



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 23

CONTENIDO

DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA	2
OBJETIVO	2
ALCANCE	2
CRITERIOS DE AUDITORIA	2
MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR	2
AUDITADOS	2
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	3
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS POR PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	3
1. Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	3
2. Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	3
ASPECTOS DESTACABLES	4
FORTALEZAS	4
DEBILIDADES	4
CONCLUSIONES	4



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 23

DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
Fecha de Realización:	14 y 15 de diciembre de 2017		
Número:	23		
Multi-Sitio:	SI	NO	X
Método de Auditoría:	En sitio		
Norma de Referencia:	ISO 14001:2015 Sistemas de Gestión Ambiental – Requisitos con orientación para su uso.		

OBJETIVO
Verificar la conformidad de los procesos incorporados al alcance del Sistema de Gestión de acuerdo a los criterios de auditoría con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los objetivos especificados e identificar las oportunidades de mejora.

ALCANCE		
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCESO	SITIO (S)	UBICACION
1. Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	1. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud – Laboratorio de Análisis Clínicos	Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030. Culiacán, Sinaloa.
2. Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	2. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud – Unidad de Hematología y Banco de Sangre	

CRITERIOS DE AUDITORIA
<p>Política de Gestión</p> <p>Manual de Gestión del Sistema de Gestión de la Universidad Autónoma de Sinaloa.</p> <p>Información documentados requerida por la Norma ISO 14001:2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de Identificación, Evaluación y Administración de Aspectos Ambientales • Procedimiento para el Control de la Información Documentada • Procedimiento para Auditorías Internas • Procedimiento para la Revisión por la Dirección. <p>Información documentada específica que da evidencia de la eficaz planificación, operación y el control de los procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Ciclo de Vida • Matriz de Evaluación de Aspectos e Impactos Ambientales • Objetivos y Metas Medioambientales y evidencias • Matriz de Identificación de Requisitos Legales Ambientales y Otros requisitos. • Programa de Administración Ambiental • Controles Operacionales de sus Aspectos Ambientales <p>Información documentada específica mantenida y conservada</p>

MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR
AUDITOR LÍDER
LCP. Rosa María Guevara Salido
AUDITORES INTERNOS
LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta
EXPERTO TÉCNICO
Ing. Fausto Ernesto Rodríguez Gerardo

AUDITADOS		
NOMBRE	PUESTO	PROCESO
Sistema de Gestión Ambiental		
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud		
Dr. Carlos Fernando Corona Sapien	Titular de CIDOCS	Procesos del CIDOCS
LCP. Francisco Lago Pérez	Contador General de CIDOCS (y Operativos)	
Dra. Rosario Beltrán Ruiz	Jefe del Laboratorio de Análisis Clínicos	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos
QFB. Susan Ávila Acosta	Responsable del Proceso (y Operativos)	
Dr. Jesús Emmanuel Medina Coral	Jefe de la Unidad de Hematología y Banco de Sangre	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores
Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz	Responsable del Proceso (y Operativos)	

Fecha de Actualización: 30 de octubre de 2017	Versión: 02	Página 2 de 4
--	----------------	---------------



