Universidad Autónoma de Sinaloa
Sistema de Gestión

Minuta de Revisión por la Dirección

Culiacán, Sinaloa, a 6 de Noviembre de 2014.

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, la necesidad de efectuar cambios al SG, incluyendo la PO y los Objetivos y las necesidades de recursos.

II. ALCANCE

La presente revisión es por el período comprendido de Septiembre de 2014 a la fecha de elaboración y es aplicable a los procesos que se describen a continuación:

a) Aquellos que dirigen y controlan sus procesos con respeto a la calidad integrando la gestión de sus aspectos ambientales:
   - Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores
   - Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos

b) Aquellos que dirigen y controlan sus procesos con respeto a la calidad:
   - Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social
   - Solicitud y Prestación de Espacios Físicos
   - Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria
   - Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos

III. DESARROLLO

1. Resultados de Auditorías y Evaluaciones Anteriores

a) Auditorías Externas

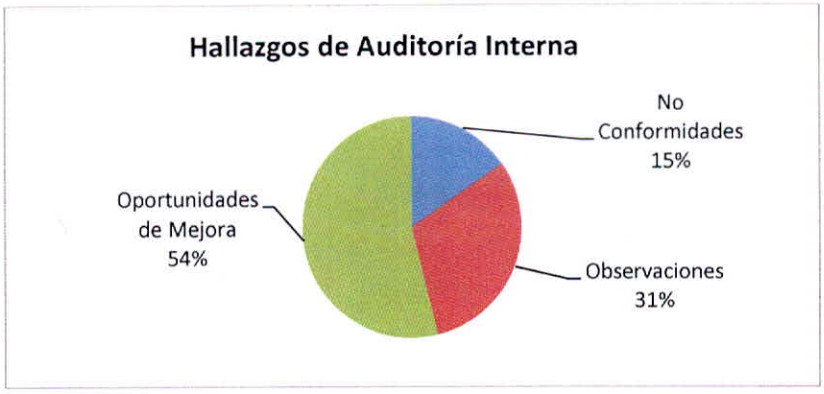
Durante el periodo de la presente revisión no se han realizado auditorías externas, debido a ser la primera ocasión que se integran los seis procesos.

b) Auditoría Interna

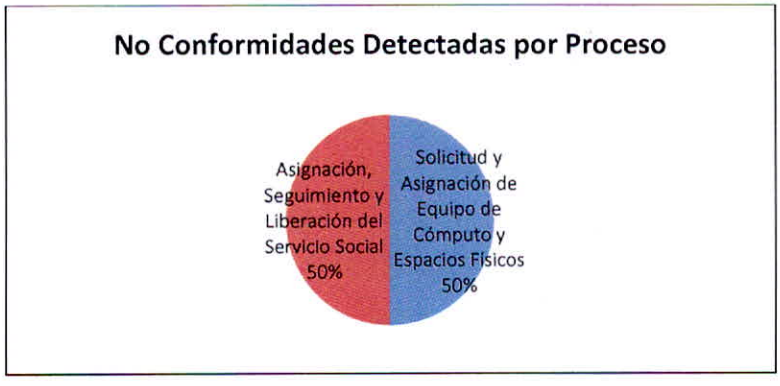
La auditoría interna se realizó de acuerdo a lo establecido en el Plan de Auditoría elaborado para ésta auditoría No. 16 y se cumplió el objetivo de la misma. A continuación se muestra el total de los hallazgos citados en el informe de auditoría:

Minuta de Revisión por la Dirección

Auditoría Interna	Fecha	No Conformidades	Observaciones	Oportunidades de Mejora
No. 16	Octubre 2014	2	4	7
Porcentaje (%)		15%	31%	54%

