

REPORTE DE AUDITORIA

CLIENTE: REGIMEN DE PROTECCION SOCIAL EN SALUD- ESTADO DE QUERETARO
FECHA: 4,5 y 6 / DICIEMBRE/2013
N° REF CIM: 1378
NORMA SG: ISO 9001:2008
TIPO DE AUDITORIA: Certificación F-2 <input checked="" type="checkbox"/> Recertificación <input type="checkbox"/> Segto: #__ <input type="checkbox"/> Extraordinaria <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/>

Sitios auditados: Oficinas Centrales: Corregidora No. 140, Centro Histórico C.P. 76000, Santiago de Querétaro, Qro. Sn Juan del Río: Av. Juárez Poniente No. 101, Col. Centro, Sn Juan del Río, Qro. Jalpan de Serra: MAO Jalpan de Serra; Hospital General Jalpan de Serra.- Nicolás Bravo Galeana S/n, Col. Alcantarillas.
OBJETIVO: Evaluar el cumplimiento del SG de acuerdo a los requisitos de la ISO 9001, con fines de Certificación.
ALCANCE: PROMOCION, AFILIACION, GESTION D ELOS RECURSOS, GESTION MEDICA, FINANCIAMIENTO Y EVALUACION DEL REGIMEN ESTATAL D EPROTECCION SOCIAL EN SALUD DEL ESTADO DE QUERETARO.
ALCANCE DE LA AUDITORIA: Los elementos y procesos de operaciones y administrativos en el SGC del Régimen de Protección Social en Salud
EQUIPO AUDITOR: Juan Luis Monge Reyes (Auditor Líder) / Juan Miguel Estrada Barrón (Auditor Adjunto) / Julio Hernández Lira (Auditor Adjunto)
INFORME DE LOS HALLAZGOS: No Conformidades: Mayores [00] Menores [05] Observaciones [06]
INDICACIÓN DE PLAZO PARA EL INFORME DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS (Máximo 2 semanas): OK <input checked="" type="radio"/>
INDICACIÓN DE PLAZO PARA EL ENVÍO DE LA EVIDENCIA Y CIERRE DE LAS ACCIONES(Otras 4 semanas máx):OK <input checked="" type="radio"/>

INFORME DEL EQUIPO AUDITOR RESPECTO DEL CUMPLIMIENTO Y CONFORMIDAD DEL SG

- a. EL SG CUMPLE Y NO REQUIERE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS.
- b. EL SG CUMPLE, SIN EMBARGO ES NECESARIO LLEVAR A CABO ACCIONES CORRECTIVAS / CORRECCIONES.
- c. ES NECESARIO LLEVAR A CABO AUDITORIA EXTRAORDINARIA PARA AQUELLOS ELEMENTOS QUE NO CUMPLEN
- d. ES NECESARIO LLEVAR A CABO AUDITORIA EXTRAORDINARIA A TODO EL SG.
- e. SI APLICARA, ENTREGA A CLIENTE DE INFORME/PROCESO DE APELACIÓN

Conclusión del equipo auditor una vez evaluado el cumplimiento del SG:

- SI Aprueba: CERTIFICACIÓN/SE MANTIENE
 NO Aprueba: NO CERTIFICA/NO SE MANTIENE

Aspectos Positivos del SG:

1. La disposición y actitud del personal auditado
2. Los controles establecidos en los diferentes procesos

Recomendaciones relativas a las mejoras, relaciones comerciales, certificación y actividades para auditorias futuras:

- 1.- Considerar: 4.2.4 Control de los Registros, **6.3 Mantenimiento**; 7.5.1/8.2.4 Gestión Médica; 8.3 Control de servicio no conforme y 7.2.3 (8.2.4).

Áreas o elementos no cubiertos:

1. Ninguno; todos los elementos de la agenda fueron auditados.

Conclusiones de la auditoria: (incluir elementos/procesos que requieran ser verificados o dar continuo seguimiento para próximas auditorias).

1. Se aprueban los resultados en la Auditoria de Certificación y una vez cerradas las acciones correctivas o correcciones hacer su recomendación para su CERTIFICACIÓN del SGC de **Régimen de Protección Social en Salud**
2. Se da por cumplido el objetivo de la Agenda de la Auditoria, confirmando el Alcance de la Auditoria; así como del Alcance del Sistema de Gestión de **Régimen de Protección Social en Salud** de acuerdo a lo siguiente:
 - a. Se cumple parcialmente con el elemento 4 de la norma: Se mostró dentro de la gestión, 5 procesos principales del negocio evaluándose a través de indicadores. Se cuenta con un Manual de Gestión actualizado donde se da cumplimiento a los requisitos documentales de la norma ISO 9001:2008. Control de Documentos se reporta una no conformidad de tipo menor (Ncm 2). Control de Registros se reporta una no conformidad de tipo menor (Ncm 3). Se reporta 1 No conformidad menor (Ncm 1) relacionada con la cláusula 4.1, en cuanto a la documentación de algunos procesos. Se reporta una Observación en el requisito 4.2.4 para los expedientes en Archivo (Obs A).
 - b. Se cumple con el elemento 5 de la norma: Este elemento fue auditado con la Dirección del REPSS, mostrando la Dirección el compromiso e involucramiento con el SGC. Se mantiene un enfoque al cliente a través de encuestas de satisfacción de los beneficiarios o del ciudadano. Se tiene difundida e implementada la Política y los 2 Objetivos de la Calidad. Los Objetivos de calidad son coherentes con la Política de calidad. Se han definido las responsabilidades en los procedimientos y nombramientos oficiales, así como un Organigrama donde se define los niveles de autoridad y las responsabilidades para cada una de las funciones de la Organización. Se realizan revisiones periódicas, con la participación de la Dirección General y demás jefaturas de los departamentos considerando los 7 elementos requeridos por la norma ISO 9001:08.
 - c. Se cumple parcialmente con el elemento 6 de la norma: La Dirección de Operaciones informa a la Dirección General sobre la necesidad de los recursos, mismos que son asignados de acuerdo a las prioridades y a los presupuestos otorgados al REPSS, aunque se evaluará en subsiguiente auditorias para el personal suficiente en los centros hospitalarios para el proceso de gestión médica. Se cuenta con un proceso definido y documentado para el reclutamiento y selección del personal; La secretaria de salud evalúa el desempeño del personal excepto los conocimientos Se reporta 1 Observación (Obs B), se detectan las necesidades de capacitación, se realiza un programa anual de capacitación, se imparte y evalúa esta capacitación. Se realizan mantenimientos pero no se establecido los tipos de mantenimiento que se realiza por lo que se reporta una no conformidad de tipo menor Ncm 4). En

