conforme y que sea detectable ante un revisor o supervisor. Sin embargo, como se explicará en el punto de mejora, esta investigación propone un modelo de mejora DMAIC, en el que los reprocesos o salidas no conformes más comunes se evaluarán para determinar las causas y las mejoras asociadas.

Uno de los aspectos que se buscan con SGC es reducir la cantidad de reproceso, para esto, es importante documentarlos por responsables, tipología y frecuencia de ocurrencia mediante el registro *Control de reprocesos* (ver apéndice 17) y, con esto, dar inicio al proceso de mejora continua con base en DMAIC. Si siempre se presenta una no conformidad, existe el procedimiento de apelaciones, que otorga al cliente una segunda oportunidad de que el caso sea valorado nuevamente.

Evaluación y Mejora del SGC

Desarrollo del Capítulo 9 Evaluación del Desempeño

La propuesta para evaluar el desempeño del SGC que engloba los procesos operativos y de calidad, así como los objetivos de calidad, satisfacción del cliente y la atención de no conformidades determinadas en las auditorías internas y externas mediante el proceso *Análisis y evaluación de datos* (ver apéndice 3, numeral 1), describe los pasos que se deben seguir para la revisión cuantitativa del alcance y eficacia del SGC.

Tabla 28. *Sistema de Medición Propuesto*

Sistema de evaluación de desempeño del SGC				
Actividad para evaluar	Método de medición	¿Cómo se mide?	Responsable de medir y llevar información	Responsable de tomar decisiones
Procesos operativos	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS	Entradas al proceso "Revisión por la Dirección"
Procesos del SGC	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DGC (Gestor de Calidad)	
Objetivo del SGC	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS/Gestor de Calidad	
Planes de acción efectivos (Evaluación de Riesgos)	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS/Gestor de Calidad	
Satisfacción del cliente	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS	
Ejecución de las auditorías	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS/Gestor de Calidad	
Acciones correctivas	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS	
Atención de no conformidades en las auditorías	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS	

Observaciones de la Administración superior a la revisión global del SGC	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS/Gestor de Calidad	
Evaluación de recursos del SGC	Indicadores	Mediante Proceso Análisis y medición de datos	DSAS/Gestor de Calidad	

Nota: Anthony Bonilla.

La tabla anterior describe las macro actividades por evaluar por el sistema de medición, el cual será mediante indicadores. Estos se evaluarán en el proceso llamado *Análisis y evaluación de datos del SGC*, los cuales serán entrada al proceso de la revisión por la dirección para la toma de decisiones estratégicas y ver la eficacia del SGC durante el tiempo, con esto se cumple el punto 9.1 *Seguimiento, medición, análisis y evaluación*.

En cuanto al punto 9.2 *Satisfacción del cliente*, el INS cuenta con una dependencia que se encarga de atender las quejas de los clientes y darles seguimiento, hasta que se dé por finalizada una respuesta satisfactoria para la parte. En este caso, como se evalúan únicamente los procesos sustantivos de la DSAS y esta dependencia es ajena a la DSAS, se debe crear un procedimiento que describa el canal de enlace entre la DSAS y el departamento. Este debe tener los siguientes aspectos:

- Plazos de atención.
- Los planes de acción.
- Lecciones aprendidas.

La información estadística de quejas y formas de evaluar a los clientes es exclusiva de esta dependencia. En el presente estudio es importante establecer la atención oportuna de estas quejas mediante el procedimiento citado. Asimismo, la información estadística y comportamiento se debe solicitar entre las partes para ver el desempeño directo con el cliente y presentar en los indicadores a la dirección, con el fin de tomar acciones correctivas. En resumen, toda esta retroalimentación debe ser entre DSAS y la unidad de atención del cliente.

Para el punto 9.1.3 *Análisis y evaluación*, esta investigación propone evaluar los indicadores que se detallan, a continuación, en el plan control (ver apéndice 16). Estos indicadores serán la entrada para la evaluación de la eficacia del SGC a la administración superior.

Con el fin de cumplir con el punto 9.2 *Auditoría interna*, es necesario definir un proceso, para esto, se realizó el proceso *Ejecución de Auditorías Internas* (ver apéndice 3, numeral 4), que describa el método adecuado para evaluar la eficiencia del SGC y encontrar aquellas no conformidades y no conformes que permitan aumentar el alcance de los objetivos de calidad y organizaciones.

El punto 9 *Auditoría Interna*, pretende identificar aquellas no conformidades y aspectos de mejora en los procesos que forman parte del SGC, además de que el sistema sea conforme, según la norma ISO 9001:2015. La propuesta de esta investigación es seguir el siguiente esquema:

Figura 35. Esquema Auditoría Interna DSAS



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 35 muestra la secuencia de actividades que se deben realizar para cumplir con la auditoría, con base en PHVA. Esto, con el fin de mejorar continuamente el sistema. Es importante considerar que para iniciar con la auditoría mínimo deben tener unos cuatro meses de estar implementado para que se puedan identificar más hallazgos.

En cuanto a planificar la auditoría se propone que describa qué es lo crítico para el INS, qué se evaluará. La propuesta de esta investigación es que los temas que se analicen en las auditorías sean:

Aspectos cualitativos:

- Verificar que los procesos se realicen, según los procedimientos y manuales de proceso.
- Que se utilicen los registros asignados a cada proceso, así como los datos que se ingresan.
- Que toda actividad del proceso en la que sea más probable un riesgo o error tenga su procedimiento o control correspondiente.
- Eficiencia de los planes de acción para mitigar o controlar riesgos.
- Que toda la documentación esté controlada y con el formato de ISO.

Aspectos cuantitativos:

- Evaluar los reprocesos por cantidades (ver comportamiento de los últimos 3 meses).
- Tendencias de los datos en los indicadores.

Se debe mencionar que lo citado anteriormente son puntos por evaluar, pero no se debe limitar a estos. En cuanto a establecer los criterios, se propone que estén alienados con las metas y objetivos del SGC, con el fin de aumentar la satisfacción de las partes interesadas. Estos criterios deben ser cuantitativos, para que la auditoría sea confiable. Además, es importante que se realice en dos modalidades, una avisada y otra sorpresa, para evitar sesgos en los resultados del análisis. En cuanto al perfil del auditor, este debe ser imparcial, debe evitar chantajes u otro para dosificar los resultados, debe basarse en la ética. La herramienta utilizada será el registro *ejecución de auditorías*, (ver apéndice 18).

Después de contar con los ejemplos de qué es lo crítico y evaluado se procede con la documentación de las conformidades del SGC. Estas deben ser evaluadas por la administración superior (Revisión por la dirección). Este proceso debe hacerse cíclicamente para analizar en una auditoría próxima los hallazgos de la anterior.

Para el punto 9.3 *Revisión por la dirección*, el presente estudio define el siguiente modelo que la jefatura de la DSAS y Gerencia debe seguir para analizar si el SGC cumple con la estrategia de INS y si los objetivos son coherentes con los requerimientos de las partes interesadas.

La jefatura de la DSAS debe considerar los siguientes aspectos:

- Valorar el avance en las observaciones y cambios que se solicitaron en sesión anterior.
- Evaluar el desempeño del SGC.
- Evaluar la satisfacción de las partes interesada al SGC.
- Evaluar el cumplimiento de la política y objetivos de calidad.
- Evaluar si los críticos de calidad de los procesos se cumplen.
- Evaluar y dar seguimiento a las no conformidades y acciones correctivas encontradas.
- Evaluar el desempeño de los proveedores, en este caso la RSS y las unidades técnicas del INS.
- Evaluar los resultados de las auditorías.
- Evaluar los riesgos y sus planes de acción.

Los aspectos citados son las entradas que debe evaluar la jefatura de la DSAS, con el fin de delegar a quien corresponda las observaciones y que se atiendan en un plazo establecido. Se debe crear un procedimiento, en el que se detalle cómo se deben evaluar las entradas, en qué plazos revisar la información, cuándo y dónde. Es importante definir los plazos para realizar este proceso, por lo tanto, a continuación, se adjunta la propuesta de un cronograma que contiene las fechas de auditoría, los plazos para atención de las no conformidades y la elaboración del informe de resultados, revisión con jefatura de la DSAS para que se la dirección lo revise.

Tabla 29. *Cronograma de Auditorías*

Cronograma de Auditorías Internas							
Actividad	Fecha de inicio	Fecha de Finalización	% de avance				
			25	50	75	100	Total
Reunión inicial con jefaturas y colaboradores	1/11/2019	4/11/2019					
Visita 1 avisada	5/11/2019	7/11/2019					
Visita 2 avisada	11/12/2019	12/11/2019					
Elaboración de Informe 1	13/11/20919	14/11/2019					
Visitas sorpresa 1	18/11/2019	21/11/2019					
Visitas sorpresa 2							
Reunión de resultados con jefatura	22/11/2019	22/11/2019					
Elaboración de informe final y presentación en comisión de calidad	25/11/2019	29/11/2019					
						Tota:	

Nota: Anthony Bonilla.

El 9.3.3 *Salidas de la revisión por la dirección*, contiene las minutas de sesión (ver apéndice 20), que se realicen en las sesiones con la jefatura. Estas documentadas como evidencias de las acciones por considerar.

Desarrollo del Capítulo 10 Mejora

En la DSAS, como se detalló en el diagnóstico de esta investigación, no se llevan mediciones de no conformes y no conformidades, por lo tanto, una de las premisas es elaborar un plan de recolección de datos, esto con el fin de determinar causas raíz y proponer mejoras que permitan cumplir todos los objetivos de calidad.

Para este paso, se propone el registro *Control de reprocesos*, (ver apéndice 17), que cuenta con las clases de reprocesos, responsable, fecha de detección y fecha de atención. Esto será una herramienta que permitirá mejorar el proceso.

Para alcanzar los objetivos de calidad y los requerimientos de los clientes, se debe basar en un enfoque de mejora sistemático, por lo tanto, se propone utilizar la metodología DMAIC. Esta

define un problema, evalúa cuantitativamente las variables, analizar estadísticamente los datos y define una mejora que debe implementarse y evalúa garantizando que cumple con la atención del problema. Entiéndase problema como todo aspecto que afecte la conformidad del servicio en los procesos sustantivos de la DSAS.

En el apéndice 19 se encuentran las plantillas que se utilizarán y las herramientas para mejorar los procesos continuamente. Además, el proceso *Atención de no conformidades*, (ver apéndice 3, numeral 3), define los pasos para implantar la metodología DMAIC.

Resumen de la Base Documental Propuesta

A continuación, se resume la base documental propuesta en esta investigación:

Tabla 30. *Propuesta Documental del SGC*

Base documental SGC DSAS				
Documento	Tipo	Código	Dependencia Responsable	Existente o Propuesto
Manual de Calidad DSAS	Manual de Calidad	MLC-DSAS-Manual de Calidad	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Aceptación Administrativa de casos RT y SOA	Diagrama de Flujo	PRO-DSAS-001_Aceptacion RT y SOA	DSAS	Propuesto
Pago Prestaciones Económicas	Diagrama de Flujo	PRO-DSAS-002_Prestaciones Económicas	DSAS	Propuesto
Pago Proveedores	Diagrama de Flujo	PRO-DSAS-003_Pago proveedores	DSAS	Propuesto
Suscripción de SOA	Diagrama de Flujo	PRO-DSAS-004_Suscripcion SOA	DSAS	Propuesto
Análisis y Evaluación de Datos	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-001_ Análisis datos	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Atención de NC	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-002_ Atención NC	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Control documental del SGC	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-003_ Control documental SGC	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Ejecución de Auditorías Internas	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-004_ Auditorías Internas SGC	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Revisión por la Dirección	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-005_ Revisión dirección	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Administración de Cambios en procesos y servicios	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-006_ Cambios procesos	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto

Gestión de Cambio	Diagrama de Flujo	PRO-DGC-007_ Gestión de cambio	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Ficha de proceso	Registro	REG-DSAS-001_ Ficha proceso	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
SIPOC	Registro	REG-DSAS-002_ SIPOC	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Machote DF	Registro	REG-DSAS-003_ Machote de DF	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Machote Procedimiento	Registro	REG-DGC-001_ Machote procedimiento	Departamento Gestión de Calidad	Existente
Plan Control	Registro	REG-DSAS-004_ Plan Control	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Check list Diagnostico	Registro	REG-DGC-002_ Evaluación ISO	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Evaluación EFI y EFE	Registro	REG-DGC-003_ Evaluación EFI y EFE	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Parte interesadas SGC	Registro	REG-DGC-004_ Evaluación partes inte	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Alerta Riesgos Materializados	Registro	REG-DSAS-005_ Alerta riesgos materi	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Evaluación dependencias técnicas	Registro	REG-DSAS-006_ Evaluar dependencia técnicas	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Requerimientos de personal	Registro	REG-DSAS-007_ Req personal TH	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Control Requerimientos proveedores Internos	Registro	REG-DSAS-008_ Control PROV internos	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Matriz comunicaciones DSAS	Registro	REG-DSAS-009_ Comunicación DSAS	DSAS	Propuesto
Auditoria proveedor RSS	Registro	REG-DSAS-010_ Auditoria RSS	DSAS	Propuesto
Control de reprocesos	Registro	REG-DSAS-011_ Reprocesos DSAS	Departamento Gestión de Calidad/DSAS	Propuesto
Check de auditorias	Registro	REG-DGC-005_ Auditorias	Departamento Gestión de Calidad	Propuesto
Minutas de Calidad	Procedimiento	REG-DGC-005_ Minutas	Departamento Gestión de Calidad /Comité de calidad	Propuesto
Aceptación de casos por RT	Procedimiento	PRC- DSAS-001_ Aceptación RT	DSAS	Existente
Aceptación de casos por SOA	Procedimiento	PRC- DSAS-002_ Aceptación SOA	DSAS	Existente
Solicitud de IREAS casos a investigar	Procedimiento	PRC- DSAS-003_ Ireas	DSAS	Existente
(Sugerido) Cierre de casos	Procedimiento	PRC- DSAS-004_ Cierre casos	DSAS	Existente
Referencia de casos a la CCSS	Procedimiento	PRC- DSAS-005_ Ref CCSS	DSAS	Existente
Pago de impedimento: pago de indemnización por lesiones físicas permanentes a lesionados	Procedimiento	PRC- DSAS-006_ Pago impedimentos	DSAS	Existente

Pago de indemnización por fallecido	Procedimiento	PRC- DSAS-007_ Fallecidos	DSAS	Existente
Pago de subsidio salarial, pasajes, viáticos y hospedaje	Procedimiento	PRC- DSAS-008_ Viáticos y pasajes	DSAS	Existente
Fijación de rentas a beneficiarios por muerte del trabajador	Procedimiento	PRC- DSAS-009_ Rentas RT	DSAS	Existente
(Sugerido) Pago de valoración de daño corporal (impedimentos) regímenes Riesgos del Trabajo y Seguro Obligatorio Automotor	Procedimiento	PRC- DSAS-010_ Impedimentos	DSAS	Propuesto
Pago de Facturas por servicios de Estancia (RT y SOA) en el Hospital del Trauma S.A.	Procedimiento	PRC- DSAS-011_ Pago facturas RSS	DSAS	Existente
Pago de facturas por servicios de cirugías paquete completo y minuto sala al Hospital del Trauma S. A	Procedimiento	PRC- DSAS-012_ Cirugías RSS	DSAS	Existente
Pago de Facturas por servicios de cupones, imágenes, consultas y terapias al Hospital del Trauma S.A.	Procedimiento	PRC- DSAS-013_ Pago HDT	DSAS	Existente
(Sugerido) Reconocimiento Facturas de lesionados por RT y SOA	Procedimiento	PRC- DSAS-014_ Reconocimiento facturas	DSAS	Propuesto
(Sugerido) Revisión y Contabilización de Remesas	Procedimiento	PRC- DSAS-015_ Contabilización remesas	DSAS	Propuesto
Registro y contabilización de Multas	Procedimiento	PRC- DSAS-016_ Multas recaudadores	DSAS	Existente
1. Manual del Sistema SIMA (Apertura de casos).	Manual de Proceso	MLP-DSAS-001- SIMA	DSAS	Existente
2. Manual de sistema PECSOA	Manual de Proceso	MLP-DSAS-002- SICSOA	DSAS	Existente
1. Manual de uso del sistema SIMA para pagos y PECSOA(Sugerido)	Manual de Proceso	MLP-DSAS-003- PECSOA	DSAS	Propuesto
2. Manual de uso sistema AS400 RT (Sugerido)	Manual de Proceso	MLP-DSAS-004- AS400	DSAS	Propuesto
1. Manual de uso para sistema SIFA (Pagos, reversiones, cambios de costos etc)	Manual de Proceso	MLP-DSAS-005- SIFA	DSAS	Existente
1. Manual de sistema SICSOA	Manual de Proceso	MLP-DSAS-006- SICSOA	DSAS	Propuesto

Nota: Anthony Bonilla.

En la tabla 30 se encuentra cada uno de los documentos propuesto o sugerido para dar inicio con la implementación de un SGC en la DSAS, no obstante, es importante destacar que es una base y puede existir otro tipo de documentos necesarios que no están en esta propuesta. Sin embargo, parte de la mejora continua del SCG es encontrar debilidades y documentarlas para mostrar evidencia de control sobre estas con vistas a una auditoría externa.

En resumen, la base documental está compuesta por 51 documentos, de los cuales 17 ya existían en la DSAS y 34 se proponen en esta investigación. De los 45 documentos:

- Diagramas de Flujo de proceso: 11.
- Procedimientos: 17.
- Manual de Calidad: 1.
- Registros: 16.
- Manuales: 6.