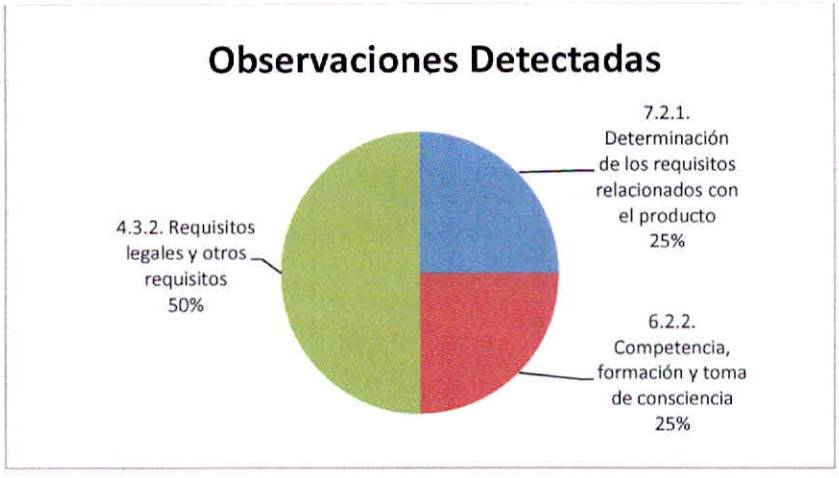


No Conformidades Detectadas			
Requisito de la Norma ISO 9001:2008	Unidad Organizacional/ Proceso	No. de Hallazgos	%
8.2.3. Seguimiento y medición de los procesos	Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos	1	50
	Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	1	50
	Total	2	100

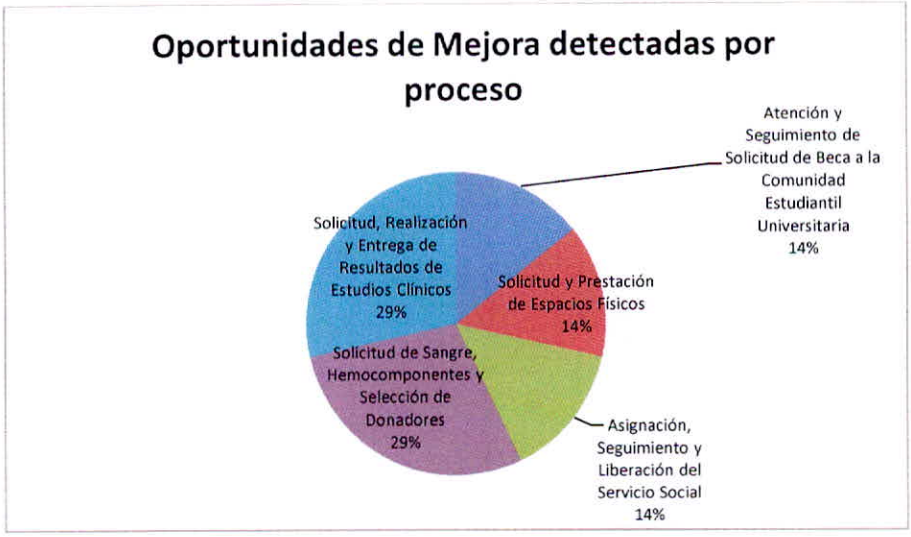


Minuta de Revisión por la Dirección

Observaciones detectadas por proceso				
		Unidad Organizacional/ Proceso	No. de hallazgos	%
Requisito de la Norma ISO 9001:2008	7.2.1. Determinación de los requisitos relacionados con el producto	Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	1	25
	6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	1	25
Requisito de la Norma ISO 14001:2004	4.3.2. Requisitos legales y otros requisitos	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	2	50
		Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos		
		Total	**4**	**100%**



Oportunidades de Mejora detectadas por proceso		
PROCESO	**No. de hallazgos**	**%**
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria	1	14
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	1	14
Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	1	14
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	2	29
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	2	29
Total	**7**	**100%**



c) Evaluación del Cumplimiento Legal

Se han identificado, en el Programa de Administración Ambiental, los requisitos de la legislación y la aplicación de las normas, de acuerdo a su programación en el periodo de Septiembre a Octubre de 2014 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.	Se identificó los residuos de manejo especial que genera el área.	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 Contaminados" para los tipos de residuos: no anatómicos, punzocortantes y sangre.	Se han implementado en el almacén temporal de RPBI las bitácoras de SEMARNAT-007-027-A "Bitácora de Residuos 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	Se cuenta un Procedimiento de Residuos Sólidos Urbanos, con una logística de recolección interna y externa de los Residuos Sólidos	Se cuenta un Procedimiento de Residuos Sólidos Urbanos, con una logística de recolección interna y externa de los Residuos Sólidos

LEGISLACIÓN APLICABLE	REQUISITO	CUMPLIMIENTO (SBS)	CUMPLIMIENTO (SRERE)
	pública, así como queda prohibida la quema a cielo abierto de cualquier tipo de desperdicios o residuos.	Urbanos, hasta su disposición en lugares apropiados	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-CIDOCS-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-CIDOCS-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, bosas 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 señalas.	Uso de bolsas de polietileno rojas con las características señalas.
	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)	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-infecciosos.	Uso de almacén temporal de RPBI	Uso de almacén temporal de RPBI
	6.3.5 El área de almacenamiento temporal de residuos peligrosos biológico-infecciosos debe Estar techada, ser de fácil acceso,	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.

