

Número de expediente de certificación: SA0001

I. Datos de la organización.

Nombre:	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA		
Dirección:	Blvd. Miguel Tamayo Espinoza de los Monteros Número 2358, Desarrollo Urbano Tres Ríos, C.P. 80020, Culiacán de Rosales, Sinaloa		
Representante del sistema:			
Nombre: Mtro. Omar Armando Beltrán Zazueta	Puesto: Representante del sistema		
E-mail: obeltranz@uas.edu.mx	Tel. 01-667-759-3879		

II. Información del servicio.

Datos de la auditoría			
Tipo de Auditoría:	Renovación		
Auditoría combinada:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Fecha de Auditoría:	15, 16 y 17 de enero de 2018	Tiempo real de auditoría:	5 días
Equipo Auditor			
1	Auditor Líder	Q. Enrique Angeles Cruz (EA)	
2	Auditor	Mtro. Mauricio Cárdenas Flores	
3	Experto Técnico	NA	
4	Otro	NA	

III. Objetivos de la auditoría.

1. Objetivos esperados.

- a) Determinar la conformidad del SGA de la organización, o parte de la conformidad, con los criterios de auditoría.
- b) Determinar la capacidad del SGA para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios, normativos y contractuales aplicables.
- c) Determinar la efectividad del SGA para asegurar que la organización puede, dentro de expectativas razonables, cumplir los objetivos especificados
- d) Identificar áreas potenciales de mejora para el sistema de gestión ambiental de la organización.

2. Confirmación del cumplimiento de los objetivos esperados:

- a) Durante el desarrollo de la auditoría se constata que la organización tiene implementado un Sistema de Gestión Ambiental conforme a los requisitos de la norma ISO 14001:2015.
- b) Pudimos también observar que la institución conoce los requisitos de carácter legal, regulatorios y normativos aplicables a sus procesos, y cuenta con los recursos humanos y de infraestructura para cumplirlos.

- c) De acuerdo con lo observado durante la auditoría se puede concluir que el Sistema de Gestión Ambiental es efectivo para alcanzar sus objetivos .
- d) Finalmente durante esta evaluación se pudieron identificar algunas áreas de oportunidad que de ser atendidas adecuadamente por la organización redundaran en la mejora del SGA.

IV. Criterios de auditoría:

NMX-SAA-14001-IMNC-2015 / ISO 14001:2015, requisitos legales, reglamentarios y el propio sistema de gestión de la organización.

V. Alcance de la auditoría:

Solicitud, realización y entrega de resultados de estudios clínicos. Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores.

VI. Alcance de la certificación.

1. Confirmación del alcance de la certificación.

Solicitud realización y entrega de resultados de estudios clínicos. Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores.

*La relevancia en la redacción y aceptación del alcance anterior se debe a que el mismo se considerará para la emisión de los documentos de certificación.

2. Alcance por sitio en el caso de multisitios.

Unidad Organizacional/Funcional	Ubicación	Procesos
Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS).	Eustaquio Buelna No 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030, Culiacán, Sinaloa.	Solicitud realización y entrega de resultados de estudios clínicos. Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores.
Unidad de Hematología y Banco de Sangre.	Eustaquio Buelna No 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030, Culiacán, Sinaloa.	Solicitud de sangre, hemocomponentes y selección de donadores.
Laboratorio de Análisis Clínicos.	Eustaquio Buelna No 91, Col. Gabriel Leyva, C.P. 80030, Culiacán, Sinaloa.	Solicitud realización y entrega de resultados de estudios clínicos.

VII. Seguimiento a auditorías previas

Eficacia de acciones tomadas para atender temas de preocupación / no conformidades anteriores:

Se tiene establecido un proceso de auditorías suficientemente robusto y confiable que asegura la correcta implementación de acciones correctivas; las no conformidades identificadas durante las auditorías anteriores fueron

atendidas adecuadamente, como se observó al revisar los registros que se conservan de estas en los sitios auditados.