Propuesta Organizativa y Económica del SGC

Estructura Organizativa

Para cumplir con la totalidad de los requisitos es importante establecer un comité de calidad, el cual tendrá a cargo la evaluación estratégica del SGC. Este debe estar conformado por las jefaturas del INS, gerencia y jefatura del departamento de Gestión de Calidad. El objetivo de este órgano es desarrollar el papel de la dirección, como lo estipula el capítulo 9 *Evaluación de desempeño*, analizar las entradas que son pertinentes al SGC y que se deban tomar decisiones de mejora. Para elaborar este comité, es necesario buscar el criterio legal, ingresar en la normativa del INS y que la Junta Directiva apruebe en alguna sesión este equipo de trabajo.

En cuanto a la evaluación de los puntos, se propone el siguiente *check list*, (ver apéndice 21), que contiene los puntos destallados en el capítulo 9.3.2 *Entradas de la revisión por la dirección*, este será el temario por evaluar en las sesiones. La mecánica propuesta de las sesiones es que la jefatura de la DSAS en conjunto con el Gestor de calidad presente los resultados del SGC, estos se discutan objetivamente y se busque el beneficio de las partes interesadas.

De estos comités, el gestor de calidad debe realizar las minutas (ver apéndice 20), en las que se documenten las observaciones, cambios, acciones, entre otros, que impacten el SGC. Estas serán las salidas de la revisión por la dirección, que se requieren en el punto 9.3.3 *Salida de la revisión por la dirección*.

Evaluación Económica

A continuación, se muestra la siguiente tabla que describe el costo de esta investigación y del posible despliegue para un SGC en la DSAS:

El primer paso es establecer los costos que implica una certificación INTE-ISO 9001:2015, por lo en la siguiente tabla se definen estos costos:

Tabla 31. *Costos del Investigador*

Investigador			
Mes	Costo por Hora	Horas aplicadas aproximadamente	Total
Noviembre	₡5 803	12	₡69 636
Diciembre	₡5 803	35	₡203 105
Enero	₡5 803	27	₡156 681
Febrero	₡5 803	40	₡232 120
Marzo	₡5 803	60	₡348 180
Total:		174	₡1 009 722

Nota: Anthony Bonilla.

Tabla 32. *Costos del Gestor de Calidad*

Gestor de Calidad			
Mes	Salario	Cargas Sociales 26.33%	Total:
Mayo	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Junio	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Julio	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Agosto	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Setiembre	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Octubre	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Noviembre	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Diciembre	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Enero	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Febrero	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Marzo	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Abril	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Mayo	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Junio	₡1 005 000	₡264 317	₡1 269 317
Total:	₡8 040 000	₡3 700 438	₡17 770 438

Nota: Anthony Bonilla.

Certificación

Para una posible certificación con INTECO es necesario realizar una preauditoría, la auditoría externa final y los gastos que implica emitir la certificación (ver apéndice 22), además, los gastos de mantener la certificación anualmente por lo que, a continuación, se presenta una proyección estimada a 3 años:

Tabla 33. *Costos INTECO*

INTECO					
	Rubro	Jornada	Costo	TC	Total
1 año	Análisis documental Preauditoría	4	3000	612	€1 836 000
	Auditoría de Certificación		3000	612	€1 836 000
	Emisión de certificación		600	612	€367 200
	Total				€4 039 200
2 año	Auditoría de seguimiento	4	3000	612	€1 836 000
	Mantenimiento de certificado		600	612	€367 200
3 año					€2 203 200
	Auditoría de seguimiento	4	3000	612	€1 836 000
	Mantenimiento de certificado		600	612	€367 200
					€2 203 200
				Total, proyectado	€8 445 600

Nota: Anthony Bonilla.

Teniendo claros los costos totales que implica esta propuesta, se procede a totalizarlos para evaluar económicamente el proyecto:

Tabla 34. *Costos Totales del Proyecto*

Costo total del proyecto	
Investigador	€1 009 722
Gestor de Calidad	€17 770 438
Curso de auditoría	€500 000

Certificación	€4 049 200
Total	€23 329 360

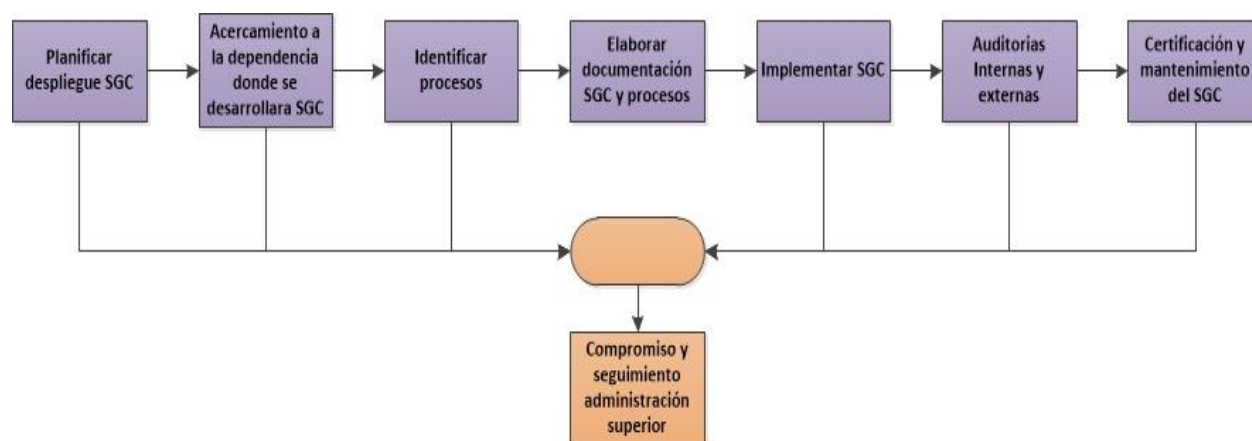
Nota: Anthony Bonilla.

El total aproximado para la primera certificación es de €23.329.360, 00.

Propuesta de Despliegue en INS

Parte del valor agregado de esta investigación, es proponer un método de despliegue en todo el INS para una posible certificación INTE- ISO 9001:2015. A continuación, se adjunta un mapa de cómo realizar esta gestión:

Figura 36. Despliegue Institucional del SGC



Nota: Anthony Bonilla.

La figura 36 muestra la estructura propuesta en este estudio para extrapolar la base documental elaborada en este capítulo. Como primer punto está la planificación del equipo que estará a cargo de levantar la documentación del SGC, los puntos que deben considerar son los siguientes:

- La cantidad de gestores necesarios, ver si se contratan externos o se utilizan los recursos del departamento Gestión de Calidad.
- La coordinación con la empresa certificadora y los costos asociados.
- Establecer un cronograma de actuación y definir las dependencias que sean críticas

hacia el cliente externo, por ejemplo, implantar SGC en las sedes del INS.

El acercamiento con la dependencia es de suma importancia, ya que es donde se explica la metodología a la jefatura de la dependencia por evaluar, se definen los canales de comunicación y enlaces correspondientes. En este punto es importante definir una presentación de los beneficios que se obtienen con un SGC normado bajo la ISO 9001:2015. Una vez cumplida esta etapa se procede a elaborar la base documental del sistema, que inicia con el mapeo de los procesos tomando como insumo el mapa de procesos establecido por el INS y sus definiciones.

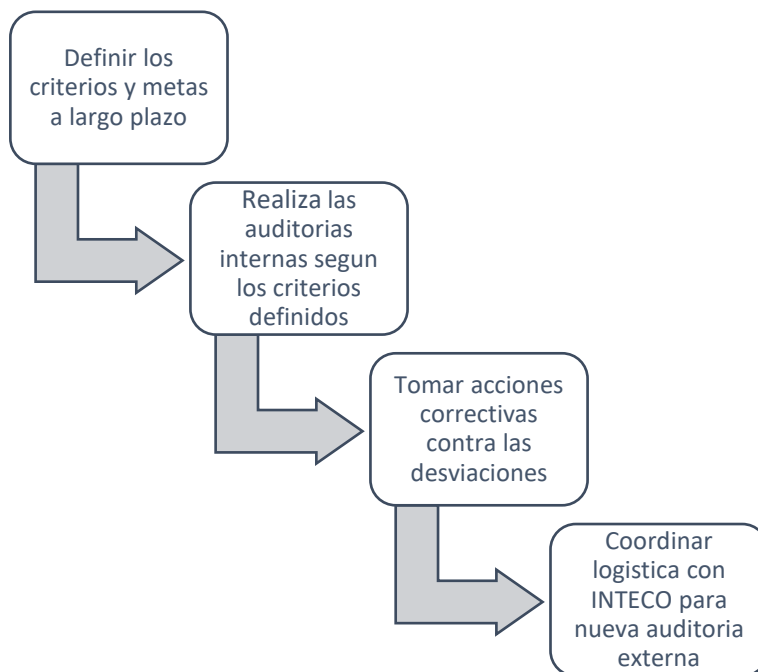
De estos procesos se procede a aplicar todos los requisitos de la norma INTE ISO9001:2015, tomando como entradas toda la documentación que se encuentra en el manual de calidad propuesto y, según la pirámide documental propuesta. Seguidamente, se debe implantar el sistema y se da un tiempo para que todas las partes asimilen y se consideren parte de este, además de tener más data para las auditorías y, por último, la certificación.

Plan de Mantenimiento al SGC

Parte de la propuesta de esta investigación es desarrollar un plan del mantenimiento del SGC, este es un factor crítico, ya que es la etapa más compleja, debido a que requiere de mucha disciplina, compromiso y flexibilización al cambio.

Debido a que las certificaciones se deben renovar cada 3 años, es necesario definir un lineamiento sobre cómo ejercer este modelo para asegurar que la calidad se mantiene constante en el tiempo. A continuación, se muestra el esquema propuesto:

Figura 37. Modelo de Mantenimiento del SGC



Nota: Anthony Bonilla.

Para medir que el SGC es conforme se deben establecer los parámetros y criterios a largo plazo, esto con base en los objetivos de calidad y política de calidad definidos. Es importante que estos los evalúe la dirección y que el gestor de calidad esté en constante revisión. Estos criterios son los que se utilizarán para comparar contra los resultados obtenidos en un periodo. Algunos de los criterios o parámetros por considerar pueden ser:

- Metas de indicadores.
- Eficiencia en el alcance de los objetivos de calidad.
- Proyecciones de no conformidades y su tendencia respecto al tiempo.
- Abordaje de riesgos y eficiencia de los planes de acción, entre otros.
- Satisfacción del cliente.

Para obtener el resultado actual que será comparado con la meta, se deben realizar auditorías internas, utilizando la metodología y registros propuestos en esta investigación. La información obtenida se compara contra las metas, si existen desviaciones o tendencias que no estaban dentro de lo esperado, es necesario aplicar un plan de acción o activar los procesos de mejora para mejorar las inconsistencias.

Una vez aplicadas las mejoras que deriven de los planes de acción, se debe volver a auditar para evaluar si estos fueron planes eficaces y se ajustan a las metas. Si lo son, se definen los controles para mantener la constancia y gestionar finalmente la logística para la auditoría externa. El objetivo de este plan es asegurar que antes de una auditoría externa de renovación el SGC esté lo más depurado posible, para reducir la cantidad de no conformidades que puedan detectarse en esta.

Factores Críticos de Éxito

Compromiso de la Administración superior: como se describe en el capítulo 5 en cuanto al papel de liderazgo que este debe tomar, es de suma importancia para alcanzar éxito en los objetivos de calidad. Este rol debe participar activamente en las revisiones por la dirección, asegurar que los recursos están para el SGC e involucrar a las jefaturas y mandos bajos.

Gestión de Cambio: este factor debe considerarse en todos los aspectos del SGC, esto debido a que el personal desempeña un papel importante en el desarrollo del sistema, si el personal no está comprometido, es poco probable que el SGC cumpla con sus objetivos. Para esto, el proceso de gestión de cambio se debe trabajar de la mano con talento humano, para hacer conciencia en cada uno de y cómo esto impacta la organización, la culturización es fundamental.

Enfoque con base en mediciones: todo proceso que se pretenda mejorar y optimizar, así como reducir la cantidad de no conformidades, entre otros, debe basarse en mediciones para tomar acciones correctivas, los datos son de suma importancia para evaluar la eficacia del SGC.

Resultados de Gestión de Calidad con propuesta

Como parte de la mejora propuesta por esta investigación, se adjunta la tabla de calidad, donde se visualiza la mejora en cada capítulo y a nivel global:

Tabla 35. *Resultados Gestión en calidad con propuesta*

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	100%	MANTENER
5. LIDERAZGO	100%	MANTENER
6. PLANIFICACION	100%	MANTENER

7. APOYO	100%	MANTENER
8. OPERACIÓN	83%	MANTENER
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	100%	MANTENER
10. MEJORA	100%	MANTENER
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	98%	
Calificación global en la Gestión de Calidad	ALTO	

Nota: Anthony Bonilla

Como se observa en la tabla 38, una vez utilizada la herramienta de check list, con la base documental propuesta, se llegó a una calificación global de un 98%, esto porque ya ciertos requisitos el INS estaban dentro de su operativa, sin estar integrados según la Norma ISO 9001:2015.

El 2% que está pendiente, tiene que ver con el punto 8.3 de la norma, que se refiere al control de los servicios suministrados externamente, si bien esta propuesta define indicadores y un registro para medir nivel de servicios, no es suficiente para el alcance de este requisito, ya que la complejidad organizativa de la Red de Servicios de Salud conlleva a un análisis de procesos transversales, lineamientos de calidad y servicio.

Por lo tanto, existe una mejora para los procesos sustantivos de la DSAS, al pasar de un 29% de calificación global a un 98%, siendo esto suficiente para optar por una certificación de la norma, en estos procesos.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. P. (2016). Configuración y uso del Mapa de Procesos. Madrid, España: AENOR.
- Campo, J. I. (2016). Análisis Costo Beneficio. Recuperado de <http://www.expansión.com/diccionario-economico/analisis-costebeneficio.html>
- Claret, G. O. y Arciniegas Ortiz, J. A. (2016). Sistemas de Gestión de Calidad teoría y práctica bajo la norma ISO 9001 (1.ª ed.). Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones LTDA.
- Eduardo, B. L., Gsbert Soler, V. y Pérez Molina, A. I. (2016). 9001:2015, Estrategia y Desarrollo de Una Guía de Implantación de la Norma ISO (1.ª ed.). C/ Els Alzamora, 17 - 03802 - ALCOY (ALICANTE): 3 Ciencias.
- Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación (6.ª edición ed.). México D. F., México: Mc Graw Hill.
- Hertline, M. D. y Ferrel, O. C. (2012). Estrategia de Marketing (Quinta edición ed.) (J. R. Martínez, Ed.). Distrito Federal, México: Cengage Learning INC.
- Lemos, P. L. (2015). Cómo documentar un Sistema de Gestión de Calidad Según la Norma ISO 9001:2015. Madrid, España: Fundación Compemetal.
- Mancera, L. B. (2013). Mejoramientos de la gestión pública con ISO 9001:2008. Scientia Et Technica. doi: ISSN 0122-1701
- Marti, I. S. y Lizaraburo Bolaños, E. (2016). Introducción a la Gestión Integral de Riesgos Enfoque ISO 31000 (1.ª ed.). Lima, Perú: Platinum Editorial S. A.
- Medina, F. C. y López Díaz, A. D. (2017). Técnicas y herramientas de ingeniería de calidad para su implementación. Revista Ingeniería, Investigación y Desarrollo, 17(1), 11.
- Socconini, L. (2015). Lean Six Sigma Green Belt (M. books, Ed.). Barcelona, España.
- Tools, ISO. (2017). 6 Pasos para Aplicar el Enfoque Basado en Riesgos en ISO 9001:2015. Recuperado de: <https://www.isotools.cl/6-pasos-para-aplicar-el-enfoque-basado-en->

riesgos-en-iso-90012015/

APÉNDICES

Apéndice 1 Relación de procesos y el mapa de procesos

Tabla de relaciones para determinar los macroprocesos que involucra la DSAS:

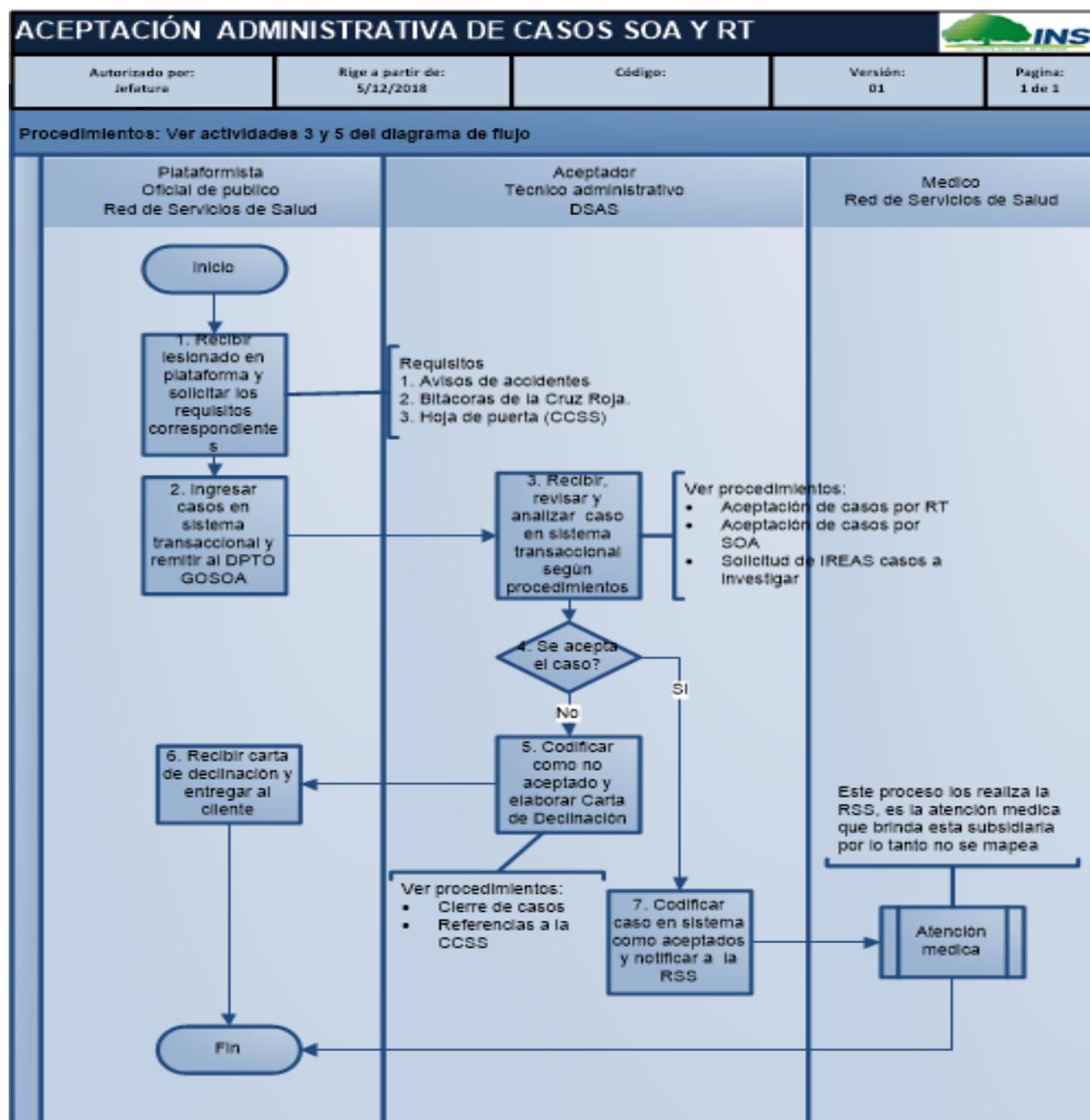
Identificación de Macropro							
	Macroprocesos	Funciones DSAS					
		1	2	3	4	5	6
Estategicos	Inteligencia Estratégica	?	x	x	x	x	x
	Gobernanza Corporativa	x	x	x	x	?	x
Sustantivos	Gestion Comercial	x	x	x	x	x	?
	Suscripcion de Riesgos	x	?	x	x	x	x
	Gestion de Sinestros	x	x	?	?	x	x
	Procesos Auxiliares de Seguros	x	x	x	x	x	x
Apoyo	Abastecimiento de bienes y servicios	x	x	x	x	x	x
	Gestion Juridica	x	x	x	x	x	x
	Gestion de Talento Humano	x	x	x	x	x	x
	Infraestructura y Mantenimiento	x	x	x	x	x	x
	Adminsitración y Gestion Financiera	x	x	x	x	x	x
	Tecnologias de Informacion	x	x	x	x	x	x
MAM	Control y Supervision	x	x	x	x	x	x
	Calidad y Servicios al Cliente	x	x	x	x	x	x
	Gestion de Riesgos y Actuarial	x	x	x	x	x	x

Nota: Anthony Bonilla.

Esta matriz se utilizó para identificar cuáles macroprocesos, según el mapa de procesos adjunto en la investigación y los conceptos del apéndice 6, forman parte de la DSAS, esto como parte de analizar la situación actual y documentar los procesos actuales.

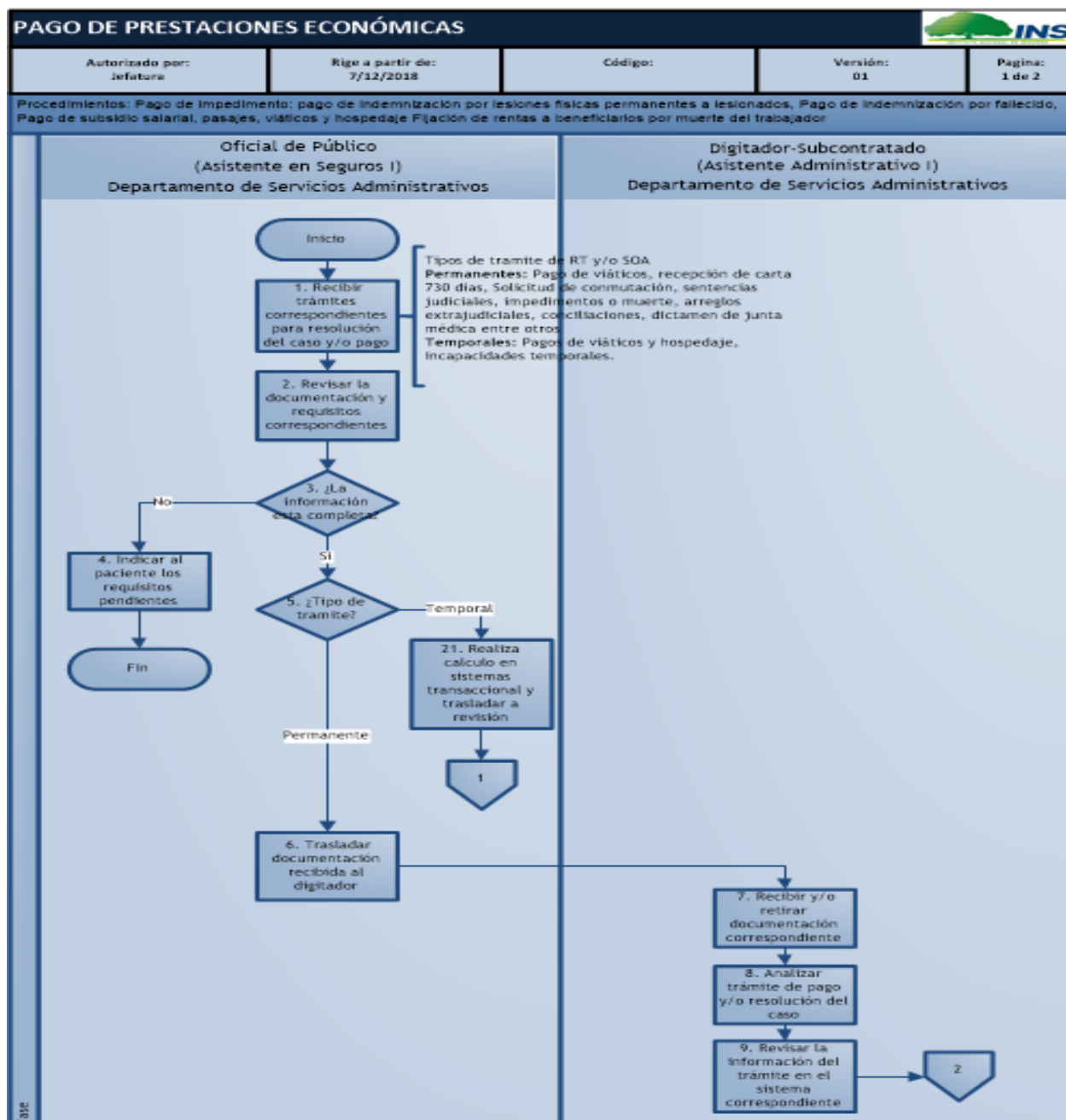
Apéndice 2 Diagramas de flujo de proceso

1. Diagrama de flujo procesos “Aceptación Administrativa de Casos SOA y RT”

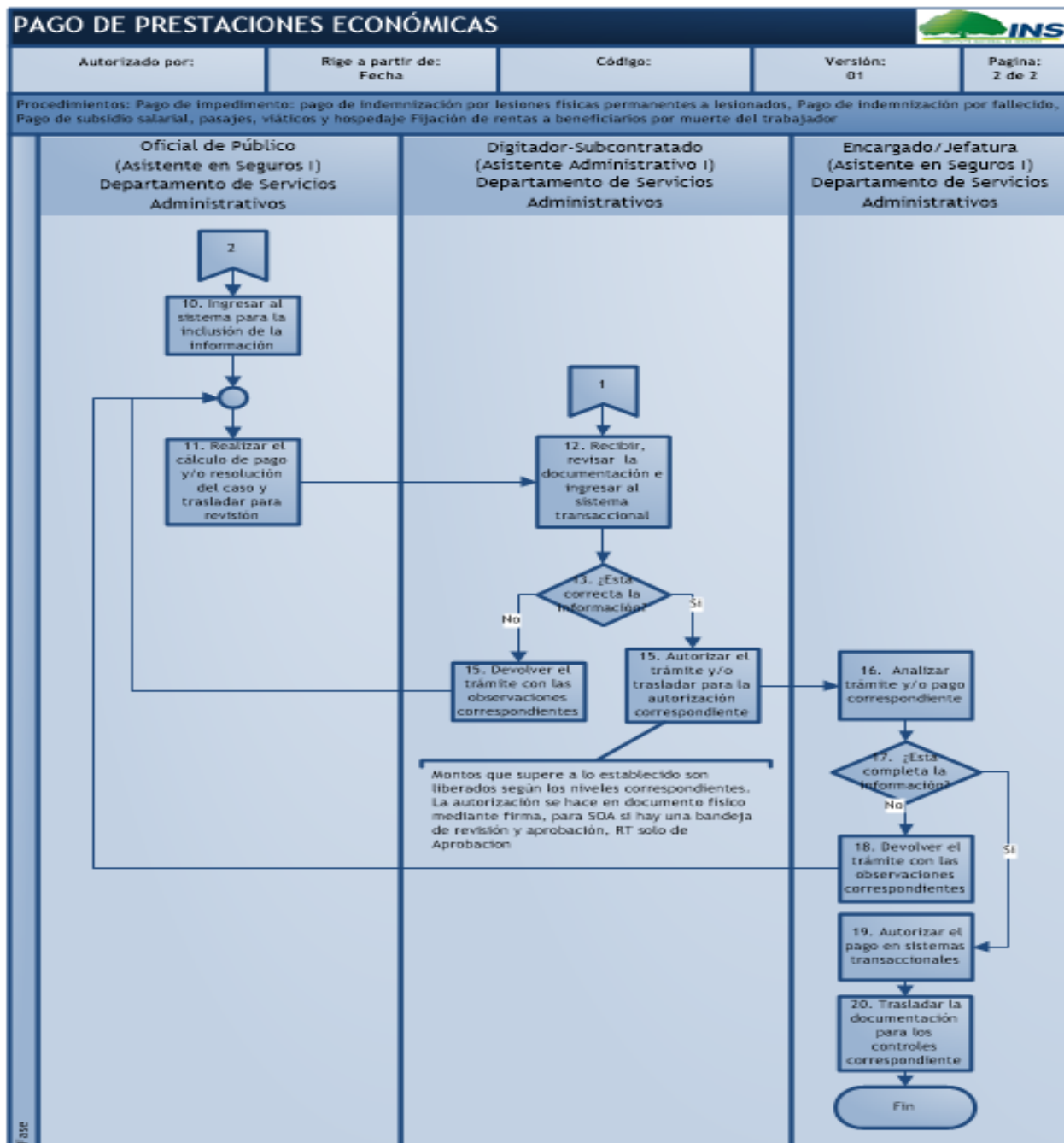


Nota: Anthony Bonilla.

2. Diagrama de flujo de procesos Pago Prestaciones Económicas (Parte A)

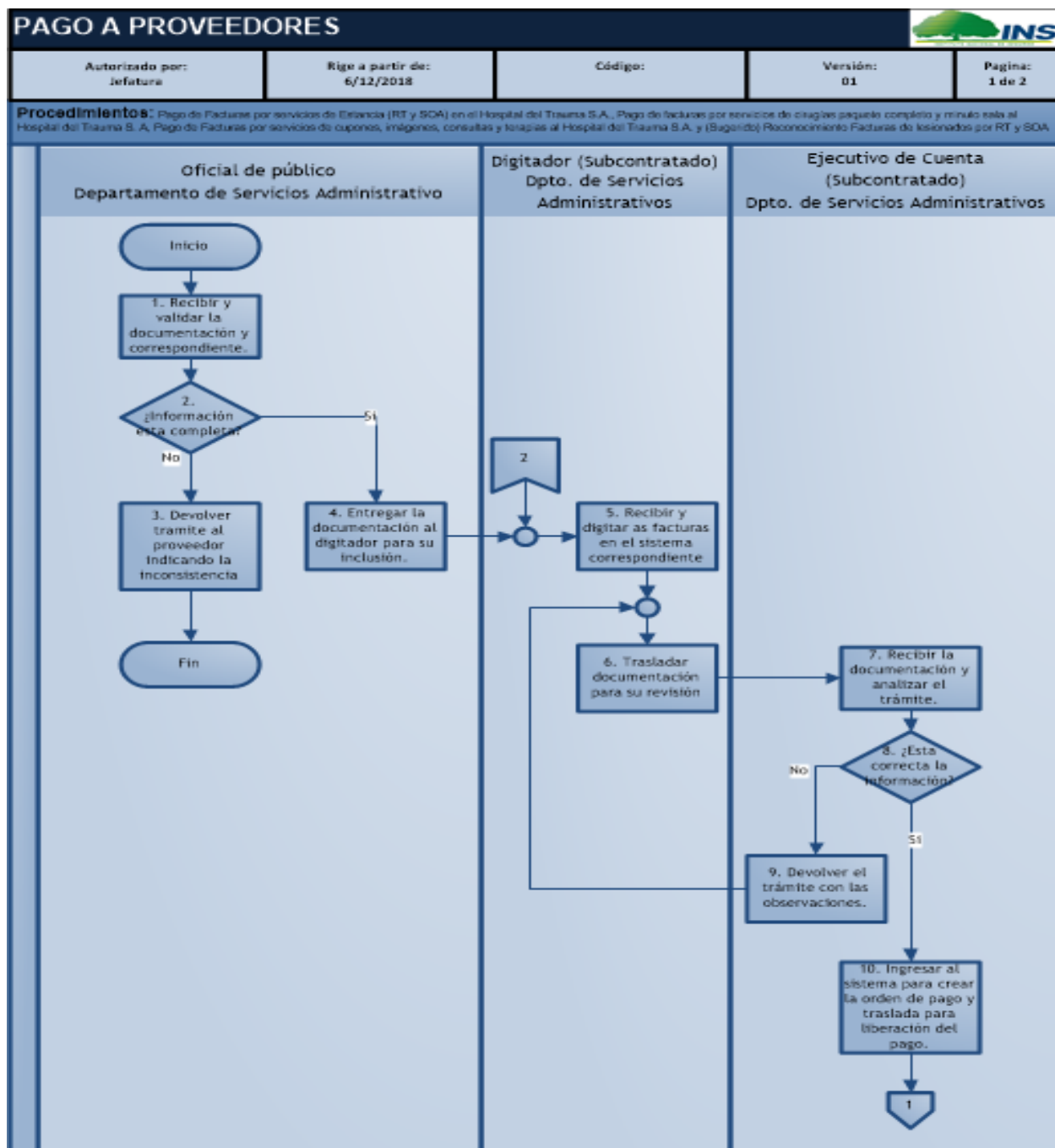


Parte B



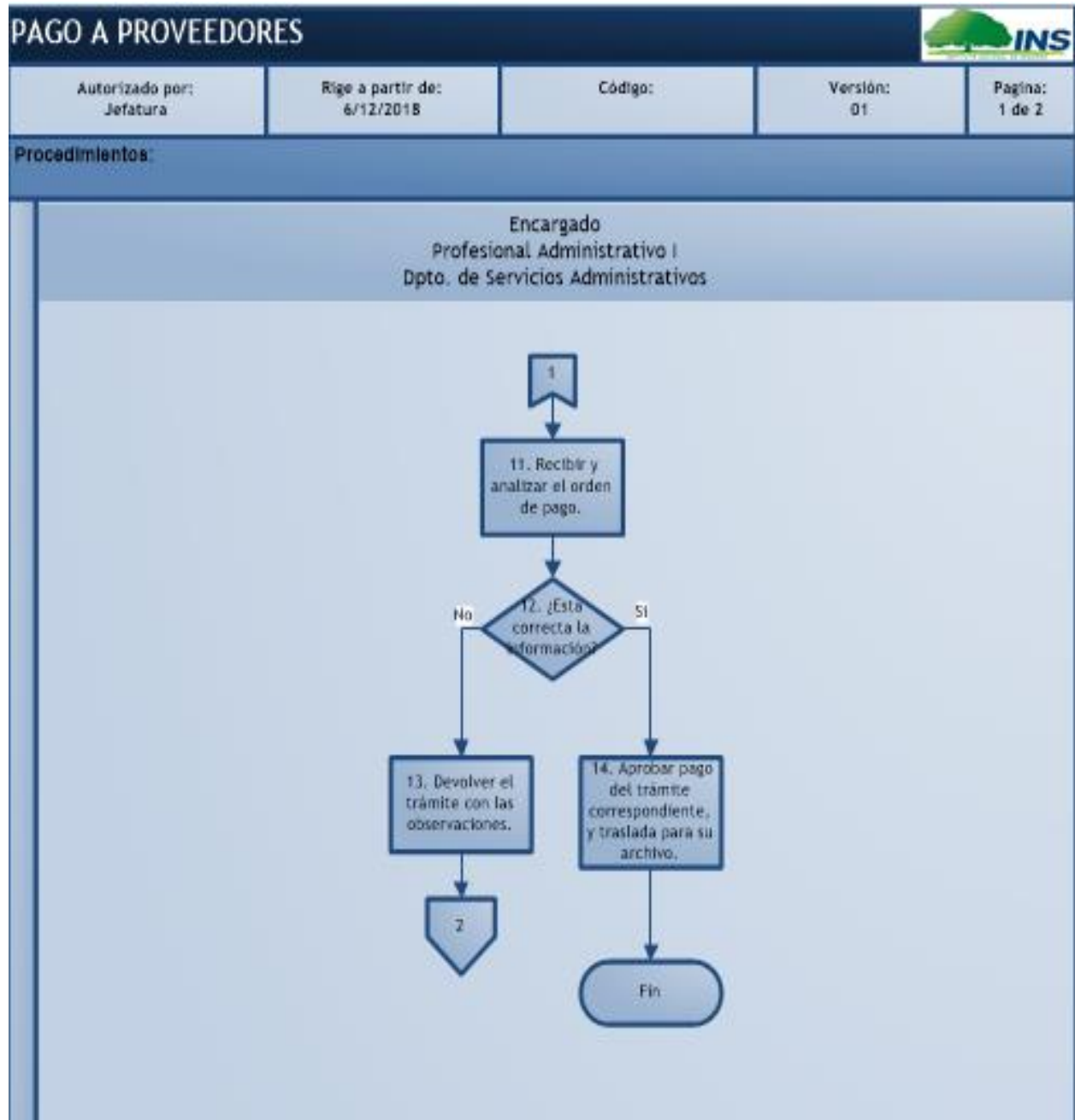
Nota: Anthony Bonilla.