ambiente de trabajo se gestiona con él orden y limpieza a través de las
semestralmente un estudio de clima organizacional en toda la organización.

5 "Ss", se realiza

- d. Se cumple parcialmente con el elemento 7 de la norma: Se tienen definidos los requisitos para el servicios en los procedimientos y requerimientos legales (documentos externos). Se gestionan las compras para que estas sean realizadas en la Subdirección de Adquisiciones de la Secretaría de Salud, la evaluación de los proveedores la realiza la misma Secretaría por lo que se reporta la observación (Obs D). Se cuenta con una Instrucción de Trabajo para llevar a cabo la difusión y promoción del programa del seguro Popular. Se auditó el proceso de Financiamiento, donde se gestiona el presupuesto para la operación y asignación de recursos del Régimen de Protección Social. Se evaluó la Coordinación de San Juan del Río, ubicada dentro del Hospital General de San Juan del Río, se evaluaron los procesos de Afiliación, Re-afiliación, Integración de nuevos miembros al Seguro y Consulta Segura; de igual manera se evaluó el proceso de Gestión Médica; se visitó las instalaciones donde se archivan los expedientes; se reporta 1 No conformidad menor (Ncm 5), relacionada con la cláusula 7.5.5. Se cuentan con procesos implementados para el proceso de Afiliación, re-afiliación, incidencias, así como de la Promoción y brigadas en poblaciones. Se reporta una Observación en el requisito 7.2.3 (Obs C) de la norma. Así mismo se Cuenta con la gestión de quejas a través del área de Atención Ciudadana.
- e. Se cumple con el elemento 8 de la norma: Se envía y se mide la satisfacción del cliente mediante encuesta al cliente. Se aplican Gráficas de tendencia y gráficas de barras. Se realizan auditorías internas objetivas e imparciales de acuerdo a un programa anual y se le da el seguimiento y cierre a las no conformidades reportadas; Se hace el seguimiento y medición de los procesos mediante 16 indicadores de calidad de manera efectiva. Se realiza el seguimiento y medición del servicio a través de supervisiones de los responsables de área. Así mismo se controlan los procesos de gestión médica a través de documentos no formalizados, aunque en este caso es necesario definir el seguimiento y medición en la Gestión Médica en Centros de Salud, Hospitales Generales y otros, donde en algunos casos no se muestra toda la información para confirmar el no cobro o re-embolso en su caso la aplicación del Seguro Popular; se reporta una Observación en el requisito 8.2.4 (Obs E). El análisis de datos se lleva a cabo mediante la revisión de los indicadores, a la fecha se cuenta con pocos datos. Se generan las acciones correctivas y preventivas y de mejora continua de manera adecuada, se reporta una Acción Correctiva en el requisito 8.5.3 (Obs F)
3. De esta manera se concluye que el SGC mantiene la capacidad para cumplir con los requisitos dentro del alcance de la certificación ya que no se reporta en este documento No Conformidad Crítica o Mayor que pudiera poner en riesgo la continuación del proceso para la Certificación del Sistema de aseguramiento de la calidad.

Criterios de auditoría:

1. Manual de Calidad, documentos declarados en el SGC, ISO 9001: 2008. (Ver agenda)

Revisión de No Conformidades Anteriores:

No aplica,

Revisión del uso del Logo de CIM.

No aplica

Diferencias con el Auditado:

1. Ninguna

ANEXOS:

1. Agenda-Plan de Auditoria,
2. Acta de Apertura y Cierre,
3. Reporte de No Conformidades y Observaciones, y
4. Lista de Entrevistados,

4. El contenido de este reporte es confidencial, el cual ha sido reproducido en dos originales: uno para **Régimen de Protección Social en Salud** y otro tanto para el Organismo de Certificación OTP-CIM.

AUDITOR LÍDER:

(Nombre y firma) ING. JUAN LUIS MONGE R.

REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN:

(Nombre y firma) LIC. LUIS PRINEDA GAYOU