



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

Culiacán de Rosales, Sinaloa, a 23 de noviembre de 2016.

Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión

I. OBJETIVOS

Realizar la evaluación al SG para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia, para detectar las oportunidades de mejora en material ambiental, la necesidad de efectuar cambios, incluyendo la política de gestión, los objetivos, metas ambientales y las necesidades de recursos.

II. ALCANCE

La presente revisión es por el periodo comprendido de septiembre de 2015 a la fecha de elaboración y es aplicable a los procesos que se describen a continuación:

- Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores
- Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos

III. DESARROLLO

1. Resultados de Auditorías y Evaluaciones Anteriores

a) Auditorías Externas

Durante el período de la presente revisión se realizaron auditorías externas de mantenimiento a los procesos de Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores y al proceso de Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos, las cuales se enumeran en el siguiente cuadro que contiene los hallazgos declarados en el informe respectivo:

Auditoría Externa	Fecha	Proceso	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
Informe 2	Noviembre 2015	SBS	0	2	6
Informe 2	Noviembre 2015	SRERE	0	7	9
Totales			0	9	15
Porcentaje (%)			0	37	63

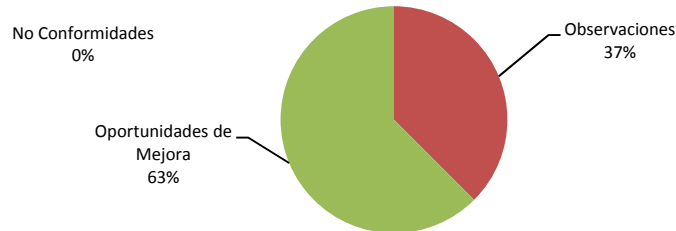


Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

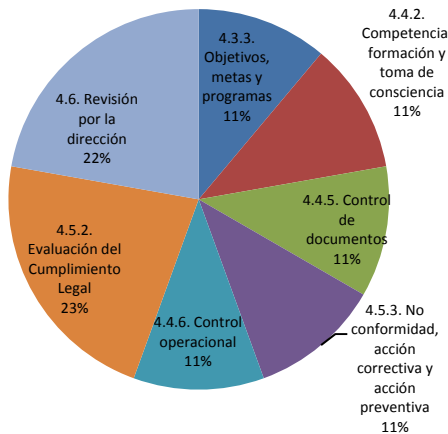
Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

Hallazgos de Auditoría Externa

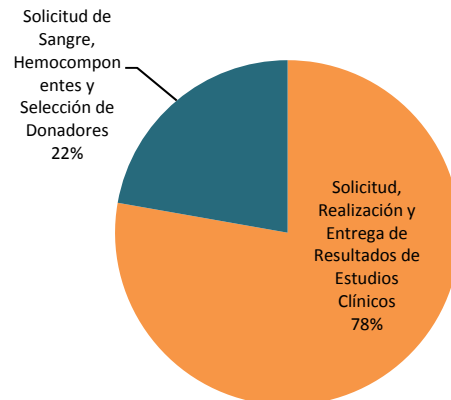


Observaciones Detectadas					
Requisito de la Norma ISO 14001:2004	No. de Hallazgos	%	Unidad Organizacional/ Proceso	No. de Hallazgos	%
4.3.3. Objetivos, metas y programas	1	11	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	7	78
4.4.2. Competencia, formación y toma de consciencia	1	11			
4.4.5. Control de documentos	1	11			
4.5.3. No conformidad, acción correctiva y acción preventiva	1	11			
4.4.6. Control operacional	1	11	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	2	22
4.5.2. Evaluación del Cumplimiento Legal	2	23			
4.6. Revisión por la dirección	2	22			
Total	9	100	Total	6	100

Observaciones Detectadas



Observaciones Detectadas por Proceso



Oportunidades de Mejora Detectadas

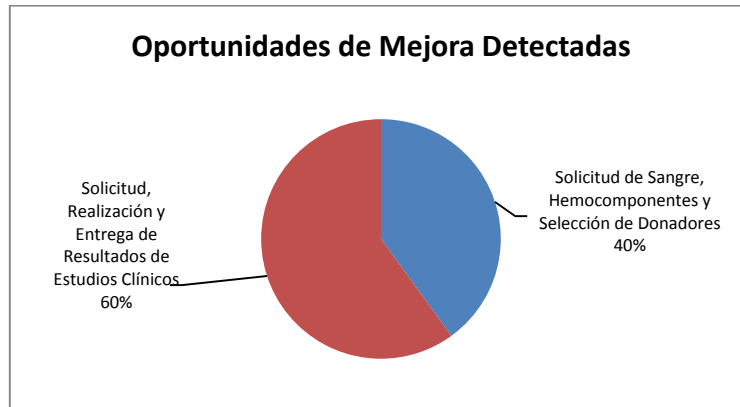
Unidad Organizacional / Proceso	No. de Hallazgos	%
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	6	40
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	9	60
Total	15	100