3. Diagrama de flujo de procesos Pago a Proveedores (Parte A)



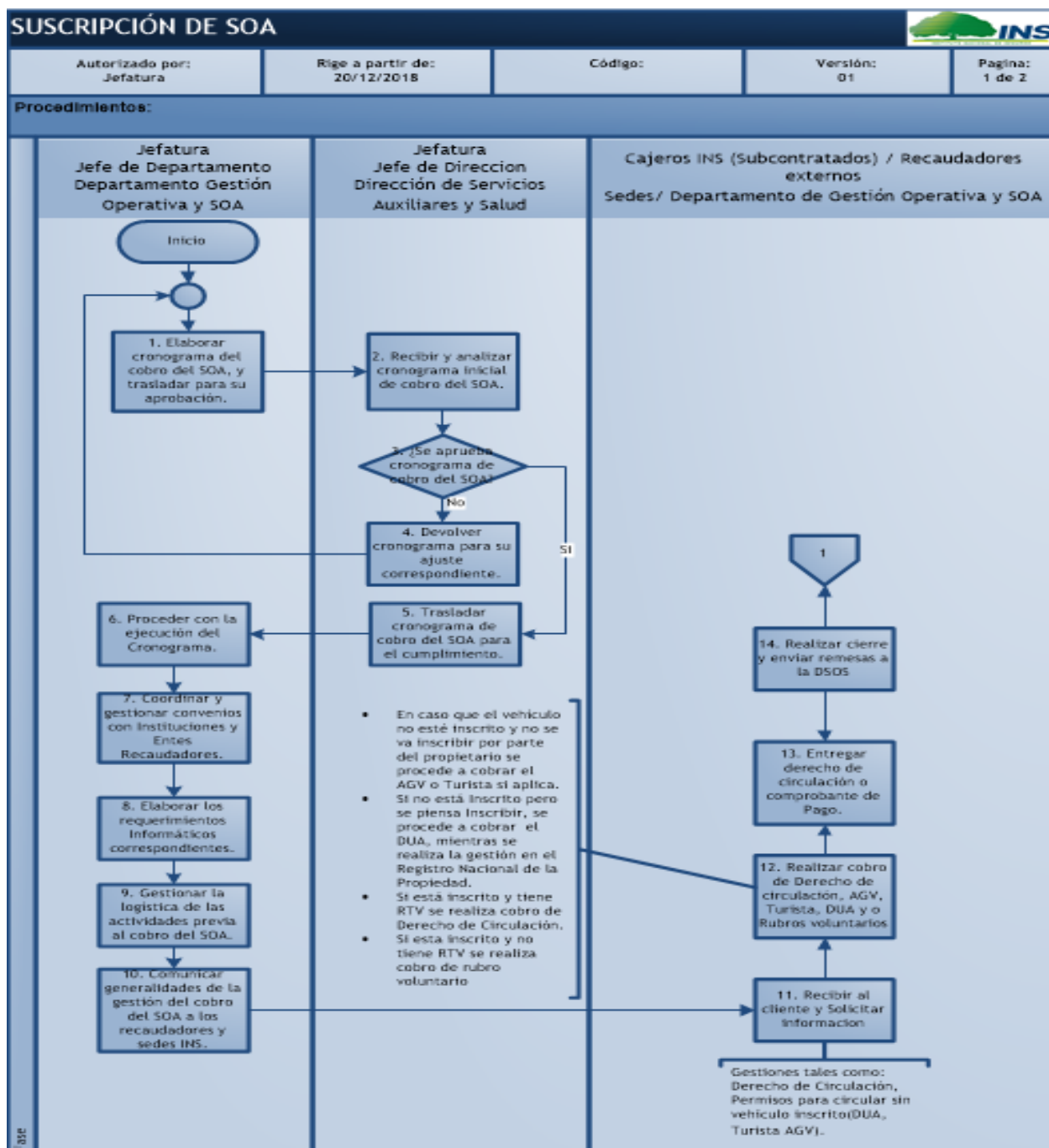
Nota: Anthony Bonilla.

Parte B



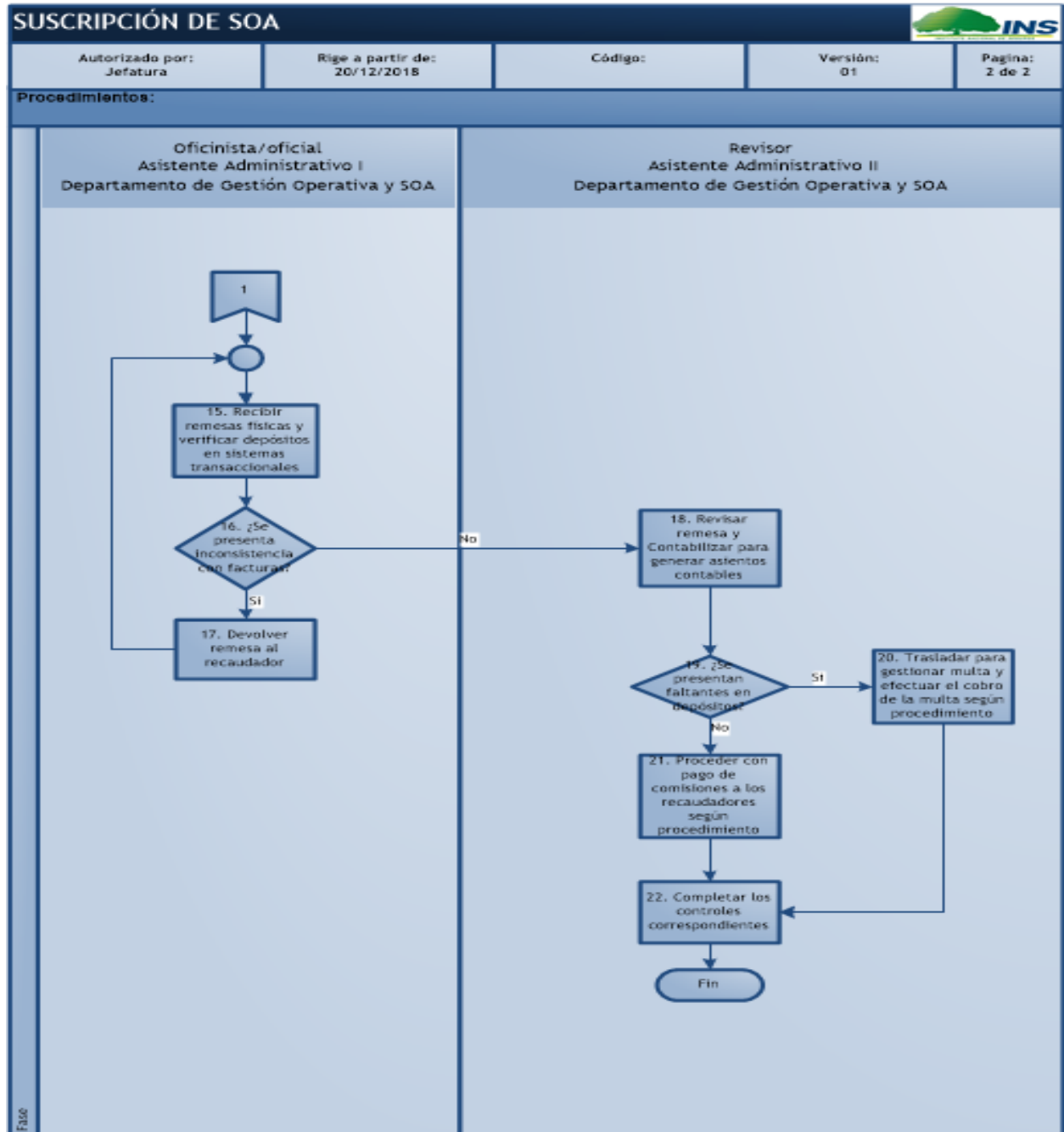
Nota: Anthony Bonilla.

4. Diagrama de flujo de procesos Suscripción SOA (Parte A)



Nota: Anthony Bonilla.

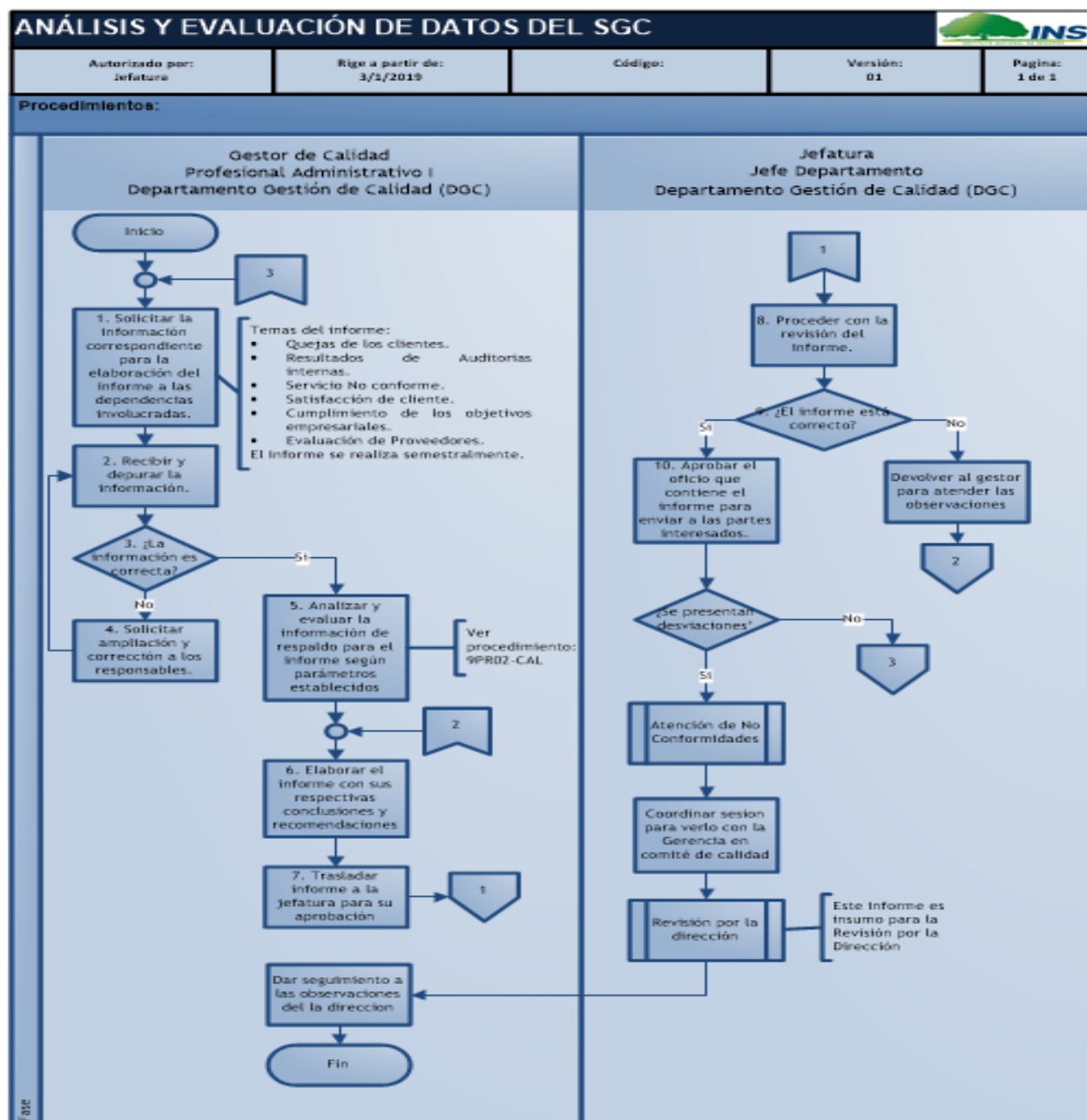
Parte B:



Nota: Anthony Bonilla.

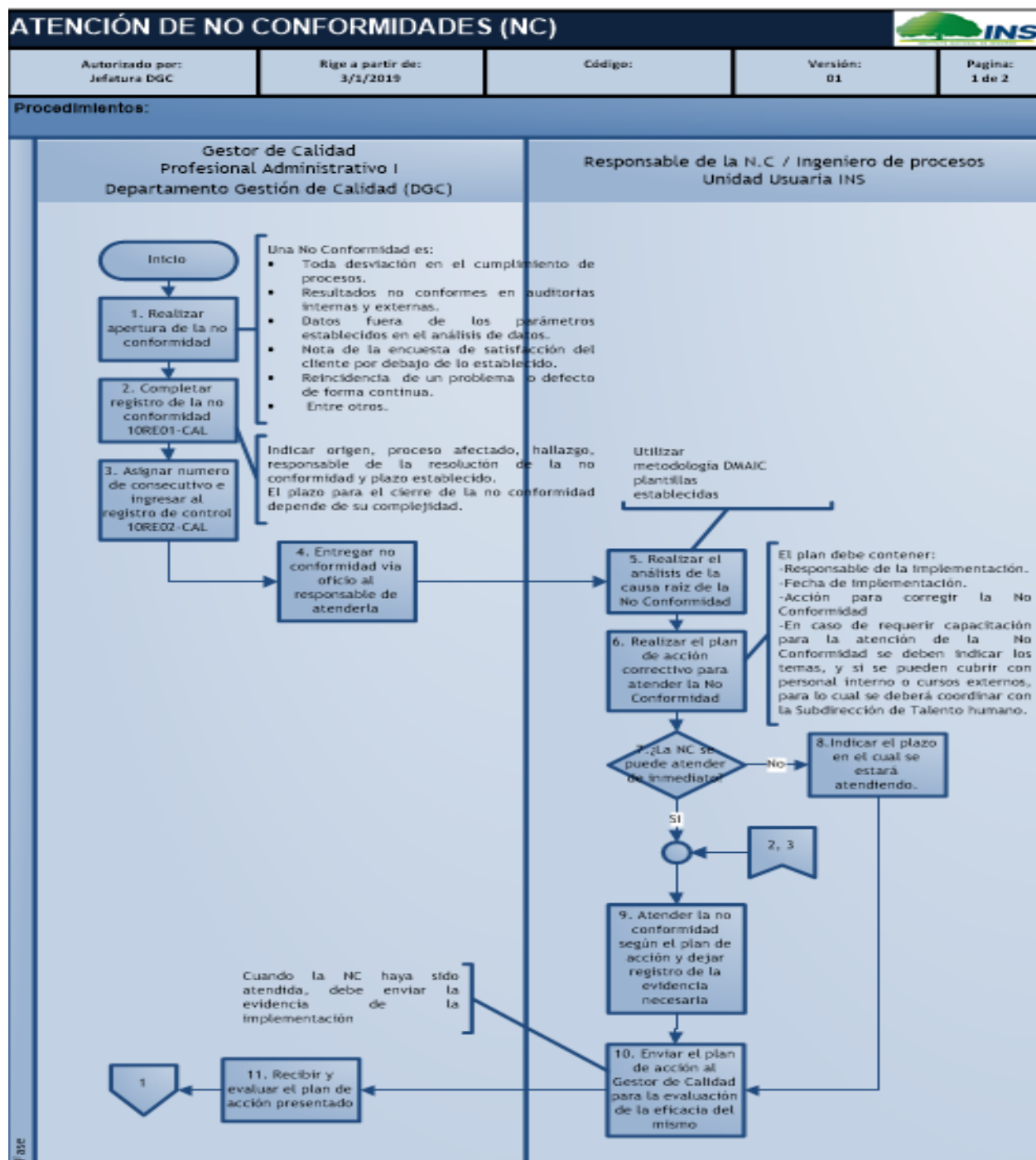
Apéndice 3 Diagramas de flujo de Proceso del SGC