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 23

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS		
REQUISITO	DESCRIPCIÓN (HECHO Y EVIDENCIA)	HALLAZGO
DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS POR PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		
PROCESO:	1. Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	
6.2.1	Los objetivos ambientales deben ser medibles; objeto de seguimiento; comunicarse; actualizarse y conservar la información documenta. Durante la auditoría se detecta que no se cuenta con una base consistente para la medición, toda vez que los reportes de cumplimiento de objetivos (ene-mar, abril-jun y jul-sep 2017) no logran demostrar el seguimiento de la meta "reducir un 5% de generación de RP" de acuerdo al objetivo ambiental V1 a partir del 15/01/2017; así mismo, aun y cuando se han realizado informes trimestrales de resultados que incluyen los indicadores de desempeño ambiental (ene-mar, abril-jun 2017) estos no fueron comunicados ante la DSGC para demostrar el cumplimiento de sus objetivos relacionados consumo de agua y energía.	No Conformidad
8.1	Se debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SGA e implementar las acciones para riesgos, aspectos ambientales, requisitos legales y objetivos ambientales. De acuerdo al Procedimiento de RSU y RME , se cuenta con un Plan de Manejo de Residuos de Manejo Especial con los datos correspondientes a 2017, sin embargo, no se ha presentado a la autoridad en el tiempo señalado según la prorroga autorizada por la Secretaría de Desarrollo Social Humano de Gobierno del Estado en el oficio con folio SEDUSHU-DPA-DCRS-PRME-032/2016 del 20/01/16. Así mismo de acuerdo al Procedimiento de Manejo Integral de Residuos , en relación a los residuos RP CRETI se detecta que no se cuenta con las Bitácora de entradas y salidas de RP (CRETI) de junio a agosto 2017 y las de octubre y noviembre 2017 tienen errores de llenado (fechas de salida), por su parte el almacén temporal de RP no cuenta con lista de verificación mensual del almacén de RP (requisito legal - declarado en la Matriz de Identificación de Requisitos Legales Ambientales y Otros Requisitos), extintor (Reglamento de la LGPGIR Art. 82 fracc. I inciso f), limpieza, señaléticas de: tipos y ubicación de residuos y control de acceso (Reglamento de la LGPGIR Art. 82 fracc. I inciso g); en tanto en los residuos RPBI Se observa registro en las bitácoras diarias (control interno) del 11/09/2017 de .9 kg de residuos no anatómico de laboratorio, sin embargo no coincide con el valor registrado en el reporte de generación de RPBI por área semanalmente (control interno) (laboratorio CU no anatómico 1.2 kg) y cuya sumatoria diaria de los residuos (punzocortante 2.3 kg, no anatómico 27.4kg) no coincide con la trazabilidad en la bitácora de entradas y salidas de RPBI (Reglamento de la LGPGIR Art.71 fracc. I inciso f), entrada 11/09/2017 (punzocortante 1 kg, no anatómico 30.2 kg, sangre 5.9 kg) con salida el 12/09/2017, y con el manifiesto no. 001AFQ (Reglamento de la LGPGIR Art.79 párrafo 3) con fecha de embarque al transportista MEDAM transportes SA de CV (autorización SEMARNAT 09-I-25-08) y con fecha del 12/09/2017 entrega a destinatario Comercializadora Ecológica de Occidente SA de CV (Aut. SEMARNAT 25-GB-PS-II-05-14).	No Conformidad
PROCESO:	2. Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	
6.2.1	Los objetivos ambientales deben ser medibles; objeto de seguimiento y actualizarse. Durante la auditoría se detecta que no se actualizaron los objetivos ambientales en enero 2017 y octubre 2017, conforme a la actualización del procedimiento de identificación evaluación y administración de aspectos ambientales, por lo que tampoco se dio seguimiento de las mediciones.	No Conformidad
8.1	Se debe establecer, implementar, controlar y mantener los procesos necesarios para satisfacer los requisitos del SGA e implementar las acciones para riesgos, aspectos ambientales, requisitos legales y objetivos ambientales. De acuerdo al Procedimiento de RSU y RME , se cuenta con un Plan de Manejo de Residuos de Manejo Especial con los datos correspondientes a 2017, sin embargo, no se ha presentado a la autoridad en el tiempo señalado en la prorroga autorizada por la Secretaría de Desarrollo Social Humano de Gobierno del Estado en el oficio con folio SEDUSHU-DPA-DCRS-PRME-032/2016 del 20/01/16. Así mismo de acuerdo al Procedimiento de Manejo Integral de Residuos , en relación a los residuos RP CRETI se detecta que no se cuenta con las Bitácora de entradas y salidas de RP (CRETI) de junio a agosto 2017 y las de octubre y noviembre 2017 tienen errores de llenado (fechas de salida), por su parte el almacén temporal de RP no cuenta con extintor (Reglamento de la LGPGIR Art. 82 fracc. I inciso f), limpieza, señaléticas de: tipos y ubicación de residuos y control de acceso (Reglamento de la LGPGIR Art. 82 fracc. I inciso g); en tanto en los residuos RPBI se muestra bitácoras diarias (control interno) del 31/08/2017 registro de 1.2 kg de residuos no anatómico del banco de sangre, valores que se pasa al concentrado para sumatoria en el reporte de generación de RPBI por área semanalmente (control interno) registrando valores de punzocortantes 0 kg y no anatómico 20.6 kg, sin embargo, dichas sumatorias no coinciden con la trazabilidad en la bitácora de entradas y salidas de RPBI (Art.71 fracc. I inciso f del reglamento de la LGPGIR), entrada 31/08/2017 (punzocortante 3 kg, no anatómico 15 kg) con salida el 1/09/2017 y con el manifiesto no. 001AAP (Art.79 párrafo 3 del reglamento de la LGPGIR) con fecha del 1/09/2017 para embarque al transportista MEDAM transportes SA de CV (autorización SEMNARTAR 09-I-25-08) y misma fecha de entrega a destinatario Comercializadora Ecológica de Occidente SA de CV (Aut. SEMARNAT 25-GB-PS-II-05-14).	No Conformidad
10.2	Cuando ocurra una no conformidad, la organización debe reaccionar ante ella y tomar acciones para controlarla y corregirla. Durante la auditoría se detecta que las acciones con folios 334, 335, 337 y 339/SBS/11/16 no se han determinado acciones propuestas para el tratamiento de las no conformidades detectadas	No Conformidad