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

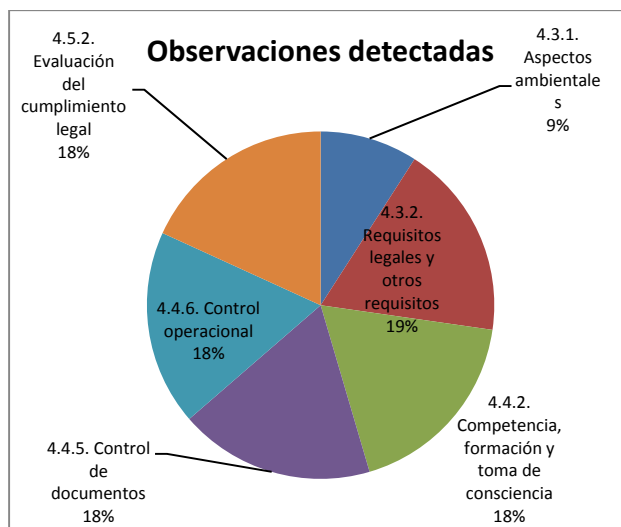


b) Auditorías Internas

Se realizó la auditoría interna de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría elaborado y se cumplió el objetivo de la misma. A continuación se muestra el desglose:

Auditoría Interna	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
No. 21	Noviembre 2016	0	11	0
Porcentaje (%)		0	100	0

Observaciones detectadas					
Requisito de Norma ISO 14001:2004	No. de hallazgos	%	Unidad Organizacional/ Proceso	No. de hallazgos	%
4.3.1. Aspectos ambientales	1	9	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	6	55
4.3.2. Requisitos legales y otros requisitos	2	19			
4.4.2. Competencia, formación y toma de consciencia	2	18			
4.4.5. Control de documentos	2	18	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	5	45
4.4.6. Control operacional	2	18			
4.5.2. Evaluación del cumplimiento legal	2	18			
Total	11	100	Total	11	100%





Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

c) Evaluación del Cumplimiento Legal

Se han identificado, en el Programa de Administración Ambiental, los requisitos de la legislación y su aplicación de las normas: NOM-161-SEMARNAT-2011 Criterios para clasificar a los Residuos de Manejo Especial y determinar cuáles están sujetos a un Plan de Manejo; NOM-002-SEMARNAT-1996 Descargas de aguas a red municipal y alcantarillado; Protocolo de Kioto; NOM-028-ENER-2010 Eficiencia energética de lámparas para uso general. Límites y métodos de prueba; NOM-054-SEMARNAT-1993 Incompatibilidad de Sustancias Químicas; Reglamento de la ley general para la prevención y gestión integral de los residuos; NOM-017-STPS-2008 Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los Centros de trabajo. NOM-087-SEMARNAT-2002 Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo; NOM-052-SEMARNAT-2005 Características, el procedimiento de identificación, clasificación y los listados de los residuos peligrosos; NOM-019-STPS-2011 Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene; NOM-002-STPS-2010 Condiciones de seguridad - Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo; NOM-026-STPS-2008 Colores y señales de seguridad e higiene, e identificación de riesgos por fluidos conducidos en tuberías; NOM-020-STPS-2011 Recipientes sujetos a presión, recipientes criogénicos y generadores de vapor o calderas - Funcionamiento - Condiciones de Seguridad.

De acuerdo a su programación en el periodo de septiembre de 2015 a octubre de 2016 se evaluó el cumplimiento de los requisitos legales:

LEGISLACIÓN APLICABLE	REQUISITO	CUMPLIMIENTO (SBS)	CUMPLIMIENTO (SRERE)
NOM-161-SEMARNAT-2011 Criterios para clasificar a los Residuos de Manejo Especial	6. Criterios para clasificar a los Residuos de Manejo Especial Anexo normativo Fracción I Listado de RME derivados de servicios de salud derivados de centros médicos	Se identificó los residuos de manejo especial que genera el área. Plan de RME	Se identificó los residuos de manejo especial que genera el área.
Reglamento de la ley general para la prevención y gestión integral de los residuos	Artículo 46.- IV. Marcar o etiquetar los envases que contienen residuos peligrosos	Se identificaron los envases y contenedores con etiquetas los tipos de residuos.	Se identificaron los envases y contenedores con etiquetas con imágenes y nombres de los tipos de residuos.
	Artículo 46.- III. Envasar los residuos peligrosos generados de acuerdo con su estado físico.	Se envasaron los residuos no anatómicos y punzocortantes de acuerdo a su clasificación, en los medios correspondientes.	Se envasaron los residuos no anatómicos y punzocortantes de acuerdo a su clasificación en los medios correspondientes.
	Artículo 71.- Las bitácoras previstas en la Ley y este Reglamento	Se han implementado en el almacén temporal de RPBI las bitácoras de SEMARNAT-007-027-A "Bitácora de Residuos Peligrosos y Sitios	Se han implementado en el almacén temporal de RPBI las bitácoras de SEMARNAT-007-0027-A "Bitácora de Residuos