LEGISLACIÓN APLICABLE	REQUISITO	CUMPLIMIENTO (SBS)	CUMPLIMIENTO (SRERE)
	para la recolección y transporte.		
NOM-052-SEMARNAT-2005 Características, el procedimiento de identificación, clasificación Y los listados de los residuos peligrosos	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, Bilógico Infecciosos	Se identifico 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 identifico 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 de hallazgos de incumplimiento de evaluaciones al SG-UAS

- Incumplimiento de metas y objetivos establecidos y en algunos casos no se mostro evidencia del análisis de los mismos.
- Falta establecer algunos requisitos relacionados con el producto y con los requisitos legales y reglamentarios.
- Incumplimiento en la documentación que da evidencia de la competencia, formación y toma de conciencia.

2. Retroalimentación del Cliente y Partes Interesadas

En el periodo comprendido en esta revisión no se han presentado quejas de los clientes, ni se han recibido sugerencias o dudas de las partes interesadas con respecto a la calidad y a los aspectos e impactos ambientales, se cuentan con encuestas de satisfacción a usuarios aplicadas sin embargo el análisis de las misma es cuatrimestral por lo cual está pendiente el reporte del cuatrimestre comprendido de Septiembre a Diciembre el cual está transcurriendo al momento de la presente revisión.

3. Desempeño de los Procesos y Conformidad del Producto

Durante las capacitaciones realizadas se difundió y sensibilizó en temas de cultura de la calidad, cultura organizacional, Introducción a las Normas ISO 9000, Norma ISO 9000:2005 Sistema de Gestión de la Calidad – Fundamentos y vocabulario, Norma ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos, Norma ISO 14001:2004 Sistema de Gestión Ambiental – Requisitos, y la Política de Gestión manifestada y difundida a través del Manual de Gestión del SG UAS, se revisó su congruencia con los

objetivos de los procesos, con la documentación de los procesos y la actualización documentos generales.

En lo referente al cumplimiento de los objetivos en su mayoría reporta el cumplimiento de su meta establecida, como se muestra en la siguiente tabla:

UO	CLAVE	OC	INDICADOR	Septiembre 2014			Octubre 2014		
				Meta	Realizado	No.	Meta	Realizado	No.
CIDOCS	SBS	4	Controlar Aspectos Ambientales	20%	25%	2	20%	38%	3
CIDOCS	SRERE	4	Controlar Aspectos Ambientales	20%	25%	2	20%	38%	3
DGSS	ASLSS	2	Cartas de Liberación	100%	100 %	27	100%	--	--
TAC	SPEF	1	Eventos Solicitados al STA	100%	100%	32	100%	100%	54

Se reporta un proceso con incumplimiento de objetivo: Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos del Centro de Cómputo Universitario ya que dicho proceso cuenta con un software para el control del mismo, sin embargo al momento de elaborar los reportes salieron con porcentaje de cero.

Asimismo, el proceso de Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria no cuenta aún con mediciones de objetivos por la naturaleza del proceso en donde sus mediciones son anuales.

Hasta el momento no se han detectado Productos No Conforme.

4. Estado de las Acciones Preventivas y Correctivas

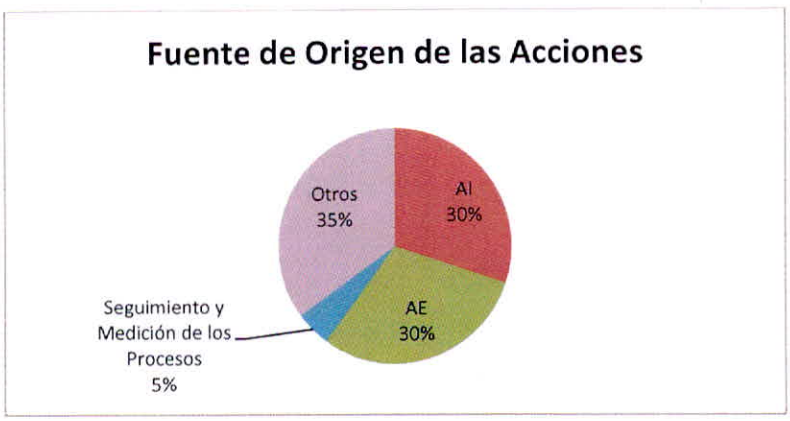
Se reportan **20 acciones** preventivas y correctivas en el SG de la UAS. A continuación se muestra el estado de cada una de ellas:

FOLIO DE ACCIÓN	ORIGEN DE LA ACCIÓN	REQUISITO INCUMPLIDO	ESTADO	TIPO DE ACCIÓN	IMPACTO/ EFECTIVIDAD
133/SGC/09/14	otro	4.3.1 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
134/SGC/09/14	otro	4.3.1 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
135/SGC/09/14	otro	4.3.1 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
136/SGC/09/14	otro	4.4.6 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
137/SGC/09/14	otro	4.4.6 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
138/SGC/09/14	otro	4.4.2 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
139/SGC/09/14	otro	4.4.7 ISO 14001	Abierta	Preventiva	
140/SGC/09/14	AE	4.2.3	Abierta	Correctiva	
141/SGC/09/14	AE	4.2.4	Abierta	Correctiva	
142/SGC/09/14	AE	5.3	Abierta	Correctiva	
143/SGC/09/14	AE	7.5.1	Abierta	Correctiva	
144/SGC/09/14	AE	7.5.3	Abierta	Correctiva	
145/SGC/09/14	AE	8.3	Abierta	Correctiva	
146/CERTIFL/09/14	SMP	8.5.1	Abierta	Correctiva	

Minuta de Revisión por la Dirección

148/SAEF/11/14	AI	8.2.3	Abierta	Correctiva	
149/SPEF/11/14	AI	7.2.1	Abierta	Correctiva	
150/ASLSS/11/14	AI	6.2.2	Abierta	Correctiva	
151/ASLSS/11/14	AI	8.2.3	Abierta	Correctiva	
152/SBS/11/14	AI	4.3.2	Abierta	Correctiva	
153/SRERE/11/14	AI	4.3.2	Abierta	Correctiva	
Totales			20 abiertas	7 preventivas 13 correctivas	

	Fuente de origen de las Acciones										
	SGC							Retroalimentación del Cliente	Satisfacción del Cliente	Otros	Totales
	PNC	AI	AE	Revisión por la Dirección	Seguimiento y Medición de los Procesos	Resultado de los Indicadores	Análisis de Datos	Quejas	Resultado de mediciones		
	0	6	6	0	1	0	0	0	0	7	20
Porcentaje (%)	0	30	30	0	5	0	0	0	0	35	100



UO	PROCESO	ACyP	TOTAL por UO	PORCENTAJE (%)
DSGC	SGC	13	13	65
Dirección de Personal	Certificación Laboral	1	1	5
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud	Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	1	2	10
	Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	1		
Dirección General de Servicio Social	Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	2	2	10
Torre Académica Culiacán	Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	1	1	5
Centro de Cómputo Universitario	Solicitud y Asignación de Equipo de Cómputo y Espacios Físicos	1	1	5
	TOTALES	20	20	100%

5. Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección Previas

En virtud de que estos seis procesos se integran recientemente al SG, no han sido sujetos a revisiones por la dirección previas. En tales circunstancias no existen acciones de seguimiento de revisiones previas.

6. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión

6.1. La inclusión de la legislación aplicable a los aspectos ambientales, generará compromisos con proveedores de servicios para la aplicación de la normativa, afectando los controles de operación y cambios en la documentación.

6.2. La implementación del Modulo del Sistema de Gestión para el Control de Documentos, establece los canales de consulta de documentación por medio de claves de acceso con número de empleado, poniendo en riesgo la disponibilidad de la información al personal del proceso cuya relación laboral no está definida.

6.3. La vinculación operativa que se tiene con el Hospital Civil de Culiacán (HCC), para la determinación de residuos generados, el almacenamiento temporal, y disposición final de Residuos Peligrosos, implica para el Sistema de Gestión una dependencia en el aseguramiento del manejo integral de los residuos.

6.4. La integración de la Norma ISO 14001:2004 Sistema de Gestión Ambiental al Sistema de Gestión de la Calidad del proceso, implica el aumento de necesidades actuales y futuras de: recursos humanos, materiales, técnicos y financieros que podrían afectar la implementación y el seguimiento del Sistema de Gestión.

6.5. En el ámbito de las Unidades Académicas la reciente designación de nuevos Directores, así como los cambios continuos de los Coordinadores de Servicio Social y los de Coordinadores de Becas afectan a la Dirección General de Servicio Social y a la Secretaría Administrativa de Rectoría, ya que se tiene que impartir capacitaciones cuando se detecten dichos cambios.

6.6. Integrar el SASS (Sistema automatizado de Servicio Social) al SIIA, para mantener el vínculo de la información del usuario y sus actividades académicas. Así como, la actualización del módulo de Becas Estudiantiles para facilitar el proceso de captura, validación y ejecución para la emisión del apoyo económico.