1. Diagrama de flujo de procesos Análisis y evaluación de datos

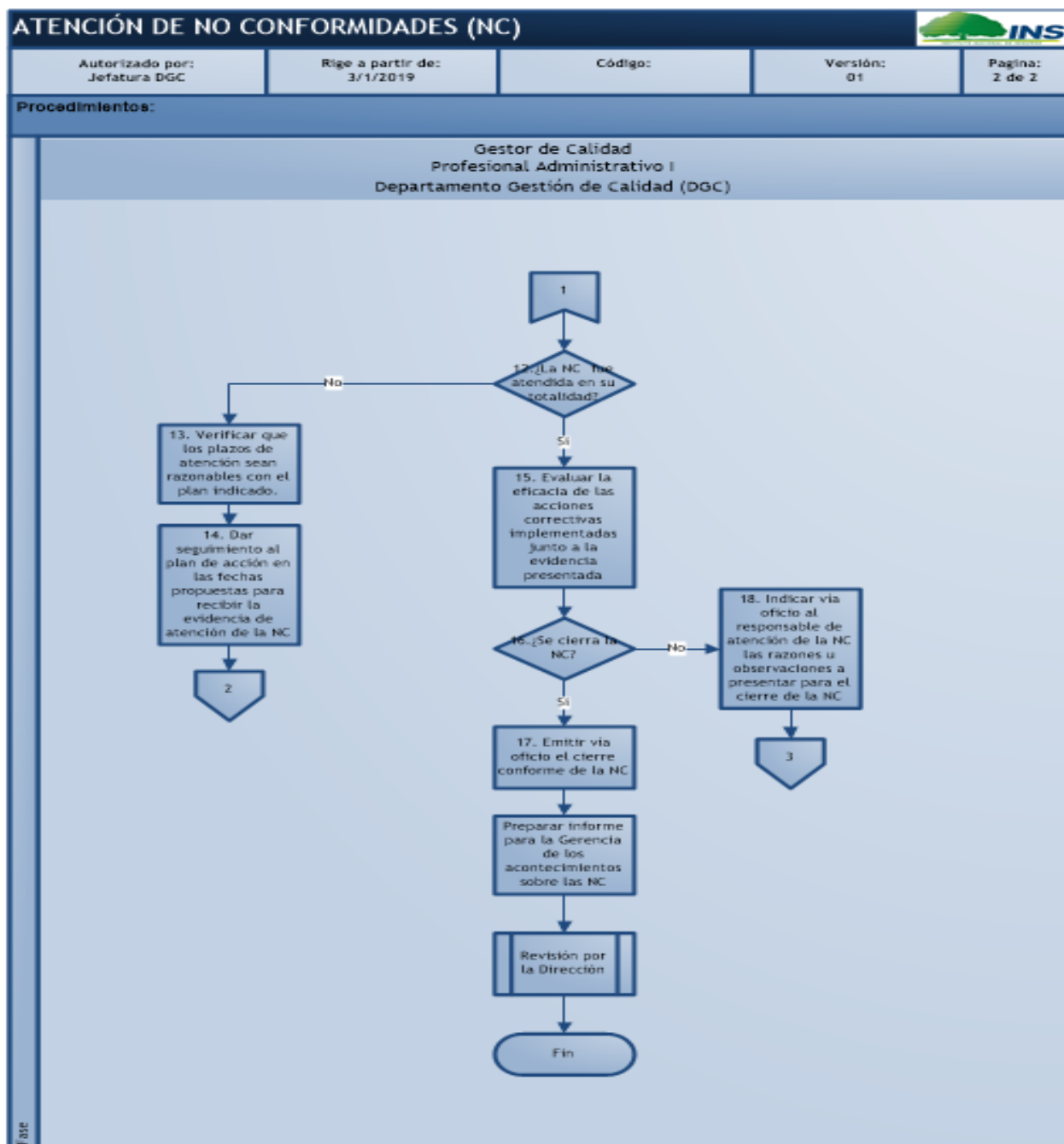


Nota: Anthony Bonilla.

2. Diagrama de flujo de proceso Atención de no conformidades (Parte A)

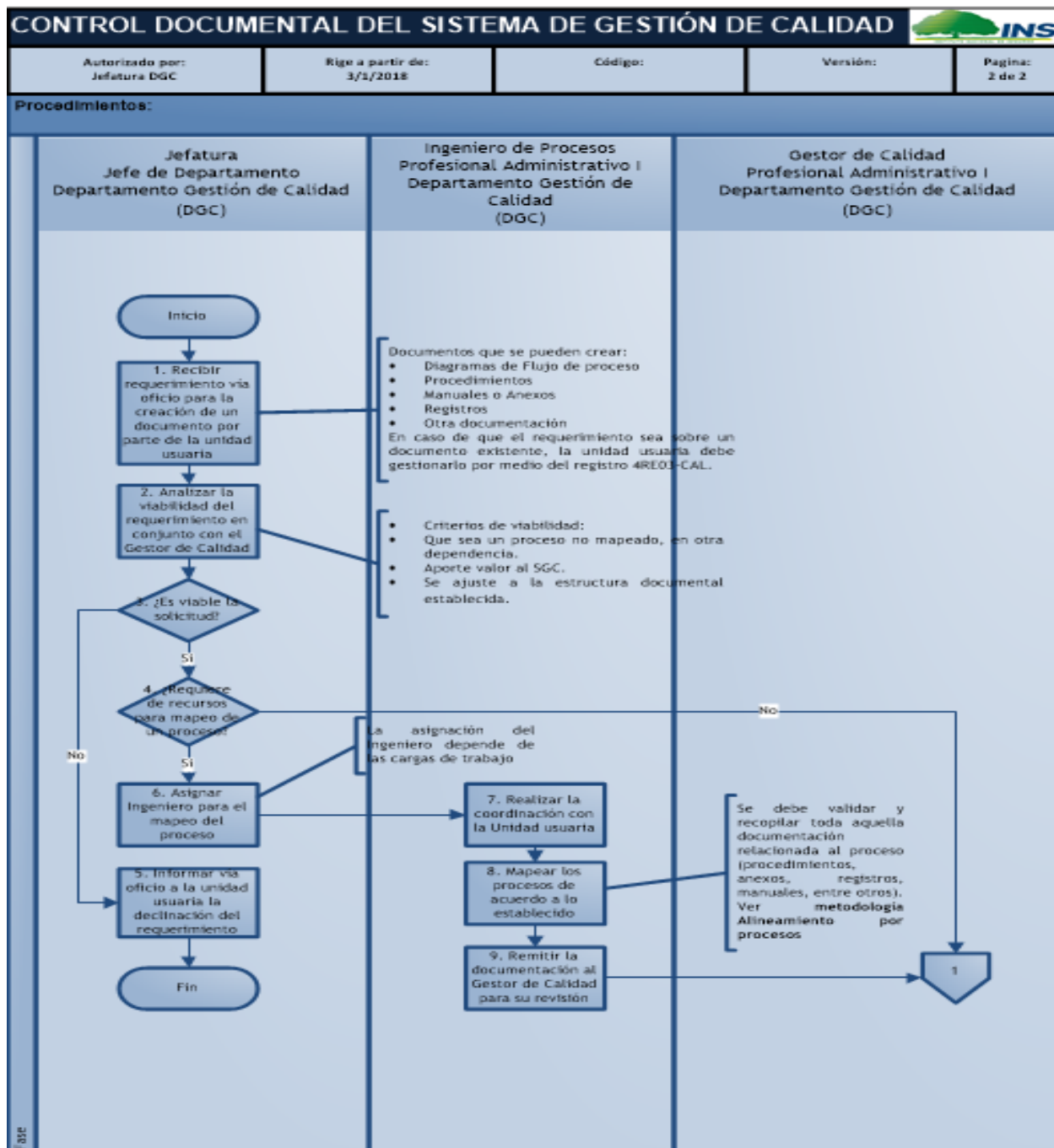


Parte B:



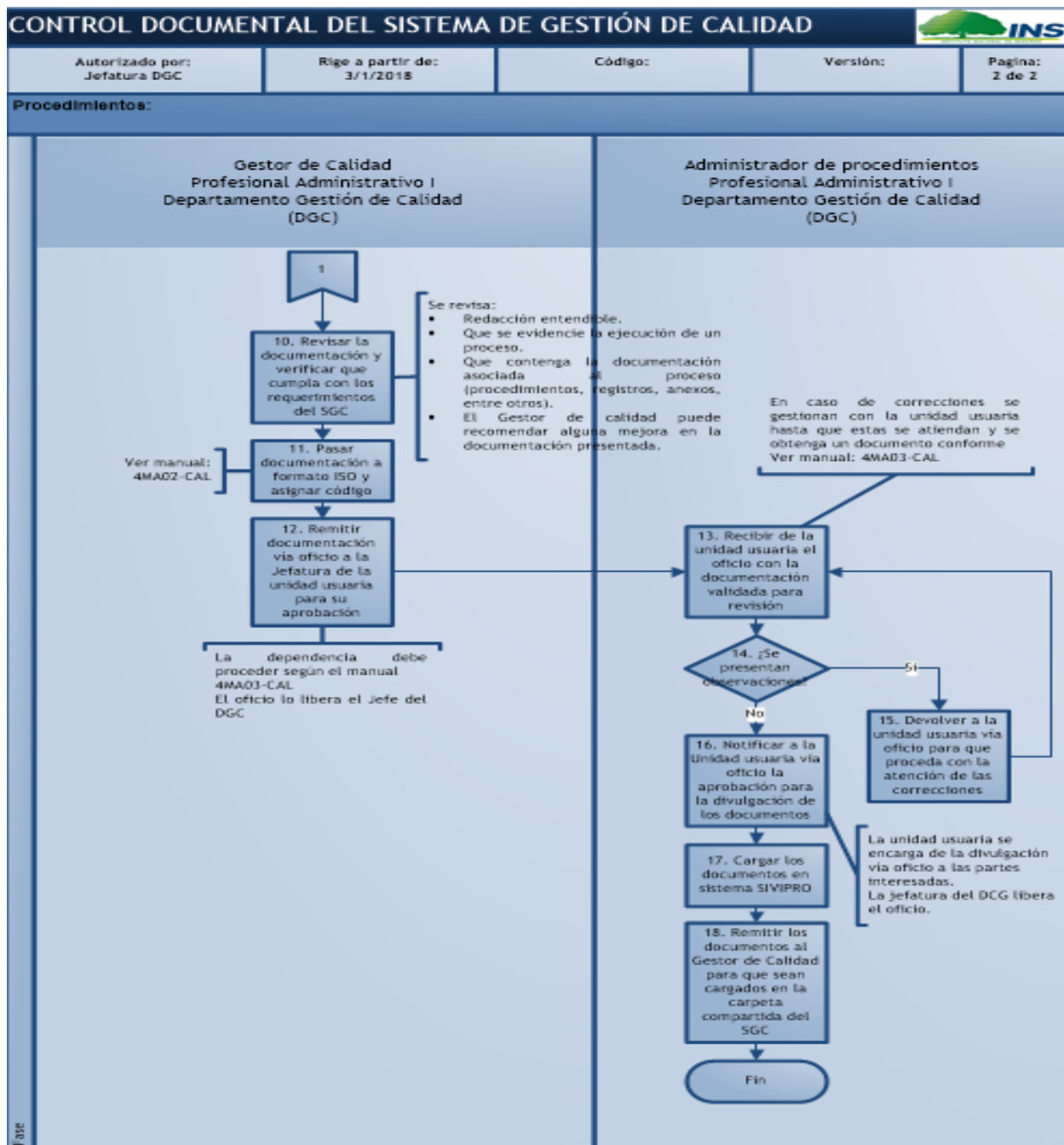
Nota: Anthony Bonilla.

3. Diagrama de flujo control documental SGC (Parte A):



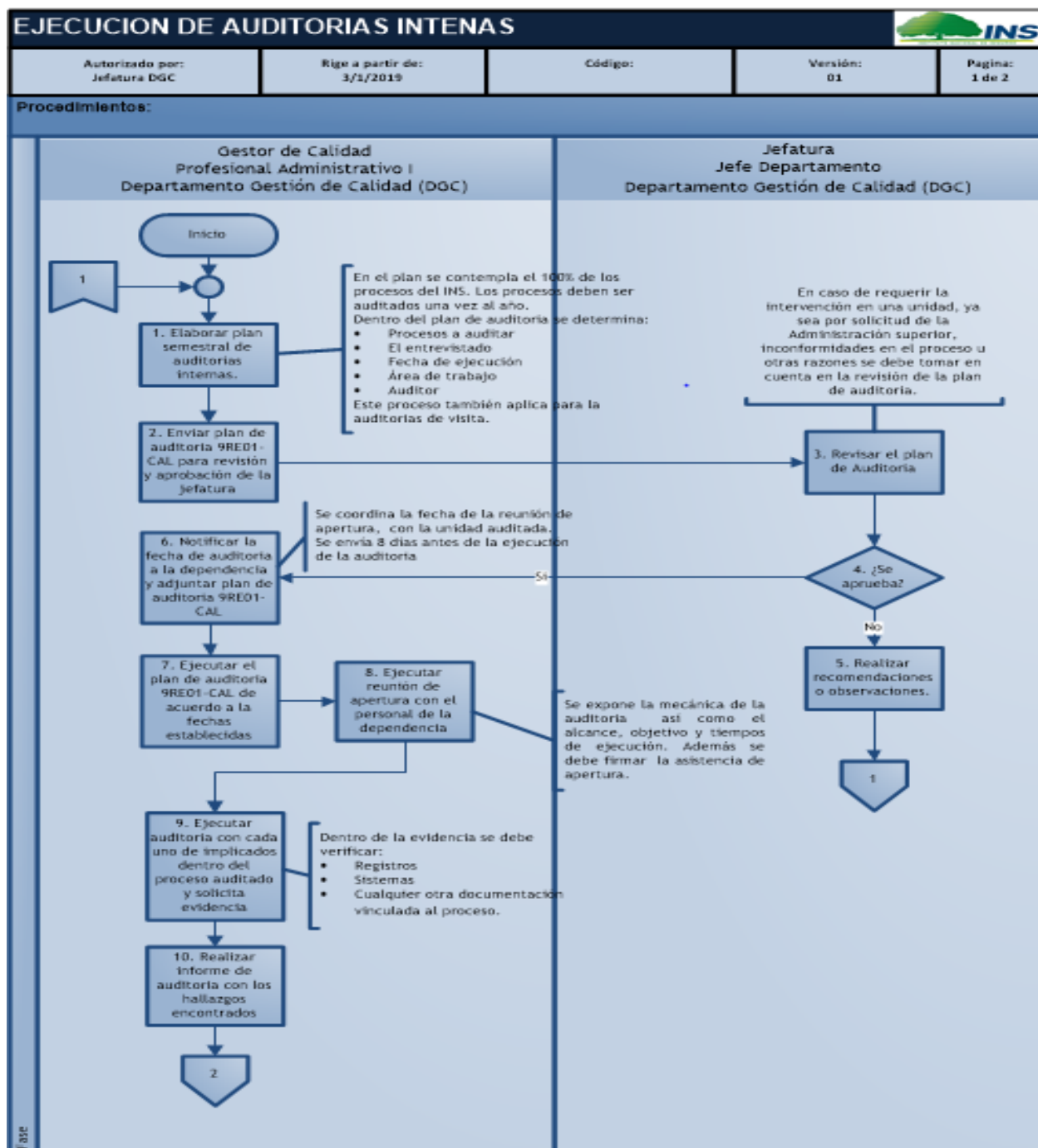
Nota: Anthony Bonilla.

Parte B

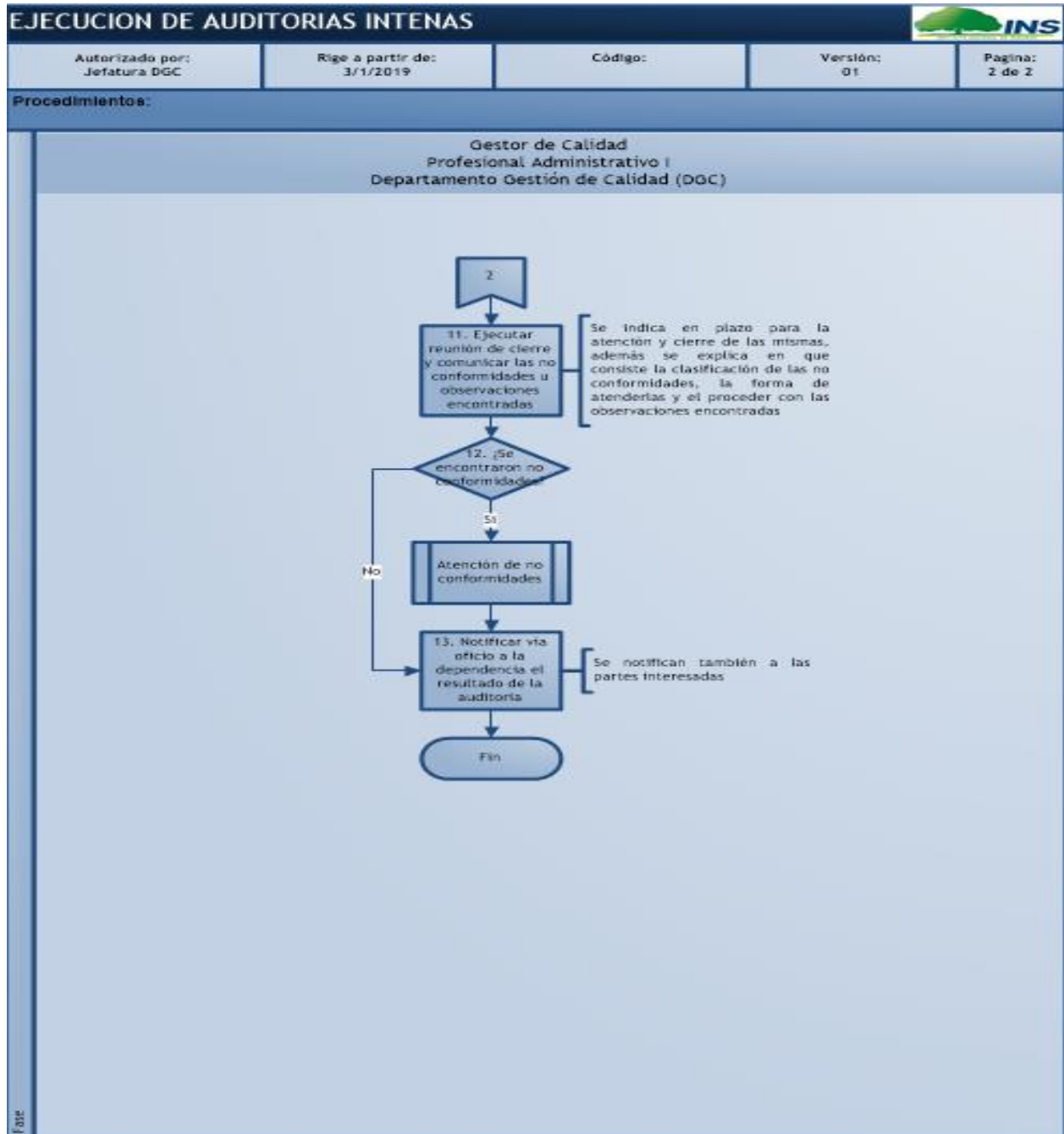


Nota: Anthony Bonilla.