VIII. Desarrollo de la auditoría

1. Cumplimiento del plan de auditoría:

En preparación para la realización de esta auditoría se elaboró un Plan de Evaluación, el cual fue aprobado por el representante de la institución. En este plan se establece que cada auditor evaluará una de las unidades funcionales y sus procesos contemplados en el alcance. Al Mtro. Mauricio Cárdenas se le asigna la evaluación de los procesos en el Laboratorio de análisis clínicos y al Q. Enrique Angeles los procesos del Banco de sangre. Durante el primer día, ambos integrantes del equipo auditor se ocuparon de la evaluación de los procesos Directivos y de planeación del Sistema de Gestión establecidos en el CIDOCS y en la UAS, respectivamente; El segundo día cada uno evaluó la Gestión de los procesos operativos respectivos y finalmente el tercer día ambos elaboraron el informe de auditoría que se presentó al representante de la dirección y se expuso durante la junta de cierre.

2. Cambios que afectaron el sistema de gestión ambiental del cliente desde la última auditoría:

Se implementaron cambios relacionados con la actualización de la norma a su versión 2015 para lo que la organización desarrollo un plan de transición mismo que fue evaluado y se encontró en cumplimiento.

3. Cambios que pueden afectar el programa de certificación:

No se identificaron cambios que pudieran afectar el programa de certificación.

4. Situaciones no resueltas en la auditoría:

Al término de la auditoría no quedaron situaciones sin resolver.

5. Información del cumplimiento de los procesos auditados:

Requisitos	PROCESOS / REGISTRO DE CUMPLIMIENTO.
PROCESOS DE DIRECCIÓN (Liderazgo, compromiso ambiental a través de la política, establecimiento de responsabilidad y autoridad, asignación de recursos y revisiones directivas)	
5.1, 5.2, 5.3, 7.1, 9.3	<p>DIRECCIÓN DEL CIDOCS</p> <p>Como parte del proceso de evaluación se entrevista al Dr. Carlos Fernando Corona Sapien quien ocupa este puesto desde marzo del año 2017 y explica como se realiza el proceso de planeación estratégica en la institución y mismo que involucra el plan de desarrollo institucional. Comenta que la UAS realiza anualmente la revisión de la información sobre las cuestiones externas e internas en la elaboración de los planes operativos anuales de las Unidades Organizacionales y se lleva a cabo un seguimiento trimestral.</p> <p>Con el fin de entender la estructura organizacional sus relaciones y funciones como parte del contexto, se presenta el manual general de organización y funciones de la UAS de fecha Julio de 2012, en este se observa la vinculación del CIDOCS desde la rectoría pasando por secretaría académica, dirección de investigación y posgrado y finalmente el Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud.</p> <p>También se muestra un manual de organización del propio CIDOCS con fecha de Revisión 00 de Enero de 2014 en el que se muestra la integración del Banco de Sangre y el Laboratorio de Análisis Clínicos.</p> <p>Se revisa el plan estratégico de consolidación global 2021. Se verifica la participación del Dr.</p>