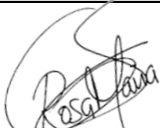

Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Informe de Auditoría Interna 23

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS	
ASPECTOS DESTACABLES	<p>El mayor involucramiento por parte del Hospital Civil de Culiacán y CIDOCS para compartir y atender responsabilidades ambientales.</p> <p>La actualización de la Información Documentada que soporta el SGA, de conformidad con la norma ISO 14001:2015, incluyendo la Política de Gestión, Manual de Gestión y Procedimientos Ambientales</p> <p>Mayor comprensión y conciencia del cumplimiento legal ambiental aplicable por parte de todos los involucrados en el SGA</p> <p>El liderazgo y compromiso del Titular de CIDOCS y los jefes de las unidades de hematología y Banco de Sangre.</p> <p>La planeación estratégica institucional y la consideración de tareas e inversiones en ella.</p> <p>El gran conocimiento técnico y operativo en su quehacer del personal de los procesos.</p>
FORTALEZAS	<p>El alto sentido de responsabilidad del Responsable de Proceso de Banco de Sangre, Dr. Miguel Valdez y su colaboración en el área de calidad del Hospital Civil de Culiacán.</p> <p>El compromiso y esfuerzo de los responsables de procesos y personal operativo para con estas tareas y en las participación de las evaluaciones de las químicas Itzel Miranda y Alejandra López.</p> <p>La inclusión de una jefatura de calidad en el laboratorio de análisis clínicos</p>
DEBILIDADES	<p>La codependencias de los procesos de control operacional y control de la información documentada que demuestra el cumplimiento con objetivos ambientales y requisitos legales con Hospital Civil de Culiacán.</p>
CONCLUSIONES	<p>Se informa que se detectaron hallazgos de tipo observación y/o no conformidades en más de siete procesos por lo que no se procederá a levantar acción correctiva a nivel sistema de acuerdo al Procedimiento para Auditorías Internas. De lo anterior se concluye que se detectaron:</p> <p style="padding-left: 40px;">5 No conformidades, 0 Observaciones y 0 Oportunidades de Mejora.</p> <p>Se agradece la disponibilidad y amabilidad de los Titular de CIDOCS y Jefes de Unidades, así como de sus colaboradores, responsables y operativos de los procesos, que nos permitieron el desarrollo adecuado de esta revisión</p>

FECHA DE ELABORACIÓN	15 de diciembre de 2017
-----------------------------	-------------------------

ELABORADO POR:	AUTORIZADO POR:
 LCP. Rosa María Guevara Salido Auditora Líder	 LCP. Omar Armando Beltrán Zazueta Representante de la Alta Dirección