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

LEGISLACIÓN APLICABLE	REQUISITO	CUMPLIMIENTO (SBS)	CUMPLIMIENTO (SRERE)
		Contaminados" para los tipos de residuos: no anatómicos, punzocortantes y sangre.	Peligrosos y Sitios Contaminados" para los tipos de residuos no anatómicos y punzocortantes.
	Artículo 110.- Queda estrictamente prohibido tirar basura y/o desperdicios a cielo abierto, en cuencas, cauces, ríos, barrancas y vía pública, así como queda prohibida la quema a cielo abierto de cualquier tipo de desperdicios o residuos.	Se cuenta un Procedimiento de Residuos Sólidos Urbanos, con una logística de recolección interna y externa de los Residuos Sólidos Urbanos, hasta su disposición en lugares apropiados	Se cuenta con un procedimiento de Residuos Sólidos Urbanos, con una logística de recolección interna y externa de los residuos sólidos urbanos, hasta su disposición en lugares apropiados.
NOM-087-SEMARNAT-2002 Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.	4. Clasificación de los residuos peligrosos biológico-infecciosos	Se identificaron los residuos peligrosos de acuerdo a su clasificación Biológico-Infecciosos en: Residuos No anatómicos, Punzocortantes, Sangre en el formato Relación de Áreas Generadoras de Residuos FO-CIDOC-SBS-36.	Se identificaron los residuos peligrosos de acuerdo a su clasificación Biológico-Infecciosos en: Residuos No anatómicos, punzocortantes, sangre en el formato relación de áreas generadoras de residuos FO-CIDOC-SRERE-38.
	6. Manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos - Identificación de los residuos. - Envasado de los residuos generados. - Almacenamiento temporal. - Recolección y transporte externo. - Tratamiento. - Disposición final.	Se implementó el Procedimiento de Manejo Integral de Residuos Peligrosos, que incluye las etapas de identificación, envasado, manejo, almacenamiento, transporte y disposición	Se implementó el procedimiento de manejo integral de residuos peligrosos, que incluye las etapas de identificación, envasado, manejo, almacenamiento, transporte y disposición.
	6.2.1 En las áreas de generación de los establecimientos generadores, se deberán separar y envasar todos los RPBI de acuerdo con sus características físicas y biológicas infecciosas	Se identificaron y se envasa de acuerdo al tipo de residuos en recipientes herméticos, bosas de polietileno (rojo).	Se identificaron y se envasa de acuerdo al tipo de residuos en recipientes herméticos, bolsas de polietileno (rojo).
	a) Las bolsas deberán ser de polietileno de color rojo traslúcido de calibre mínimo 200, marcados con el símbolo universal de riesgo biológico y la leyenda Residuos Peligrosos Biológico-Infecciosos	Uso de bolsas de polietileno rojas con las características señaladas.	Uso de bolsas de polietileno rojas con las características señaladas.
	Las bolsas se llenarán al 80 por ciento (80%) de su capacidad	Recolección cuando los recipientes bolsas se encuentran llenados al 80%, tres cuartos de la capacidad del contenedor (bolsa o contenedor rígido)	
	6.3.1 Se deberá destinar un área para el almacenamiento temporal de los residuos peligrosos biológico-	Uso de almacén temporal de RPBI	Uso de almacén temporal de RPBI