	<p>Corona en las revisiones por la dirección. Se presentan los informes de revisión trimestral así como los concentrados que forman parte del registro anual.</p> <p>Como parte de los recursos con los que cuenta la institución para garantizar su funcionamiento incluyendo la implementación y el mantenimiento del sistema de gestión ambiental se comenta la generación de recursos propios por servicios de vinculación con la sociedad y la administración de recursos federales que son otorgados para estos fines.</p> <p>Se comenta acerca del conocimiento sobre ciclo de vida que se tiene en la organización mismo que permite desarrollar de manera adecuada una identificación de los aspectos e impactos ambientales.</p> <p>Se verifica el conocimiento y la participación de la dirección en el establecimiento y mantenimiento de la política del sistema de gestión en la que queda de manifiesto el control de los aspectos e impactos ambientales para proteger el medio ambiente cumpliendo con los requisitos legales y otros aplicables promoviendo el uso eficiente de los recursos.</p> <p>DIRECCION DEL SISTEMA DE GESTIÓN. De acuerdo con las declaraciones del Mtro. Omar Armando Beltrán Zazueta, Director del Sistema de Gestión y Gerardo Hiram Enciso Colaborador de la Dirección del Sistema; El liderazgo y compromiso se establece desde la Plan Institucional de desarrollo y de ahí la Dirección de calidad manifiesta su compromiso dentro de la misión y la visión descritas en los apartados I y VI del Plan de desarrollo estratégico de desarrollo de la Unidad de calidad. Se tiene establecida una política de gestión, que incluye básicamente tres aspectos: la razón de ser de la institución y sus intenciones en materia de calidad y en materia ambiental. La política, junto con la documentación del sistema, se encuentra disponible para su consulta en la plataforma del SG, habiendo notificado al personal a través del oficio de fecha 11 de enero de 2018. Se encuentra documentada en el apartado 5.2.1 del Manual de Gestión; ha sido difundida en las diferentes reuniones que se tienen con el personal involucrado, como la que se llevó a cabo el pasado 13 de enero. La revisión directiva se realiza de manera anual, La última se llevó a cabo el 18 y 19 de diciembre; se realizan de manera independiente en cada una de las áreas que contempla e alcance; banco de sangre y laboratorio de análisis clínicos; posteriormente la dirección del SG integra ambos resultados en el documento de la Revisión por la Dirección como la de fecha 20 de diciembre de 2017. En esta revisión considera todos los aspectos requeridos por la norma. Lo anterior se establece en el procedimiento para la Revisión por la dirección.</p>
--	--

PROCESOS RELACIONADOS CON LA PLANEACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
(Comprensión de la organización y su contexto incluyendo necesidades y expectativas de las partes interesadas, identificando los aspectos de actividades productos y servicios que pueden generar impactos ambientales)

<p>4.1, 4.2, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.2.1, 6.2.2</p>	<p>DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN. El Mtro. Omar Armando Beltrán Zazueta, Director del Sistema de Gestión; explica que el contexto se analiza dentro del plan institucional de desarrollo 2017-2021. Considera un nuevo concepto en el eje 7 "Universidad Sustentable". 7. 2 directrices de consolidar la sustentabilidad de la universidad a través de la gestión ambiental, y socialmente responsable. Con dos metas fundamentales: Mantener las certificaciones de Banco de Sangre y Laboratorio de análisis clínicos y buscar nuevas certificaciones en materia ambiental. Considerando todos los aspectos políticos, sociales y financieros que afectan a la institución.</p> <p>Desarrollando FODAS en todas las unidades organizacionales. Los planes operativos anuales, derivados y en línea con el plan institucional son revisados anualmente para su actualización. Lo anterior se establece en el apartado 4.1 del manual de gestión.</p> <p>Como partes interesadas en la UAS se han identificado: Clientes, Organismos reguladores en la educación, Personas de la organización, Proveedores, aliados y Sociedad; de aquí la Dirección del Sistema de Gestión identifica, al igual que en todas las unidades organizacionales, las partes interesadas específicas como son: Comunidad universitaria (autoridades Docentes, Administrativos y estudiantes, Gobierno federal, Sector empresarial, etc.)</p> <p>Derivados de la política de gestión se ha establecido en el Plan Institucional de desarrollo un objetivo medioambiental "Mejorar el alcance y el desempeño del sistema de gestión en materia</p>
--	---

ambiental"; de este se establecen 3 objetivos para el Banco de sangre y 3 más para el Laboratorio de análisis clínicos.

BANCO DE SANGRE

El Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz, Jefe de la sección de Banco de Sangre, nos informó que para determinar las acciones para abordar riesgos, se tiene en primer una identificación de los aspectos ambientales y sus impactos asociados a través de un análisis del ciclo de vida. Posteriormente se realiza una evaluación del índice de riesgo de dichos impactos que se registra en la Matriz de evaluación de Aspectos e impactos ambientales de fecha 30 de octubre de 2017; como se describe en el procedimiento para la identificación, evaluación y administración de aspectos ambientales, en su apartado 4. Así mismo el criterio para determinar la significancia de impacto ambiental se establece en el inciso 5 del mismo procedimiento (índices de riesgo mayor o iguales a 11).

De este análisis se identificaron dos aspectos que representan un riesgo de impacto significativo: La generación de Residuos peligrosos (CRETI) y la generación de RPBI.