4. Diagrama de flujo ejecución de auditorías internas (Parte A)

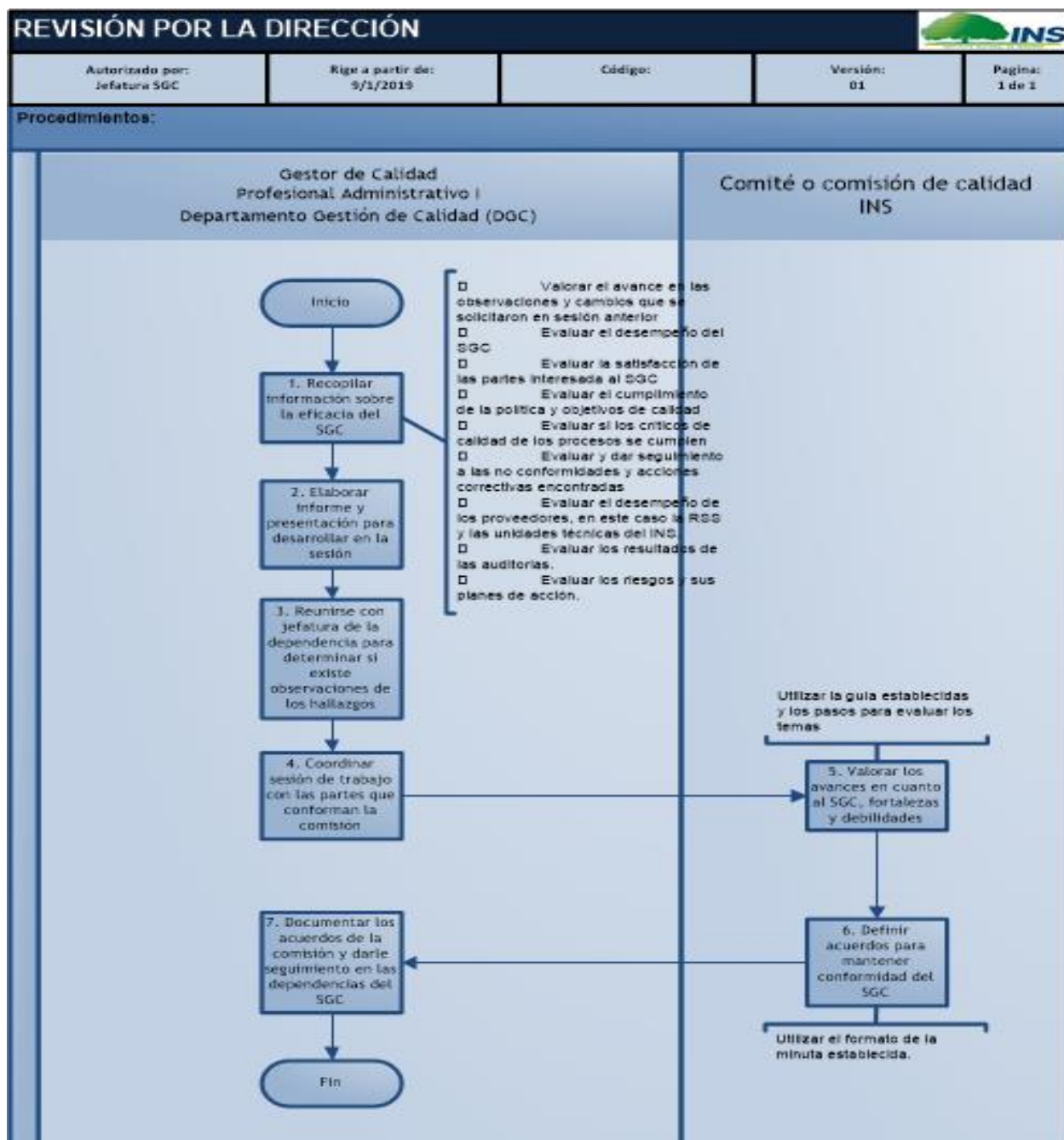


Parte B:



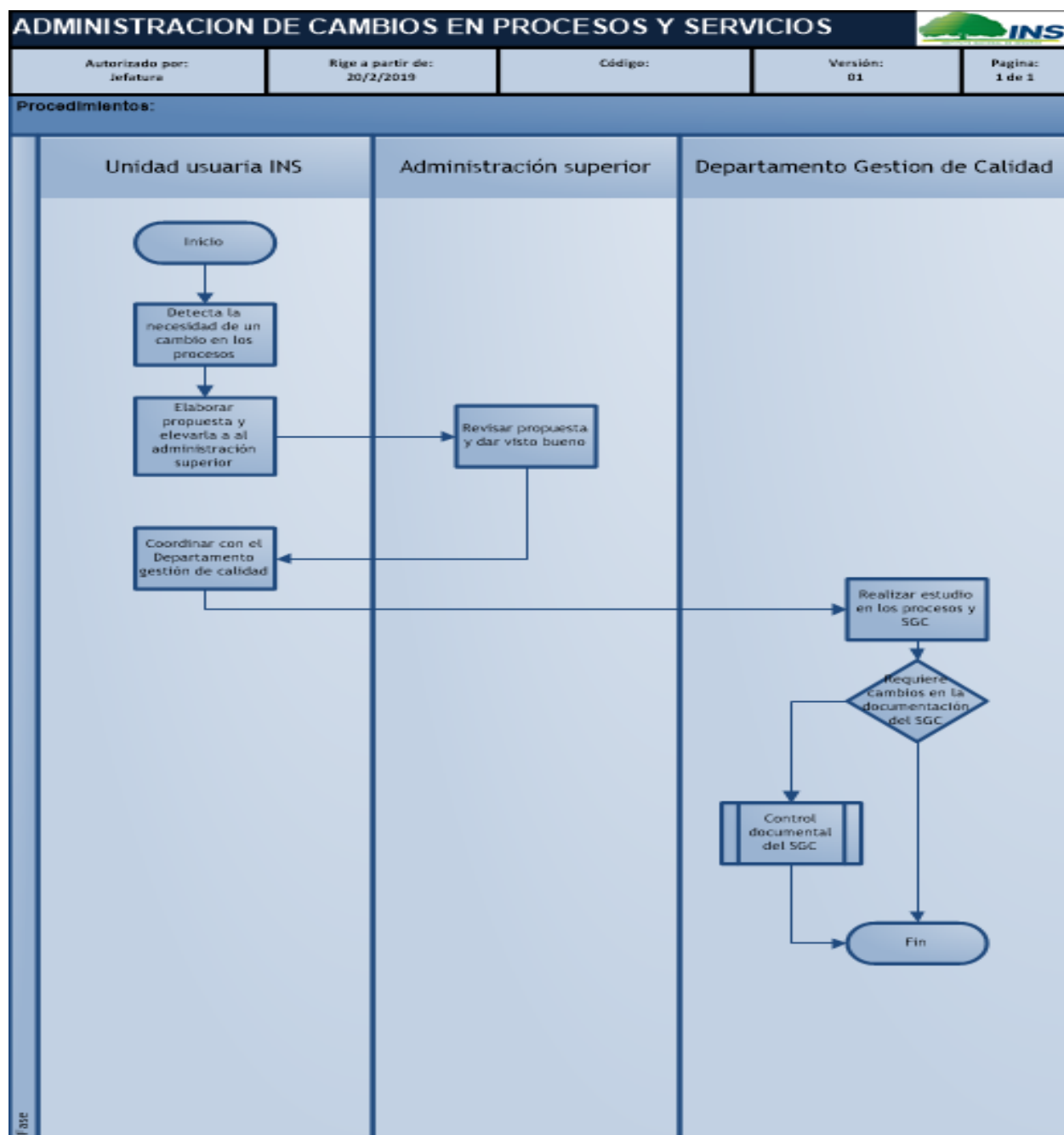
Nota: Anthony Bonilla.

5. Diagrama de flujo de proceso Revisión por la dirección



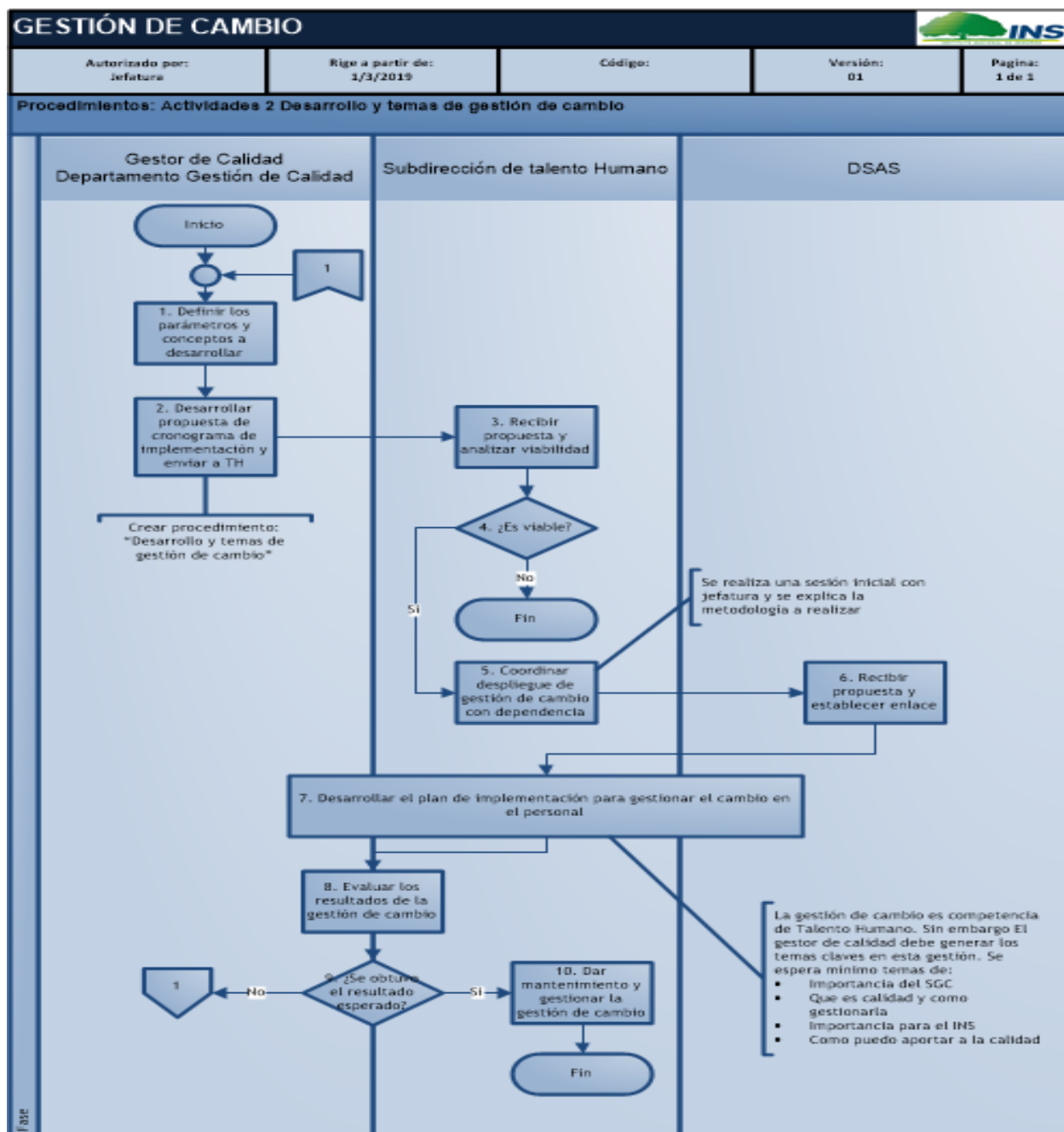
Nota: Anthony Bonilla.

6. Diagrama de flujo de proceso Administración de cambios en los procesos y servicios



Nota: Anthony Bonilla.


7. Gestión de Cambio



Nota: Anthony Bonilla.

Apéndice 7 Propuesta documental del SGC

1. Ficha de proceso

Ficha de proceso			
Nombre del proceso:	Diagrama de flujo:	Versión	Fecha Elab:
Dependencia:		Unidad:	
Objetivo del proceso:			
Dueño del proceso:		SIPOC:	
Críticos de calidad:		Indicadores (KPI)	
Procesos relacionados:			
Recursos necesarios:			
Manuales de proceso:		Registros:	
Documentos legales o leyes aplicables:			
Riesgos indentificados:		Planes de acción	

Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo es tener controlado y documentado, de forma estándar, todas las partes que intervienen en los procesos y que de una u otra manera afectan positiva o negativamente sus requerimientos de salida del proceso.

3. SIPOC.

Sólo los Seguros del INS tienen la garantía del Estado.



Diagrama SIPOC

Nombre del Proceso				
Autorizado por				
Rige a partir de				
Código:				

Resumen de alcance del proceso que incluye: Proveedores - Entradas - Proceso Básico - Salidas - Clientes


Sugerencia: Seguir las instrucciones que se muestran en la parte inferior de este documento.

Proveedores	Entradas	Proceso	Salidas	Clientes

Nota: Anthony Bonilla.

Tener a un alto nivel los involucrados del proceso.

4. Procedimientos.


(dueño del procedimiento)

Nombre del Procedimiento		Código del Procedimiento	
Versión:	Fecha Inicio:	Unidad:	
Objetivo:			
Alcance:			
Métodos y Responsabilidades			
Responsable	Paso	Descripción	
	1		

Glosario

Historial de Revisión, Aprobación y Divulgación				
Versión:	Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Oficio y fecha (rige a partir de):

Anexos	
Código:	Nombre:

Registros					
Código:	Nombre:	Responsable:	Modo de Indexar y Almacenamiento:	Acceso Autorizado:	Tiempo de Retención:

Control de Cambios	
Versión Modificada:	Descripción:
1	Creación.

Nota: Departamento Gestión de Calidad INS.

Este es el formato de procedimientos utilizado actualmente en el INS. Este cumple con los requerimientos de la Normativa ISO, al tener en su trazabilidad anexos, controles de cambios, bitácora de responsables de elaborar y actualizar el mismo y glosario de términos técnicos.

5. Plan Control.

Parte A

Numero	Dependencias	Nombre del Proceso	Objetivo del proceso	Actividad del proceso	Variables críticas a medir (CTQ)	
					Indicador y fórmula de calculo	
1						
2						
3						
4						

Parte B

Indicador y fórmula de calculo	Nivel de desempeño mínimo	Fuente y método de recolección de datos	Método y frecuencia de generación	Responsable de generación	Responsable de analizar e implementar acciones

Parte C

Plan de acción cuando el nivel de desempeño cae bajo el mínimo deseado	Observaciones/Justificación de no tener indicador

Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo de este registro es medir los indicadores que se diseñen para medir el desempeño de los procesos o cualquier otro requerimiento que se deba medir mediante indicadores. Esta herramienta es de suma importancia, ya que establece los responsables, genera la información, la base del indicador y qué hacer en caso de que el resultado obtenido esté debajo del esperado.

Adicionalmente, está enfocada por procesos.

Apéndice 4 Encuesta aplicada para el diagnóstico del SGC Actual

Encuesta aplicada a los dueños de procesos de la DSAS.