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

LEGISLACIÓN APLICABLE	REQUISITO	CUMPLIMIENTO (SBS)	CUMPLIMIENTO (SRERE)
	infecciosos		
	6.3.5 El área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos debe estar techada, ser de fácil acceso, para la recolección y transporte	Uso de almacén temporal de RPBI techado, de fácil acceso y restringido para recolección y transporte.	Uso de almacén temporal de RPBI techado, de fácil acceso y restringido para recolección y transporte.
	6.3.6 Los RPBI podrán ser almacenados en centros de acopio, previamente autorizados por la SEMARNAT deberán operar sistemas de refrigeración para mantener los residuos peligrosos biológicos – infecciosos a una temperatura máxima de 4°C	Autorización de los centros de acopio	Se solicitó la autorización del centro de acopio donde se hace la disposición final.
NOM-052-SEMARNAT-2005	6. Procedimiento para determinar si un residuo es peligroso.	Se estableció el Procedimiento de Manejo Integral de Sustancias Químicas Peligrosas y Residuos Peligrosos.	Se estableció el procedimiento de manejo integral de sustancias químicas peligrosas y residuos peligrosos.
	7.1 El residuo es peligroso si presenta al menos una de las siguientes características, bajo las condiciones señaladas en los numerales 7.2 a 7.7 de esta Norma Oficial Mexicana: - Corrosividad - Reactividad - Explosividad, Toxicidad, Inflamabilidad, Biológico Infecciosos	Se identificó peligrosidad de las sustancias químicas en el formato relación de sustancias químicas peligrosas con base en las hojas de datos de seguridad de cada una y los residuos peligrosos en el formato relación de áreas generadoras de residuos.	Se identificó la peligrosidad de las sustancias químicas en el formato relación de sustancias químicas peligrosas con base en las hojas de datos de seguridad de cada una y los residuos peligrosos en el formato relación de áreas generadoras de residuos.

Análisis Comparativo de los Resultados de Auditorías Externas 2014 y 2015.

Auditoría Externa	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
Informe 5	Septiembre 2014	1	5	16
Informe 2	Noviembre 2015	0	9	15
Tendencia		-	+	-

Como se puede observar en la tabla anterior hubo un aumento en el número de hallazgos detectados, sin embargo, no se encontraron no conformidades en el último ejercicio de auditoría, el número de observaciones aumentó aunque no se refieren a los mismos requisitos de norma y las oportunidades de mejora disminuyeron.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

Análisis Comparativo de los Resultados de Auditorías Internas 2015 y 2016.

Auditoría Interna	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
Informe 17	Septiembre 2015	1	2	2
Informe 21	Noviembre 2016	0	11	0
Tendencia		-	+	-

Como se puede observar en la tabla anterior hubo un descenso en el número de no conformidades y oportunidades de mejora, sin embargo hubo un aumento significativo en el número de observaciones detectadas a los procesos.

2. Retroalimentación del Cliente y Partes Interesadas

Las Unidades Organizacionales que integran el SG, llevan el seguimiento de la información relativa a la percepción del usuario respecto al cumplimiento de sus requisitos mediante un objetivo de satisfacción de usuarios que se mide a través de la aplicación de un cuestionario, la meta de dicho objetivo es “obtener al menos el 80% de las encuestas entre los niveles de bueno y excelente en el grado de satisfacción de los usuarios”, a continuación se muestra el desempeño en referencia a dicho objetivo de septiembre de 2015 a agosto de 2016:

Reporte General de Satisfacción a Usuarios			
Año	Cuatrimestre	Encuestas Aplicadas	Porcentaje Alcanzado
2015	Tercer	134	94.7
2016	Primer	139	96.4
2016	Segundo	236	87.7
Promedio General		509	92.93%

Proceso	CUATRIMESTRE								
	Sept-Dic 2015			Ene-Abr 2016			May-Ago 2016		
	Encuestas aplicadas	Encuestas niveles de bueno y excelente	%	Encuestas aplicadas	Encuestas niveles de bueno y excelente	%	Encuestas aplicadas	Encuestas niveles de bueno y excelente	%
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	36	36	100	39	39	100	31	30	96.7
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	98	91	93	99	95	96	205	177	86
Totales	134	127	94.7	139	134	96.4	236	207	87.7

En el periodo comprendido en esta revisión no se han presentado quejas de los clientes, tampoco se han recibido sugerencias o dudas de las partes interesadas con respecto a los aspectos e impactos ambientales.

Fecha de Emisión: 15 de Enero de 2016	Código del documento: FO-SG-RD-02	Versión: 1	Página 7 de 13
--	--------------------------------------	---------------	----------------



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

3. Desempeño ambiental y el grado de cumplimiento de los objetivos y metas

Durante las capacitaciones realizadas se difundió y sensibilizó en el objetivo y la política manifestados y difundidos a través del Manual de Gestión del SG-UAS.