Una vez identificados, se hace el Análisis y Oportunidades del 31 de octubre de 2017, donde una vez más son evaluados para determinar las acciones a tomar con cada uno; siendo las opciones el riesgo inaceptable, el indeseable, la aceptación del riesgo con revisión, y la aceptación sin revisión. De esta misma matriz una vez tomadas las acciones propuestas se hace una segunda evaluación de donde surgen las oportunidades. Este análisis se realiza de conformidad con lo establecido en la Guía para la elaboración de Matriz de Riesgos y oportunidades.

Los requisitos legales y regulatorios, están identificados en la Matriz de identificación de requisitos legales ambientales y otros requisitos, que contempla los aspectos ambientales identificados, la legislación aplicable, los artículos específicos, métodos de verificación/controles operacionales, y frecuencia de evaluación. Lo anterior conforme al procedimiento para la Identificación, evaluación y administración de aspectos ambientales.

En el proceso de selección de donadores, se identificaron como aspectos e impactos el desecho de lámparas, tóner, residuos urbanos, consumo de agua, uso de energía eléctrica.

Por otra parte en el proceso de solicitud de sangre y hemocomponentes, la QFB Ma. Cristina Guicho Samaniego, jefe de químicos, corrobora que los aspectos que se tienen identificados son la generación de RPBI y el uso racional del agua.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Se revisa con la Dra. Rosario Beltrán Ruiz y la Quim. Suzan Avila Acosta la matriz de riesgos y oportunidades donde se identifican 27, incluyendo derrames de RPBI, almacenamiento por más de 6 meses los residuos peligrosos, no contar con protocolos de actuación. También se revisa que se cuenta con una matriz de impacto ambiental misma que se generó después de realizar un análisis de ciclo de vida y con el fin de determinar la significancia se determina el índice de riesgo e impacto ambiental.

Se revisa la guía para elaborar la matriz de riesgos y oportunidades de fecha 5 de diciembre de 2017.

Se valida que los objetivos ambientales se establecieron tomando en cuenta los aspectos ambientales significativos, sus aspectos legales ambientales y otros requisitos asociados a través del documento objetivos y metas medioambientales considerando sus riesgos y oportunidades.

Se valida la identificación del cumplimiento y seguimiento de requisitos legales y reglamentarios a través de la matriz de identificación de requisitos legales ambientales y otros requisitos incluyendo Ley General de Equilibrio Ecológico y Protección al Ambiente, Ley General para la Prevención y Gestión Integral de Residuos, Ley Ambiental para el Desarrollo Sustentable en el Estado de Sinaloa, Ley de protección civil para el estado de Sinaloa, sus reglamentos relacionados y las normas correspondientes identificadas como parte de los aspectos ambientales.

PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL
 (Sistema de gestión y sus procesos, entendimiento de la organización. Definición desarrollo y control de la información documentada)