Apéndice 5 Check List Diagnóstico

DIAGNÓSTICO DE EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN NTC ISO 9001-2015						
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACIÓN				
		A-V	H	P	N/S	N/A
CON TEX TO		A	B	C	D	X
1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica; y que afectan su capacidad para lograr los resultados previstos de su SGC.			3		
2	La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.				0	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS						
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.			3		
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.				0	
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD						
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios.			3		
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios				0	
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.				0	
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?				0	
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS						
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		5			
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.		5			
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	10				
SUBTOTAL		10	10	9	0	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		26%				
5. LIDERAZGO						
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL						
1	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al SGC (y los incisos a,b,c,d,e,f,g,h,i y j)	10				
5.1.2 Enfoque al cliente						
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes, los legales y reglamentarios se determinan y se cumplen.	10				
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente. Además se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.			3		
5.2 POLITICA						
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA						
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos estratégicos, define los objetivos de calidad, define el compromiso del cumplimiento de requisitos legales y establece como obligatoria la mejora continua para el SGC.				0	
5.2.2 Comunicación de la política de calidad						
5	La política de calidad esta disponible y se encuentra documentada, debe ser divulgada a la organización y esta al alcance de las partes interesadas pertinentes según corresponda.				0	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN						
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización y los incisos (a,b,c,d y e)		5			
SUBTOTAL		20	5	3	0	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		47%				

6. PLANIFICACION					
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
1	La organización debe considerar las cuestiones detectadas en los apartados 4.1 y 4.2 de esta norma, así como la definir los riesgos y oportunidades con el fin de atender los puntos (a,b,c y d)			0	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema, además verifica la eficacia de las acciones.			0	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS					
3	La organización debe establecer los objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad. Además debe documentar estos objetivos			0	
4	La organización debe determinar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad (que se va hacer, que recursos se requieren, quienes son responsables, cuando se finalizar, como evaluar los resultados)		5		
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS					
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?			0	
SUBTOTAL		0	5	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		10%			
7. APOYO					
7.1 RECURSOS					
7.1.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura)		5		
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición					
7.1.5.1 Generalidades					
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?		5		
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones					
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.				X
7.1.6 Conocimientos de la organización					
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.		5		
7.2 COMPETENCIA					
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		5		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.		5		
7.4 COMUNICACIÓN					
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.			3	
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA					
7.5.1 Generalidades					
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.			3	
7.5.2 Creación y actualización					
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.		5		
7.5.3 Control de la información documentada					
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.			0	
SUBTOTAL		0	30	6	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		36%			

8. OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL					
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.		5		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5		
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5		
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.			3	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.2.1 Comunicación con el cliente					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10			
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.		5		
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.		5		
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10			
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.		5		
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.		5		
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.		5		
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		5		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.			3	
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10			
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.3.1 Generalidades					
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.				x
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo					
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.				x
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo					
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.				x
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.				x
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.				x

8.3.4 Controles del diseño y desarrollo						
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.					x
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.					x
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.					x
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación					x
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.					x
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo						
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas					x
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios					x
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación					x
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y					x
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.					x
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo						
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios					x
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos					x
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE						
8.4.1 Generalidades						
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.		5			
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.		5			
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.		5			
35	Se conserva información documentada de estas actividades		5			
8.4.2 Tipo y alcance del control						
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.		5			
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.		5			
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y regulatorios aplicables.		5			
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.		5			
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.		5			
8.4.3 Información para los proveedores externos						

41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.		5			
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.		5			
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.		5			
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.		5			
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.		5			
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO						
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio						
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.			3		
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.		5			
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.			3		
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados			3		
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.		5			
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10				
52	Se controla la designación de personas competentes.	10				
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.		5			
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.			3		
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.				0	
8.5.2 Identificación y trazabilidad						
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.	10				
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	10				
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.		5			
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos						
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10				
60	Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10				
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10				
8.5.4 Preservación						
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10				
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega						
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10				
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10				
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y		5			
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.		5			
67	Considera los requisitos del cliente.	10				
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5			

8.5.6 Control de cambios					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.			3	
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.			3	
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.		5		
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.		5		
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.		5		
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		5		
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.			3	
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.			3	
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.			3	
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras			3	
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.			3	
SUBTOTAL		140	170	39	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		56%			

9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			3	
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.				0
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.				0
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.				0
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.				
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3	
9.1.2 Satisfacción del cliente					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.		5		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.		5		
9.1.3 Análisis y evaluación					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.			3	
9.2 AUDITORIA INTERNA					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.			3	0
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.			3	
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			3	
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			3	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			3	
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.			3	
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.			3	
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.				0
9.3 REVISION POR LA DIRECCION					
9.3.1 Generalidades					

18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5			
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección						
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.				0	
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.				0	
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.				0	
22	Considera los resultados de las auditorías.				0	
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.		5			
24	Considera la adecuación de los recursos.	10				
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			3		
26	Se considera las oportunidades de mejora.		5			
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección						
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de			3		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.			3		
29	Incluye las necesidades de recursos.			3		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.			3		
SUBTOTAL		10	25	45	0	
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		27%				

10. MEJORA					
10.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.			0	
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.			3	
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.			0	
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.			0	
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.			3	
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			0	
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			0	
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.			3	
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			0	
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.			0	
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.			0	
SUBTOTAL		0	0	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		8%			

Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo de esta herramienta (*Check List*) es aplicar todos los deberes o requisitos de la norma contra la situación actual de un proceso o dependencia, para evaluar globalmente mediante un porcentaje el cumplimiento del sistema actual contra el ideal, según la norma.

Esto también sirve para diagnosticar cuáles son los puntos críticos, es decir, cuáles capítulos, según la norma están lejos de alcanzarse.

Apéndice 6 Glosario de macro procesos

Anthony Bonilla Quiros

Macroprocesos Estratégicos:

Son los establecidos por la Administración Superior y definen cómo se crea valor en la organización y hacia dónde se dirige.

Inteligencia Estratégica: inicia con la recepción de la información de interés estratégica institucional en la que se analizan las condiciones del mercado e incorporan los requerimientos legales que sean necesarios para crear los planes estratégicos de la institución. De esta forma, se generan lineamientos operativos para la gestión correcta, manteniendo un constante monitoreo de las operaciones y el análisis de los resultados para la toma de decisiones.

En este macroproceso se encierran todas aquellas tareas tendientes a la recopilación de información relevante, sean Notas internas o externas que le permiten a la compañía definir un rumbo estratégico. Cabe destacar que la compilación de esta información no se realiza únicamente en las áreas de Administración Superior, sino que cada unidad organizativa dentro de su ámbito de acción genera los planes operativos y tácticos que le corresponden.

Gobernanza Corporativa: impacta a toda la organización e involucra una serie de gestiones, con el fin de promover la adopción y aplicación de las mejores prácticas y estándares de actuación para fortalecer el gobierno corporativo y la gestión de la empresa.

En este macroproceso se identifican todas aquellas actividades que dirigen, gobiernan y orientan las acciones de la compañía y todas sus dependencias. Este se deriva directamente del macroproceso de Inteligencia Estratégica, pues es este último quién da insumos al macroproceso de Gobernanza para orientar a la compañía. Cualquier actividad que sirva para dirigir un proceso, área funcional al cumplimiento de un objetivo se considera parte de este macroproceso.

Macroprocesos Sustantivos:

Directamente ligados a los servicios que se prestan y, por lo tanto, orientados al cliente y a sus requisitos.

Gestión Comercial: este proceso inicia con el desarrollo y remozamiento de productos, lo cual es la materia prima para ejecutar acciones comerciales una vez que han sido aprobadas por el ente regulador. Asimismo, abarca las acciones de incursión de mercado a través de un plan estratégico de ventas, promoción, asesoría que se realiza por medio de intermediarios o recursos propios.

Este proceso termina cuando se tiene una solicitud de aseguramiento, lo cual derivaría en el macroproceso de Suscripción.

Suscripción de Riesgos: inicia con la solicitud de aseguramiento por parte del cliente en la que se activa una serie de procesos con la finalidad de emitir una póliza de seguro, evaluando cuáles son los riesgos que se suscriben en la cartera de la compañía.

En este macroproceso interviene una serie de procesos auxiliares que en algún momento son necesarios para concluir el trámite de aseguramiento. Cabe destacar que incluso cuando el entregable final de este proceso es una póliza de seguro, no necesariamente se culmina con esta emisión, sino que hay una serie de tareas adicionales como el mantenimiento de cartera y gestión de pólizas (variaciones, endosos, renovaciones) que se realizan en este macroproceso.

La frontera de este macroproceso está definida por el ciclo de vida natural de un seguro, puesto que cuando ocurre un siniestro nos trasladaríamos inmediatamente al macroproceso de Gestión de Siniestros.

Gestión de Siniestros: inicia con el aviso de siniestro por parte del cliente, a partir de esta gestión la empresa activa los procesos necesarios para corroborar las condiciones del contrato de póliza y el siniestro, con el fin de emitir una resolución que, en términos globales, pueda aceptarse, declinarse, desestimarse o bien que presente requisitos pendientes.

Este macroproceso está ubicado en orden de actividad inmediatamente posterior al macroproceso de Suscripción de Riesgos, ya que su requisito de entrada es contar con el contrato póliza que se emitió en Suscripción, es decir, la empresa debe asegurarse que previo a ejecutar cualquier actividad referente al trámite de una indemnización se cuenta con un contrato de seguros que debe honrarse.

Igualmente, este macroproceso se nutre de otros procesos auxiliares que sirven de criterio para alcanzar una resolución.

Incluso cuando el fin primordial de este macroproceso es emitir una resolución, su frontera no necesariamente se encuentra en esta actividad, ya que posteriormente también se ejecutan otras tareas como liquidaciones, depuraciones que son posindemnización.

Procesos Auxiliares de Seguros: estos procesos están directamente relacionados con los

macroprocesos de Suscripción de Riesgos y Gestión de Siniestros, lo que aportan son criterios técnicos necesarios para finalizar el trámite de suscripción de una póliza o indemnización de un aviso de siniestro.

Debe tenerse claro que hay una serie de procesos que ayudan activamente en los trámites de suscripción e indemnización. No obstante, se consideran como sustantivos solo aquellos que están relacionados directamente con criterio técnico de seguros. Es decir, ejemplos que se consideran como procesos auxiliares de seguros son: avalúos, inspecciones y tarifaciones especiales. Actividades como aprovisionamiento de suministros, infraestructura y otras similares, no se consideran en esta categoría, debido a que no vierten ningún criterio técnico necesario para la gestión aseguradora.

Su naturaleza auxiliar se debe a que son procesos que se invocan a partir de características propias del caso que se tenga en trámite; es decir, no son actividades comunes a todos los casos de aseguramiento e indemnización que tiene la empresa.

Macroprocesos de Apoyo:

Son los que están orientados a soportar los demás procesos y proporcionan los recursos para llevar a cabo la ejecución de los procesos sustantivos de la organización.

Abastecimiento de bienes y servicios: inicia con la identificación de las necesidades de compras en la empresa generando planes para su adquisición y la gestión del presupuesto. Todo esto, según la Ley de Contratación Administrativa. Adicionalmente, coordinan la recepción de los bienes y servicios adquiridos.

Gestión Jurídica: tramitar los requerimientos de criterio jurídico, asesorar en materia legal a la empresa y atender los casos con juicios en proceso.

Gestión de Talento Humano: identifica y plantea las necesidades del Recurso Humano, efectúa la selección y contratación de Talento Humano aportando, de manera eficiente, en el desarrollo y la retención del personal. Emite lineamientos salariales, gestiona la desvinculación del personal y monitorea la efectividad del desarrollo del Talento Humano, gestión de cambio, clima laboral, programas de sensibilización.

Infraestructura y Mantenimiento: inicia con la recepción de los activos sean inmuebles o

equipo y, a partir de esto, la gestión de mantenimiento de los bienes adquiridos y mejora de estos. Desarrolla planes de construcción, de sustitución de activos, mantenimientos preventivos y correctivos.

Administración y Gestión Financiera: contempla todos los procesos institucionales que tienen como objetivo el registro, compilación y análisis de la información financiera que genera la compañía, la administración eficiente de estos recursos financieros, así como la elaboración y presentación de los distintos estados de situación financiera para la toma de decisiones y el monitoreo de los resultados económicos en la empresa.

Tecnologías de Información: este macroproceso se alimenta de las estrategias generadas en el macroproceso de Gobernanza Corporativa. Desarrolla soluciones informáticas mediante la ejecución de sistemas requeridos por la administración y da soporte y monitoreo continuo a la infraestructura tecnológica.

Nota: Departamento Gestión de Calidad.

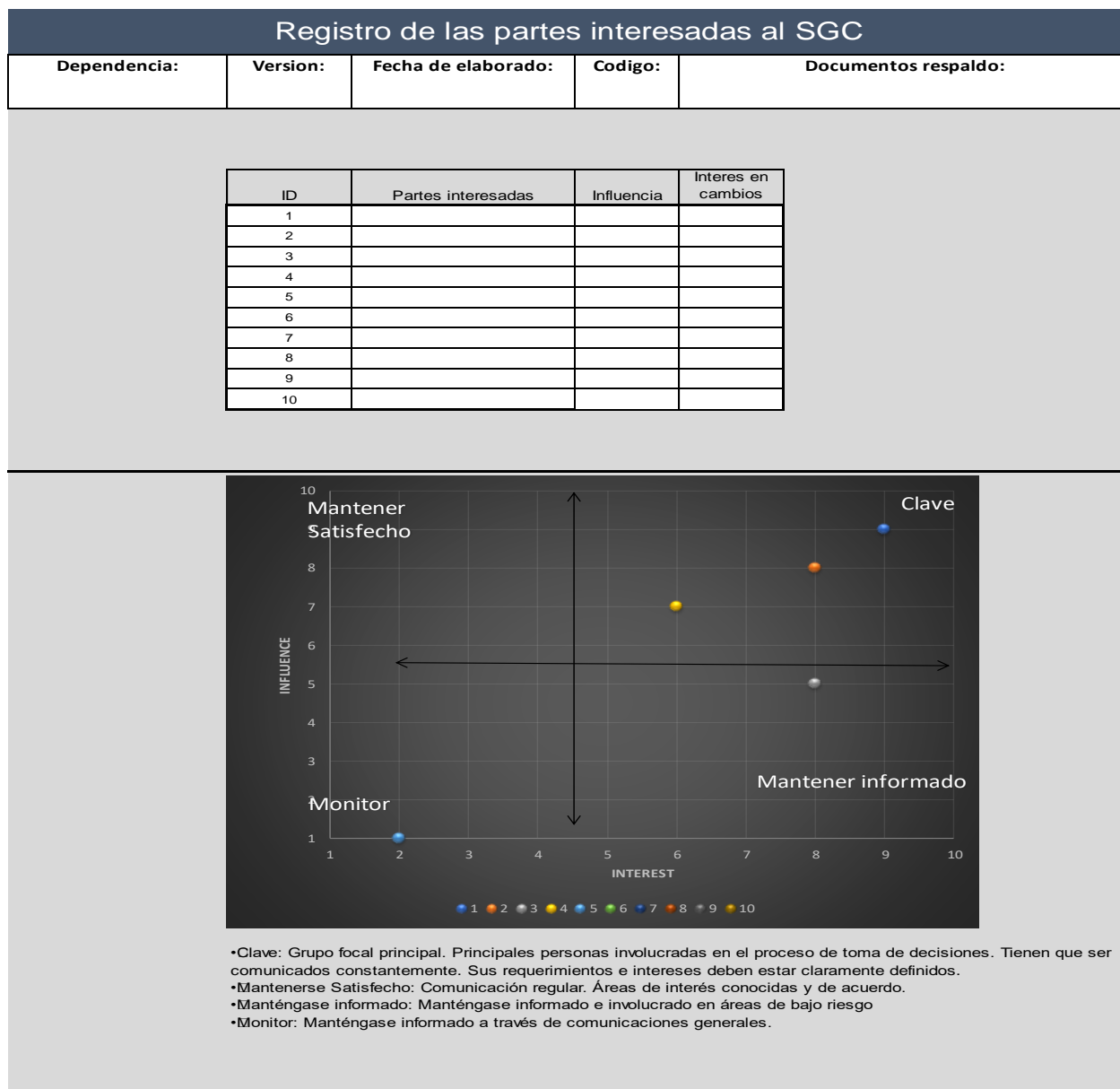
Apéndice 8 Registro Evaluación EFI y EFE

Evaluación EFI y EFE del contexto actual DSAS				
Dependencia:		Version:	Fecha elaboración:	Código:
Factores clave		Importancia Ponderación	Clasificación Evaluación	Valor
Oportunidades (entre 5 y 10 factores)				
1.				0
2.				0
3.				0
4.				0
5.				0
Amenazas (entre 5 y 10 factores)				
1.				0
2.				0
3.				0
4.				0
5.				0
Total		0%		0
Fortalezas (entre 5 y 10 factores)				
1.				0
2.				0
3.				0
4.				0
5.				0
6.				0
Debilidades (entre 5 y 10 factores)				
1.				0
2.				0
3.				0
4.				0
5.				0
Total:		0%		0

Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo de este documento es establecer un método estandarizado para la evaluación de las cuestiones internas y externas que requiere la norma ISO 9001:2015 en su apartado 4, lo que da un enfoque cualitativo de estas.

Apéndice 9 Registro de las partes interesadas al SGC



Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo de este registro es evaluar las partes interesadas la SGC, según su grado de criticidad en cuanto a cambios que puede ocasionar al SGC y su influencia, esto para el capítulo 4 de la norma.


Apéndice 10 Registro Alerta de riesgos materializados

Alerta de riesgos materializados			
Versión:		Fecha de Elaboración:	Código:
			Dependencia:
Proceso:		Area donde se materializa el riesgo:	
Fuente de riesgos (Escoger opción)		Impacto económico	Descripción del Evento:
Otros datos			
Fecha de materialización de Riesgo			
Nombre de Colaborador:			
Unidad			
Puesto de trabajo:			

Nota: Anthony Bonilla.

El objetivo de este registro es que los colaboradores que forman parte de los procesos sustantivos de la DSAS puedan reportar riesgos que no estén identificados y que impactan el SGC y sus objetivos, esto también sirve para tener la base de ese tipo de eventos para el Gestor de Calidad.