En lo referente al cumplimiento de los objetivos los procesos reportan su cumplimiento de la siguiente manera:

Proceso	CUATRIMESTRE								
	Sept-Dic 2015			Ene-Abr 2016			May-Ago 2016		
	Corrientes residuales de AAS generadas en la áreas	Corrientes residuales de AAS controladas, sujetas a controles operacionales	%	Corrientes residuales de AAS generadas en la áreas	Corrientes residuales de AAS controladas, sujetas a controles operacionales	%	Corrientes residuales de AAS generadas en la áreas	Corrientes residuales de AAS controladas, sujetas a controles operacionales	%
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	1	1	100	1	1	100	1	1	100
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	4	4	100	4	4	100	4	4	100

Análisis comparativo de procesos que no alcanzaron la meta en al menos un periodo de revisión

	2015	2016
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores		-
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos		-
Total	2	0

Realizando un comparativo con el 2015, los dos procesos cumplieron con los objetivos, por lo que existe una disminución en procesos que no cumplieron.

4. Estado de las Acciones Preventivas y Correctivas

No.	FOLIO DE ACCIÓN	ORIGEN DE LA ACCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	ESTADO	TIPO DE ACCIÓN	FECHA PROPUESTA DE CIERRE	FECHA CIERRE	IMPACTO/ EFECTIVIDAD
1	242/SBS/09/15	SMP	4.5.1 14001	Cerrada	Correctiva	23/10/2015	26/10/2015	Se verifica la precisión que se realizaron a los documentos y formatos OB-CIDOCs-SBS-42, 51. En los cuales se comprometen a controlar el 100% de las corrientes residuales de AAS generadas en el área. Se verifica la matriz de IEAA en donde son significativos los residuos no anatómicos, punzocortantes, sangre y porrones de productos químicos, con las modificaciones se previene las confusiones.
2	254/SBS-SRERE/11/15	SMP	4.4.7 14001	Cerrada	correctiva	30/06/2016	-	Se verifico evidencia del programa interno de protección civil del HCC con fecha 10/12/15, del cual protección civil otorga certificación del plan interno, según expediente 01PIPC73191/3103/2015, se verifica la evidencia de las revisiones de equipos contra incendio, los cuales no especifican en qué consiste la revisión. Muestran plano de rutas de evacuación. Se solicita dar seguimiento de las acciones no realizadas.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