<p>4.4, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3</p>	<p>BANCO DE SANGRE El alcance del sistema de gestión ambiental en esta área es: Selección de donadores, donación, análisis, donación, conservación y entrega de los hemocomponentes; de acuerdo con las declaraciones Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz, Jefe de la sección de Banco de Sangre. El SGA en banco de sangre, establece tres objetivos que constituyen los indicadores de desempeño de la unidad; Reducir la generación de residuos peligrosos, Mantener los registros de la generación de RBI, Reducir el consumo de agua. Mantiene una relación directa con el CIDOCS y a su vez con el Hospital Civil de Culiacán, con el Hospital es una relación cliente –proveedor; ya que el banco proporciona los hemocomponentes al hospital y el hospital proporciona los servicios de almacenamiento de RPBI y su disposición final. La información documentada del Banco de sangre, se lleva a cabo conforme al procedimiento para el control de la Información documentada. El cual contempla la información interna y externa, el mantenimiento y conservación de la información documentada. Se tiene una relación de la información documentada de origen externo a mantener que incluye normas (NOM y NMX), regulaciones, leyes También se mostró la relación de información documentada a conservar donde se incluyen los registros que se van generando al ejecutar el procedimiento establecidos en la plataforma electrónica del SG.</p> <p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS El alcance definido e identificado para el sistema de gestión ambiental incluye la solicitud, realización y entrega de resultados se estudios clínicos. En el laboratorio la Q. Susan Ávila Acosta es la responsable del sistema de gestión quien es responsable de ser el vinculo con la DSGC para mantener actualizada la documentación necesaria como parte de la auditoría se verificó la elaboración, actualización de los siguientes documentos entre otros: Manejo integral de sustancias químicas peligrosas versión 3, Residuos sólidos urbanos y manejo especial versión 5, Plan de contingencias en su versión 4, Manejo integral de residuos peligrosos 7 Manual de buenas prácticas de sustentabilidad en oficinas versión 1. Se tiene acceso al módulo electrónico del Sistema de Gestión donde se encuentran actualizados todos los documentos que fueron solicitados. Se verifica el procedimiento para el control de información documentada para mantener y controlar los documentos.</p>
<p>PROCESOS DE MEJORA Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN AMBIENTAL (Seguimiento y evaluación del sistema de gestión ambiental a través de auditorías internas, acciones correctivas preventivas con el fin de mejorar el desempeño ambiental.)</p>	
<p>9.2.1, 9.2.2, 10.1, 10.2, 10.3</p>	<p>DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN La Mtra. Rosa María Guevara, auditora lider, comenta que, de acuerdo con el procedimiento para Auditorías Internas, se cuenta con un Programa Anual de Auditorías Internas. El cual considera una auditoría anual en materia ambiental. La última se realizó 14 y 15 de diciembre, cuyo alcance cubrió tanto el Baco de Sangre como el Laboratorio de análisis clínicos, para la cual se preparó el plan de auditoría correspondiente; Durante esta auditoría se identificaron 5 no conformidades, 0 observaciones y 0 oportunidades de mejora. Todas las no conformidades están en proceso de atención y se mantienen abiertas, según consta en el Informe de la Auditoría interna No. 23.</p> <p>BANCO DE SANGRE El Dr. Miguel Ángel Valdez Cruz, Jefe de la sección de Banco de Sangre, explicó que durante la auditoría interna realizada el 14 y 15 de diciembre de 2017, se identificaron 3 no conformidades a banco de sangre: Folio 041217. Contra el requisito 6.2.1 por falta de actualización y seguimiento a los objetivos ambientales. Por medio de la lluvia de ideas se determinó que la causa raíz fue el exceso de trabajo del personal operativo y los responsables del proceso. Como corrección se plantea la determinación de los objetivos ambientales, la medición trimestral de los indicadores de desempeño y como acción correctiva el buscar el apoyo de las áreas administrativas del Hospital Civil de Culiacán en la consecución de sus objetivos. Como fecha de cierre se propone 2 de abril de 2018.</p>