Apéndice 11 Evaluación dependencias técnicas

Evaluación del servicios a las dependencias técnicas						
Versión:	Fecha de elaboración:	Fecha de Elaboración:	Fecha de evaluación:			
Objetivo de este Registro: Calificar a los proveedores internos (Subdirección de Servicios Generales, Su dirección de Informática, Departamento de Comunicaciones etc.) para evaluar su cumplimientos a los niveles de servicio necesarios que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas del SGC						
Dependencia evaluadora:		Dependencia Técnica:				
Lista de Requerimientos (Necesidades de recursos)	Plazo:	Cumple (SI / NO)	Cantidad	Cumple (SI / NO)	¿Es acorde a lo solicitado?	Cumple (SI / NO)
Total por ítem	0%			0%		0%
Total						0%

Nota: Anthony Bonilla.

Debido a que la DSAS es una dependencia técnica del INS dedicada a administrar los seguros solidarios y sus procesos, no está en su competencia tener los recursos de apoyo necesarios para la operativa, esto es parte de otras dependencias del INS. Sin embargo, debe asegurar que siempre tendrá los recursos necesarios como se requiere en el capítulo 7. Este registro evalúa los niveles de servicio de estas dependencias y permite tener estadísticas de requerimientos no conformes, para evaluarse en la revisión por la dirección.


Apéndice 12 Lista de requerimientos para el personal de la DSAS

Lista de requerimientos para el Personal de la DSAS				
Versión:	Código:	Fecha de elaboración:	Fecha de elaboración:	
Puesto requerido:		Tipo de contrato: Temporal () Permanente ()		
Experiencia Mínima:	Requerimientos esperados que brinde TH: 1. Capacitación INS (Contenido determinado por TH) 2. Experiencia Mínima según lo acordado. 3. Capacitación sobre SGC y su metodología (Explicación de la Misión, visión valores entre otros). 4. Evaluación al colaborador contratado a mes de ingreso para evaluar la adquisición de conocimientos. 5. Evaluar el desempeño del personal cada trimestre, según los acuerdos de servicio.			
Experiencia deseada:				
Otros requerimientos deseados:				

Nota: Anthony Bonilla.


Este registro es una base estandarizada para solicitar el recurso humano a la Subdirección de Talento Humano, según se requiere y pide la Norma ISO 9001: 2015. Esto debido a que la DSAS no es la encargada de evaluar al personal, pero sí debe asegurar que este es el competente para los procesos.

Apéndice 14 Matriz de comunicaciones

MATRIZ DE COMUNICACIÓN					
	Versión:	Fecha de elaboración:	Código:	Dependencia:	
#	QUÉ SE COMUNICA	QUIÉN LO COMUNICA	A QUIÉN LO COMUNICA	CUÁNDO LO COMUNICA	CÓMO LO COMUNICA
1	Matriz Contextualización de la Organización	Jefaturas	Jefaturas	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal o reunión
2	Alcance del Sistema de Gestión de Calidad del la DSAS	Jefaturas	Todo el Personal	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal o reunión
3	Mapa de procesos del la DSAS	Gestor de Calidad	Todo el Personal	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal
4	Matriz de requerimientos proveedores institucionales	Jefaturas	Encargados y Jefaturas del DSAS y Proveedores	Cuando se realicen modificaciones.	Reuniones departamentales y vía correo formal
5	Política de Calidad	Jefaturas	Personal del DSAS Partes interesadas	Cuando se realicen modificaciones.	Afiches en el DSAS
6	Matriz de Riesgos del DSAS	Jefaturas	Encargados y Jefaturas Personal de la DSAS	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal
7	Objetivos de Calidad	Jefaturas	Encargados y Jefaturas Personal de la DSAS	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal
8	Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad	Gestor de Calidad	Encargados y Jefaturas Personal de la DSAS	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal
9	Cambios contractuales de los seguros	Mercadeo (por medio de la Jefatura del DSAS)	Encargados y Jefaturas Personal de la DSAS	Cuando se realicen modificaciones.	Vía correo formal
10	Resultados de la Evaluación de Clima Laboral	Talento Humano	Todo el personal	Anual	Nuestro INS
11	Resultados de la encuesta Satisfacción del Cliente	Gestor de Calidad (por medio de la Jefatura)	Todo el personal	Semestralmente	Vía correo formal
12	Resultados de la Revisión por la Dirección	Jefaturas	Encargados y Jefaturas Personal de la DSAS	Semestralmente	Vía correo formal

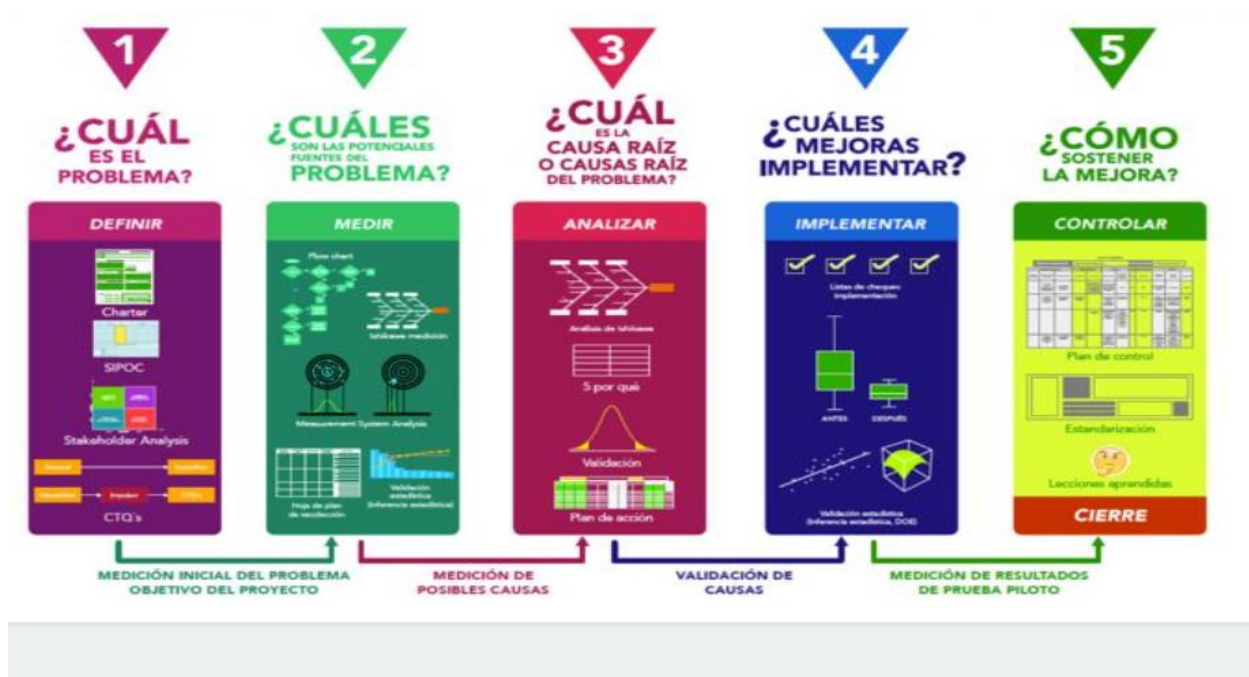
Nota: Anthony Bonilla.

Apéndice 18 Herramienta para auditorías internas

Ejecución de auditorias					
Versión:	Código	Fecha de elaborado			
Auditoria realizada por:	Dependencia a evaluar:	Proceso			
Nombre del Auditor:		Encargado de unidad auditada:			
Objetivo de la auditoria: <input type="checkbox"/> Verificación de la ejecución de acciones correctoras o preventivas <input type="checkbox"/> Determinar la efectividad del SGC para cumplir con las políticas y objetivos de calidad. <input type="checkbox"/> Determinar la conformidad de los elementos o procesos del SGC respecto a requisitos especificados. <input type="checkbox"/> Evaluar el SGC de la DSAS con relación a la Norma ISO 9001:2015		Alcance de la auditoria:			
Capitulo de la Norma ISO 9001: 2015 a evaluar	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Observaciones o planes de acción	Plazo de atención
¿Cuenta con información documentada?					
¿Los indicadores están bajo control?					
¿Los planes de acción cumplen con el control del riesgo?					
consideran los requerimientos de las partes interesadas					
ETC					
ETC					
ETC					
Elaborar por:	Revisado por:		Aprobado por:		
_____	_____		_____		

Nota: Anthony Bonilla.

Apéndice 19 Metodología de mejora aplicada en el INS por el Departamento Gestión de calidad




Nota: PXS.

La metodología anterior se utiliza para la resolución de problemas o mejoras de procesos. En primera instancia está definir cuál es el problema, cuál es el caso de negocio, partes interesadas y los críticos de calidad afectados, esto en un Charter.

En segunda instancia se debe medir, tomando datos que permitan ver qué está afectando, mediante flujos de proceso, Ishikawas y Paretos, ver las posibles causas y medirlas. Esto para hacer un Ishikawa.

Una vez obtenidos las mediciones y su evidencia es necesario analizar las causas raíz, mediante 5 porqués, análisis de los datos, pruebas de hipótesis o correlaciones. Al tener la causa raíz se debe proponer una mejora, esta debe implementarse y medir mediante pruebas de hipótesis si realmente existen evidencias estadísticas de una mejora.

Apéndice 20 Minutas para las sesiones de la comisión de calidad

Minutas Comisión de Calidad			
Versión:	Fecha de elaboración:	Código:	
Objetivo de la sesión:			
Fecha:	Hora:	Lugar:	
Participantes		Dependencia	Firma
Temas pendientes sesión a anterior			
Agenda del día			
Acuerdos			
Acuerdos	Responsable	Fecha limite	

Nota: Anthony Bonilla.

Apéndice 21 Guía de temas por evaluar en la sesión de la comisión

1. Evaluación de los objetivos de calidad y su cumplimiento, según los indicadores.
2. Seguimiento a los planes de acción en las evaluaciones de riesgos.
3. Gestión de cambio en el personal.
4. Plazos de atención de las no conformidades encontradas en las auditorías internas.
5. Quejas de los clientes, su tendencia en los meses.
6. Evaluación de la política de calidad.
7. Grado de cumplimiento de los niveles de servicio de la RSS.

Apéndice 22 Cotizaciones INTECO realizada en el INS

		
<p>Cédula Jurídica: 3-002-087432 400 N de Muñoz & Nanne, San Pedro, San José Teléfono: (506) 2283 4522 , Fax:(506) 2283 4831 Website: www.inteco.org San José, Costa Rica</p>		
FACTURA PROFORMA		
<p>Cliente: INS - Centro de Gestión de Seguros Personales Fecha: 10/7/2018</p>		
FASE DEL PROCESO		
	# Jornadas	SUBTOTAL (\$)
Etapa I - Análisis Documental / Preauditoría INTE/ISO 9001:2015	4	\$ 3 000,00
Etapa II - Auditoría de Certificación INTE/ISO 9001:2015	4	\$ 3 000,00
Emisión de certificados INTECO e IQNET -INTE-ISO 9001:2015		\$ 600,00
Auditoría Extraordinaria		\$ 750,00
TOTAL AÑO 2018		\$ 7 350,00
GESTIONAMOS CONOCIMIENTO PARA SU COMPETITIVIDAD		
FACTURA SIN VALOR COMERCIAL		
<p>Nota: este factura proforma presenta costos aproximados. No contempla costos por auditoría extraordinaria, traslados, viáticos, hospedaje ni fiquetes de avión, sin embargo la organización a certificar debe asumirlos. Asimismo, la cotización no contempla ningún tipo de impuestos, de manera tal que dependiendo del país en que se encuentre la organización a la que se ofrecen nuestros servicios, ésta debe asumirlos. De forma que INTECO siempre recibirá el monto neto cotizado.</p>		
<p>Hecho por:</p> <p style="padding-left: 40px;">Katherine NAVARRO CASTILLO Soporte Técnico Dirección de Desarrollo de Mercados</p>		

Nota: INTECO.

Apéndice 23 Quejas extraídas Sistema Contraloría Servicios

Control Sisxrv marzo			
Codigo Sisxrv	Quejas	Fecha	Medio de recepción
hfk4724	Mal trato del personal RSS	3/12/20 18	Buzon Sugerencias RSS
hfk4725	Mal trato del personal RSS	3/12/20 18	Buzon Sugerencias RSS
hfk4726	Mal trato del personal RSS	3/12/20 18	Buzon Sugerencias RSS
hfk4727	Mal trato del personal RSS	3/12/20 18	Buzon Sugerencias RSS
hfk4728	Tiempos de espera en plataforma de pagos	4/12/20 19	Buzon Sugerencias RSS
hfk4729	Tiempos de espera en plataforma de pagos	4/12/20 19	Buzon Sugerencias RSS
hfk4730	Tiempos de espera en plataforma de pagos	4/12/20 19	Buzon Sugerencias RSS
hfk4731	Mal trato del personal RSS	4/12/20 19	Buzon Sugerencias RSS
hfk4732	Mal trato del personal RSS	4/12/20 19	Buzon Sugerencias RSS
hfk4733	Tiempos de espera en plataforma de pagos	4/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4734	Tiempos de espera en plataforma de pagos	5/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4735	Tiempos de espera en plataforma de pagos	5/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4736	Inconformidad con solicitud de requisitos	5/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4737	Inconformidad con la resolución del caso	6/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4738	Inconformidad con la resolución del caso	9/12/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4739	Mal trato del personal RSS	10/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4740	Tiempos de espera en plataforma de pagos	11/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4741	Tiempos de espera en plataforma de pagos	12/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4742	Inconformidad con la resolución del caso	13/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4743	Inconformidad con la resolución del caso	10/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4744	Mal trato del personal RSS	11/12/2 019	Correo contraloria Servicios
hfk4745	Mal trato del personal RSS	12/12/2	Correo contraloria

		019	Servicios
hfk4746	Inconformidad con la resolución del caso	13/12/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4747	Inconformidad con la resolución del caso	18/12/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4748	Inconformidad con la resolución del caso	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4749	Mal trato del personal RSS	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4750	Mal trato del personal RSS	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4751	Inconformidad con el plazo de resolución	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4752	Mal trato del personal RSS	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4753	Inconformidad con solicitud de requisitos	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4754	Inconformidad con la resolución del caso	2/1/2019	Llamada telefonica
hfk4755	Mal trato del personal RSS	3/1/2019	Llamada telefonica
hfk4756	Inconformidad con el plazo de resolución	3/1/2019	Llamada telefonica
hfk4757	Tiempos de espera en plataforma de pagos	3/1/2019	Llamada telefonica
hfk4758	Tiempos de espera en plataforma de pagos	3/1/2019	Llamada telefonica
hfk4759	Tiempos de espera en plataforma de pagos	3/1/2019	Llamada telefonica
hfk4760	Inconformidad con el plazo de resolución	7/1/2019	Llamada telefonica
hfk4761	Inconformidad con el plazo de resolución	8/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4762	Inconformidad con solicitud de requisitos	7/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4763	Inconformidad con la resolución del caso	8/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4764	Inconformidad con el plazo de resolución	9/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4765	Inconformidad con el plazo de resolución	10/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4766	Mal trato del personal RSS	11/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4767	Mal trato del personal RSS	11/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4768	Inconformidad con el plazo de resolución	11/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4769	Inconformidad con el plazo de resolución	11/1/2019	Correo contraloria Servicios
hfk4770	Tiempos de espera en	11/1/20	Correo contraloria

	plataforma de pagos	19	Servicios
hfk4771	Tiempos de espera en plataforma de pagos	11/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4772	Inconformidad con el plazo de resolución	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4773	Inconformidad con el plazo de resolución	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4774	Mal trato del personal RSS	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4775	Mal trato del personal RSS	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4776	Inconformidad con el plazo de resolución	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4777	Inconformidad con el plazo de resolución	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4778	Tiempos de espera en plataforma de pagos	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4779	Tiempos de espera en plataforma de pagos	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4780	Inconformidad con el plazo de resolución	12/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4781	Inconformidad con solicitud de requisitos	13/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4782	Inconformidad con la resolución del caso	14/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4783	Inconformidad con el plazo de resolución	15/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4784	Inconformidad con el plazo de resolución	16/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4785	Tiempos de espera en plataforma de pagos	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4786	Tiempos de espera en plataforma de pagos	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4787	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4788	Mal trato del personal RSS	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4789	Mal trato del personal RSS	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4790	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4791	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4792	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4793	Mal trato del personal RSS	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4794	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4795	Inconformidad con el plazo de	17/1/20	Correo contraloria

	resolución	19	Servicios
hfk4796	Tiempos de espera en plataforma de pagos	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4797	Tiempos de espera en plataforma de pagos	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4798	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4799	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4800	Mal trato del personal RSS	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4801	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4802	Inconformidad con el plazo de resolución	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4803	Pago fuera de tiempo	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4804	Pago fuera de tiempo	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4805	Pago fuera de tiempo	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4806	Pago fuera de tiempo	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4807	Inconformidad con el plazo de resolución	18/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4808	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4809	Pago fuera de tiempo	17/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4810	Inconformidad con el plazo de resolución	18/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4811	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4812	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4813	Mal trato del personal RSS	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4814	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4815	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4816	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4817	Mal trato del personal RSS	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4818	Inconformidad con el plazo de resolución	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4819	Inconformidad con el plazo de resolución	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4820	Mal trato del personal RSS	19/1/20	Correo contraloria

		19	Servicios
hfk4821	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4822	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4823	Inconformidad con el plazo de resolución	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4824	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4825	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4826	Mal trato del personal RSS	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4827	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4828	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4829	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4830	Pago fuera de tiempo	19/1/20 19	Correo contraloria Servicios
hfk4831	Pago fuera de tiempo	20/1/20 19	Correo contraloria Servicios