3	256/SRERE/11/15	AE	4.3.3 14001	Cerrada	correctiva	18/01/2016	18/01/2016	Se presentan reporte de indicadores ambientales de enero-abril 2015, con resultados por debajo del valor de la meta, sin embargo se presenta la evidencia de la elaboración y presentación del informe de indicadores de sep-dic 2015, donde los resultados alcanzan la meta establecida. El personal presenta minuta 3/12/2015 e la que explican los objetivos ambientales y la forma y fundamento de su establecimiento.
4	257/SRERE/11/15	AE	4.4.2 14001	Cerrada	correctiva	18/12/2015	18/12/2016	Se muestran correos electrónicos donde el responsable del control de proveedores notifica, a sus proveedores la política ambiental, sus deberes y responsabilidades para realizar actividades en laboratorio. Se muestra el control que se efectúa para la notificación de proveedores sobre información relacionada con los aspectos ambientales.
5	258/SRERE/11/15	AE	4.4.5 14001	Cerrada	correctiva	18/01/2016	18/01/2016	Se muestra la revisión y el control efectuado al listado de documentos externos, se verifican las claves correctas de la normatividad y requisitos legales, así como el control de registros, estos ya consideran su actualización de acuerdo a lo utilizado en el laboratorio.
6	259/SRERE/11/15	AE	4.4.6 14001	Cerrada	correctiva	22/01/2016	22/01/2016	Se muestra evidencia de que el almacén de residuos fue limpiado. Se verifica la actualización del procedimiento para el manejo integral de residuos peligrosos y se incluye las responsabilidades del personal de limpieza y de la empresa contratada.
7	260/SRERE/11/15	AE	4.5.2 14001	Cerrada	correctiva	25/01/2016	25/01/2016	Se muestra evidencia que presentaron los resultados de análisis de descargas a JAPAC por medio de un oficio elaborado 11/01/16, JAPAC responde con fecha 25/01/16; no señalando ninguna inconformidad. Se muestra programa de administración ambiental con responsabilidades del personal de CIDOCS, para la entrega semestral de resultados.
8	261/SRERE/11/15	AE	4.5.3 14001	Cerrada	correctiva	25/01/2016	25/01/2016	Se muestra el seguimiento efectuado a la acción correctiva 158/SG/11/2015; donde se indica cierre de las acciones de junio 16. Se muestra la actualización del procedimiento PG-SG-ACP-05, donde se muestra la responsabilidad del titular, así como encargado de acciones correctivas.
9	262/SRERE/11/15	AE	4.6 14001	Cerrada	correctiva	18/01/2016	18/01/2016	Se verifica las modificaciones realizadas al procedimiento para la revisión por la dirección versión 14 de fecha 15/01/16, en el que se incluye la integración del formato FO-SG-RD-02, que deberá llenarse en caso de los sistemas de gestión ambiental.
10	263/SBS/11/15	AE	4.5.2 14001	Cerrada	correctiva	19/01/2016	19/01/2016	Se verifican los registros en los que se solicita al HCC su colaboración para que se proporcione al Banco de Sangre la información necesaria sobre la realización de los análisis presentados a la autoridad. Se muestran oficios de presentación ante JAPAC de dos ciclos mismos que integran los análisis correspondientes realizados por ONSITE. Se verifica la comunicación con HCC, así como la autorización otorgada con fecha 22/07/2014 y de la misma manera se presenta prorroga enviada a la SEMARNAT el día 17/12/15.
11	264/SBS/11/15	AE	4.6 14001	Cerrada	correctiva	18/01/2016	18/01/2016	Se verifica las modificaciones realizadas al procedimiento para la revisión por la dirección versión 14 de fecha 15/01/16, en el que se incluye la integración del formato FO-SG-RD-02, que deberá llenarse en caso de los sistemas de gestión ambiental. Se muestra oficio del día 12/01/16 el Director de CIDOCS envía a DSGC la evaluación del cumplimiento.
12	304/SG/08/16	SMP	4.4.5 14001	Abierta	Correctiva	30/11/2016		
13	330/SRERE/11/16	AD	4.3.2 14001	Abierta	Correctiva	28/02/2017		
14	331/SRERE-SBS/11/16	SMP	4.4.7 14001	Abierta	Correctiva	23/02/2017		
15	332/SBS/11/16	AD	4.4.1 14001	Abierta	Correctiva	14/07/2017		
16	333/SRERE/11/16	AD	4.4.1 14001	Abierta	Correctiva	31/03/2017		
17	334/SBS/11/16	AI	4.3.1 14001	Abierta	Correctiva			
18	335/SBS/11/16	AI	4.3.2 14001	Abierta	Correctiva			
19	336/SBS/11/16	AI	4.4.2 14001	Abierta	Correctiva			
20	337/SBS/11/16	AI	4.4.5 14001	Abierta	Correctiva			
21	338/SBS/11/16	AI	4.4.6 14001	Abierta	Correctiva			
22	339/SBS/11/16	AI	4.5.2 14001	Abierta	Correctiva			
23	340/SRERE/11/16	AI	4.3.2 14001	Abierta	Correctiva			
24	341/SRERE/11/16	AI	4.4.2 14001	Abierta	Correctiva			
25	342/SRERE/11/16	AI	4.4.5 14001	Abierta	Correctiva			
26	343/SRERE/11/16	AI	4.4.6 14001	Abierta	Correctiva			
27	344/SRERE/11/16	AI	4.5.2 14001	Abierta	Correctiva			
Acciones cerradas							11	
Acciones abierta							16	



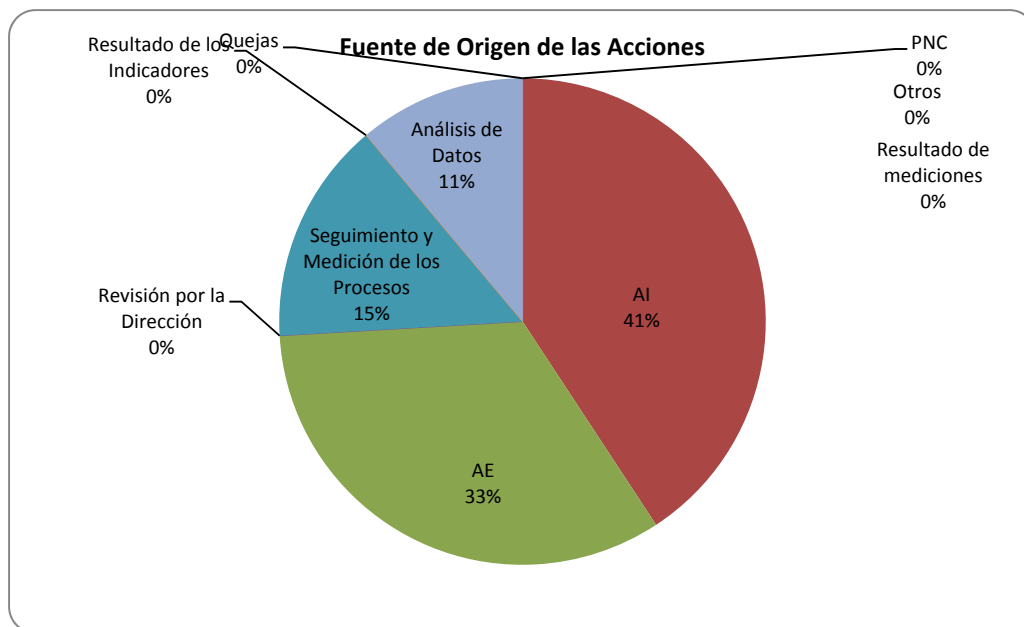
Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS POR PROCESO Y UO				
UO	PROCESO	ACyP	TOTAL por UO	PORCENTAJE (%)
DSGC	SG	1	1	3.7
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	11	26	40.8
	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	15		55.5
TOTALES		27	59	100%