7. Recomendaciones para la Mejora

Las recomendaciones para la mejora del SG en cada uno de los procesos, han sido manifiestas en la revisión por la dirección de cada proceso, las cuales se describen a continuación:

Proceso	Recomendaciones para la mejora
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	- Sería recomendable realizar una intensa difusión de la política de gestión que permita coadyuvar a su cumplimiento e incremento del alcance del sistema ambiental. - Se recomienda al proceso revisar la meta establecida de controlar el 20% de las corrientes residuales generadas en el área de residuos peligrosos CRETI y RPBI, para asegurar su comprensión y el debido seguimiento del desempeño.
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	- Sería recomendable realizar una intensa difusión de la política de gestión que permita coadyuvar a su cumplimiento e incremento del alcance del sistema ambiental. - Se recomienda al proceso revisar la meta establecida de controlar el 20% de las corrientes residuales generadas en el área de residuos peligrosos CRETI y RPBI, para asegurar su comprensión y el debido seguimiento del desempeño.
Asignación, Seguimiento y Liberación del Servicio Social	Se detecta que la carta de liberación de servicio social desde la impresión hasta su entrega al brigadista, es trasladada en repetidas ocasiones a las áreas que intervienen para cubrir los requisitos de firmas, generando con ello un riesgo constante por daño, robo o extravió, por lo anterior mencionado se recomienda implementar acciones que contribuyan a prevenir dichos riegos, repercutiendo en los tiempos de entrega al brigadista.
Solicitud y Prestación de Espacios Físicos	Se recomienda la incorporación del contrato de arrendamiento en los controles respectivos.
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria	Sería recomendable fortalecer los mecanismos de comunicación que den certeza que la información llegue al estudiante en tiempo y forma.

8. Resultados de la Revisión por la Dirección

A. Mejora Continua del SG y sus Procesos

En general los procesos señalan que impulsarán las gestiones en la perspectiva de mejorar los procesos a través de la adecuación de políticas, procedimientos, registros y la medición de sus objetivos para llevar un mejor control y evidencia de los mismos.

Se reforzará en el manejo de la documentación del SG y la Norma ISO 9001:2008, al personal. Así como la capacitación en la documentación específica del proceso para los Coordinadores de Servicio Social y Coordinadores de Becas de las UA por la continua rotación de los mismos.

B. Mejora del Producto con relación en los Requisitos del Cliente

Con la medición de los objetivos revisar, analizar y en su caso realizar los cambios o acciones que permitan mejorar los productos y servicios. Además se tomaran en cuenta las oportunidades de mejora observadas en la Auditoría Interna No. 16.

C. Identificación de Necesidades de Recursos

En general los procesos identifican la necesidad de equipos de mobiliario y accesorios de oficina. Sin embargo por la naturaleza de cada proceso algunos requieren cosas específicas las cuales se detallan a continuación:

Proceso	Recursos Humanos	Recursos Materiales	Recursos Financieros
Solicitud de Sangre, Hemocomponentes y Selección de Donadores	Revisión de la condición laboral (números de empleado).	• Almacén temporal de residuos peligrosos, adecuación de espacios como: salidas de emergencia. • Equipos: Autoclaves. • Material absorbente, señalamientos, contenedores adecuados para los tipos de residuos y sustancias peligrosas.	Licencias para uso de equipos sujetos a presión, servicios de análisis de agua, calibraciones de equipos, revisión de las instalaciones físicas, permisos y autorizaciones ante autoridades competentes.
Solicitud, Realización y Entrega de Resultados de Estudios Clínicos	Revisión de la condición laboral (números de empleado).	• Almacén temporal de residuos peligrosos, adecuación de espacios como: ventilación, salidas de emergencia. • Equipos: Autoclaves, campana extractora de gases, impresora y copiadora. • Material absorbente, señalamientos.	Licencias para uso de equipos sujetos a presión, servicios de análisis de agua, revisión de las instalaciones físicas, elaboración de planos, permisos y autorizaciones ante autoridades competentes.
Atención y Seguimiento de Solicitud de Beca a la Comunidad Estudiantil Universitaria		• Gestionar los recursos materiales necesarios para la realización del proceso. • Gestionar el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física.	Gestionar viáticos para desarrollar todas las actividades inherentes al proceso.

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.

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

La Política de Gestión se encuentra documentada, implementada y se mantiene en cumplimiento con las normas de referencia, proporciona el marco de referencia para los objetivos y metas establecidos; por lo cual al momento de la presente revisión no se presentan posibles cambios a la Política de Gestión, objetivos y metas del SG.

Atentamente

Dr. Juan Eulogio Guerra Liera
Rector