Fuente de origen de las Acciones										
SGC							Retroalimentación del Cliente	Satisfacción del Cliente		
PNC	AI	AE	Revisión por la Dirección	Seguimiento y Medición de los Procesos	Resultado de los Indicadores	Análisis de Datos	Quejas	Resultado de mediciones	Otros	Totales
0	11	9	0	4	0	3	0	0	0	27
Porcentaje (%)	0	40.7	33.3	0.0	14.8	0.0	11.1	0.0	0.0	100



Análisis de Impacto de las Acciones Correctivas y Preventivas

Impacto	Requisito de la Norma ISO 14001
Se presentan reporte de indicadores ambientales de enero-abril 2015, con resultados por debajo del	4.3.3

Fecha de Emisión: 15 de Enero de 2016	Código del documento: FO-SG-RD-02	Versión: 1	Página 10 de 13
--	--------------------------------------	---------------	-----------------



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

valor de la meta, sin embargo se presenta la evidencia de la elaboración y presentación del informe de indicadores de sep-dic 2015, donde los resultados alcanzan la meta establecida. El personal presenta minuta 3/12/2015 e la que explican los objetivos ambientales y la forma y fundamento de su establecimiento.	
Se cuenta con programa interno de protección civil del HCC con fecha 10/12/15, del cual protección civil otorga certificación del plan interno, según expediente 01PIPC73191/3103/2015, se verifica la evidencia de las revisiones de equipos contra incendio, los cuales no especifican en qué consiste la revisión. Muestran plano de rutas de evacuación	4.4.7
Se realizaron a los documentos y formatos OB-CIDOCs-SBS-42, 51. En los cuales se comprometen a controlar el 100% de las corrientes residuales de AAS generadas en el área. Se verifica la matriz de IEAA en donde son significativos los residuos no anatómicos, punzocortantes, sangre y porrones de productos químicos, con las modificaciones se previene las confusiones.	4.5.1
Se solicita al HCC su colaboración para que se proporcione al Banco de Sangre la información necesaria sobre la realización de los análisis presentados a la autoridad. Se muestran oficios de presentación ante JAPAC de dos ciclos mismos que integran los análisis correspondientes realizados por ONSITE. Se verifica la comunicación con HCC, así como la autorización otorgada con fecha 22/07/2014 y de la misma manera se presenta prorroga enviada a la SEMARNAT el día 17/12/15	4.5.2
Se realizaron modificaciones al procedimiento para la revisión por la dirección versión 14 de fecha 15/01/16, en el que se incluye la integración del formato FO-SG-RD-02, que deberá llenarse en caso de los sistemas de gestión ambiental. Se muestra oficio del día 12/01/16 el Director de CIDOCs envía a DSGC la evaluación del cumplimiento.	4.6

Asimismo, se presenta un comparativo entre la revisión del ejercicio anterior y la revisión de este año para evaluar el origen de las acciones correctivas y preventivas, obteniendo como resultado lo siguiente:

Comparativo de Acciones Correctivas y Preventivas											
AÑO	SG							Retroalimentación del Cliente	Satisfacción del Cliente	Otros	Total
	PNC	AI	AE	Revisión por la Dirección	Seguimiento y Medición de los Procesos	Resultado de los Indicadores	Análisis de Datos	Quejas	Resultado de mediciones		
2015	0	5	11	0	0	2	0	0	0	9	27
2016	0	11	9	0	4	0	3	0	0	0	27
Tendencia	=	+	-	=	+	-	+	=	=	-	=

Se analiza que los procesos realizan seguimiento permanente a las acciones correctivas identificadas bajo la Norma ISO 14001:2004, se muestra un permanente número de acciones identificadas como se observa en el cuadro anterior, lo que demuestra un compromiso en mejorar continuamente y prevenir la contaminación.

5. Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección Previas

Proceso	Estado
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	Durante este periodo se ha dado cumplimiento a lo descrito en nuestros procedimientos ambientales específicos, la acciones han sido correctamente atendidas y se le ha dado seguimiento a algunas oportunidades de mejora detectadas en actividades de auditoria previas, es importante mencionar que se ha crecido en infraestructura en cuanto a equipamiento se refiere esto tiene un impacto favorable en nuestros procesos pues, aumentar la seguridad fortalece y mejora nuestra estructura.
Fecha de Emisión: 15 de Enero de 2016	Código del documento: FO-SG-RD-02
Versión: 1	Página 11 de 13



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

Solicitud,	Instalación de depósitos para la adecuada clasificación de RME, espacios físicos para resguardar
Realización y	documentación del proceso, en equipos se nos proporcionó un coagulometro, equipo para BH, enfriador de
Entrega de	agua, kit de pipetas calibradas, sillas secretariales.
Resultados de	Se llevó acabo revisión y actualización de planos.
Estudios Clínicos	Se llevó acabo capacitación y apoyos para congresos.

6. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión

6.1. La transición de la Norma ISO 14001 a su versión 2015, la cual presenta cambios de estructura y contenido.

6.2. El período de conclusión del ejercicio rectoral 2013-2017.

6.3. Derivado del punto anterior en el ámbito de las Unidades Organizacionales la designación de nuevos Titulares, ya que se tiene que impartir capacitaciones cuando se detecten dichos cambios.

6.4. Recorte presupuestal al sector educativo.

6.5. Adecuaciones al software del SG al incorporar las secciones de Mejora y Seguimiento", se cuenta con la solicitud de realizar las opción de acciones correctivas y preventivas; también se visualiza incorporar las secciones de "Medición y Análisis" y "Revisión por la Dirección".

6.6. Discontinuación de software SIGHO, esto incluye cambios en formatos de solicitudes, y todo lo relacionado con el sistema hospitalario, será necesario capacitación para el personal que integra la unidad de hematología y banco de sangre.

6.7. Cambios administrativos en la Unidad de Hematología y Banco de Sangre, tal es el caso del cambio del responsable sanitario.

7. Recomendaciones para la Mejora

Proceso	Recomendaciones para la mejora
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	<ol style="list-style-type: none">1. Incluir como parte de la matriz que sirve para la identificación de los aspectos ambientales todos los controles operacionales aplicables existentes.2. Participación del responsable de proceso como parte del comité ambiental del hospital civil para dar seguimiento a todo lo relacionado con manejo de residuos y así mejorar los controles operacionales en los almacenes temporales.3. Mantener los registros de los resultados de las evaluaciones periódicas, tal es el caso de los reportes de entrega de los análisis de descargas de aguas a la autoridad correspondiente, así como el plan de manejo de residuos especiales y su presentación ante SEMARNAT, esto para dar cumplimiento a lo legal y reglamentario.



Universidad Autónoma de Sinaloa

Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección Ambiental

8. Resultados de la Revisión por la Dirección

A. Mejora Continua del SG y sus Procesos

Dar cumplimiento a lo establecido en los procedimientos específicos ambientales de la unidad y asegurando que el objetivo ambiental se mantenga, el compromiso del personal operativo y responsable del proceso es inminente y tiene un papel sumamente importante en el desarrollo correcto de nuestras actividades.

Además es necesario la constante formación y capacitación del personal, pues los cambios son constantes.

B. Identificación de Necesidades de Recursos

Proceso	Recursos Humanos	Recursos Materiales
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	Es necesario el crecimiento en la plantilla de colaboradores del sistema, pues existe un aumento en las funciones y se tiene la misma cantidad y en condición laboral inestable.	El inminente crecimiento de nuestro proceso requiere una modificación de un espacio exclusivo para llevar a cabo un mejor control sobre nuestros objetivos de calidad y ambiental establecidos (reubicación del área de Hemodiálisis y la construcción de un espacio para un área de archivo).
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos		Ampliar el laboratorio (infraestructura). Actualizar microscopios, laptop para el proceso SRERE, adquisición de ACUVEN y refrigerador para almacenamiento de muestras en el área de MICROSCOPIA EN CAMPO OSCURO.

En la tabla anterior están identificados los recursos particulares de los procesos, la provisión de los mismos estará sujeta a la suficiencia presupuestal de la Universidad Autónoma de Sinaloa.

C. Posibles cambios en la política, objetivos y metas del SG

De momento no se han identificado cambios que pudieran afectar a la política, sin embargo se seguirá con la difusión y promoción de la misma. Los objetivos y metas están establecidos en cada proceso, los cuales declaran sus cambios en cada una de las revisiones por la dirección.

Atentamente

Dr. Juan Eulogio Guerra Liera
Rector