	<p>Folio 051217. Requisito 8.1. por falta de presentación ante las autoridad competente del Plan de manejo de residuos de manejo especial; la falta de bitácoras de entradas y salidas al almacén de RP's (CRETI); y la incongruencia entre las cantidades reportadas en el concentrado del almacén y los de las Bitácoras de entradas y salidas de RPBI. Como causa raíz se plantea la falta de supervisión; como acciones correctivas se proponen una reunión con el personal del Hospital Civil para determinar responsabilidades y funciones y modificar el procedimiento de recolección de residuos. Fecha de cierre 01/02/2018.</p> <p>Folio 061717. Requisito 10.2. por la omisión de la respuesta de las acciones correctivas de la auditoría interna de 2016. Como causa raíz de las 4 solicitudes no atendidas se plantea el hecho de que se presentaron en espera de la transición de la norma. Actualmente están respondidas las no conformidades y actualizada toda la documentación a que hacen alusión las no conformidades de 2016. Esta no conformidad ya está cerrada.</p> <p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Se observa la identificación de dos no conformidades a los requisitos 6.2.1 y 8.1 como parte de la última auditoría realizada al laboratorio. Los mecanismos utilizados para la identificación de causa raíz y establecimiento de acciones correctivas demuestran efectividad en el seguimiento y ejecución para la mejora continua. En el caso de la última no conformidad, se observa que ya se presentó el plan de manejo de residuos de manejo especial a la autoridad correspondiente con fecha 19 de diciembre de 2017.</p>
<p>PROCESOS RELACIONADOS CON EL PERSONAL (Competencia toma de conciencia y formación de las personas relacionada con los aspectos ambientales identificados por la organización y el sistema de gestión implementado)</p>	
<p>7.2, 7.3</p>	<p>BANCO DE SANGRE La autoridad del personal del área se establece en las descripciones de puesto, de acuerdo con la declaración Dr. Jesus Emanuel Medina Coral, Jefe de la Unidad de Hematología y Banco de Sangre. Dentro de las descripciones también se define la competencia que deben tener los titulares; en base a su educación, formación, conocimientos y experiencia: como se pudo comprobar al revisar los perfiles del Químico Farmacobiólogo, el Jefe de trabajo social, Químico jefe de laboratorio de banco de sangre, el jefe de la sección de banco de sangre. Para mantener esta competencia se tiene establecido un programa anual de capacitación que contempla la asistencia del personal de Banco de sangre a diferentes congresos y diplomados. Para 2017 se programaron 4 congresos y un diplomado, el programa se cumplió al 100% como se puede comprobar con las constancias de participación como las del Dr Jesús Manuel Medina por su anticipación en el LVIII Congreso Nacional de la Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología; la participación del Dr. Miguel Ángel Valdez al XV Congreso de la Asociación Mexicana de Medicina Transfuncional.</p> <p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Se revisan los registros de capacitación relacionadas con las brigadas de protección civil en las que se observa que para el caso de búsqueda y rescate participaron: Alan Ulises Cotera, Leticia Arce Gutiérrez, Rosa Elena Jacobo Ledesma y Suzan Ávila Acosta. Para la brigada contra incendio se capacitó a Alma Lizeth Galindo Espinoza, Christian Hazael Pérez Beltrán, Rosario Beltrán Ruíz e Isabel Marlene Castro Beltrán. Para primeros Auxilios Adriana Emérita Bojorquez y Karina Aguirre Gálvez. Se observa la existencia de actividades de capacitación programadas en las que se pretende fortalecer el conocimiento y la actualización del Sistema de Gestión Ambiental. Particularmente se observa la intención de capacitar al personal sobre el manual de buenas prácticas de sustentabilidad en oficinas.</p>
<p>PROCESOS DE COMUNICACIÓN (Comunicaciones internas o externas pertinentes al sistema de gestión ambiental)</p>	
<p>7.4.1, 7.4.2, 7.4.3</p>	<p>BANCO DE SANGRE Se tiene implementada una Cédula de comunicación, que contempla ¿qué, quien, cuando, a quién, y cómo? comunicar. Incluye a todas las partes involucradas, contemplando aspectos tales como la política de calidad, las responsabilidades y autoridades, requisitos legales, entre otras. Como medio de difusión se utiliza la plataforma electrónica de la Dirección del sistema de gestión de la calidad así como en la propia plataforma del Sistema de Gestión.</p>

	<p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS</p> <p>Se observa que los mecanismos de comunicación con el personal que realiza actividades en las instalaciones del laboratorio de análisis clínicos es eficiente, la identificación de la comunicación ambiental con las partes interesadas relacionadas se identifica de manera correcta. Particularmente en el caso del Laboratorio se tiene una participación de aproximadamente 32 estudiantes que realizan su servicio social anualmente en dichas instalaciones a los que también se le dan a conocer los aspectos e impactos ambientales relacionados con las actividades que realizan.</p>
<p>PROCESOS RELACIONADOS CON EL CONTROL OPERACIONAL Y EL DESEMPEÑO AMBIENTAL (Verificación del cumplimiento con las acciones y objetivos establecidos a través de la ejecución y el monitoreo de procesos controlados por personal competente)</p>	
<p>6.1.4, 6.2.2, 7.2, 7.3, 8.1, 9.1.1, 9.1.2</p>	<p>BANCO DE SANGRE</p> <p>Entrevistando a QFB Ma. Cristina Guicho Samaniego, jefe de químicos del Banco de sangre, nos informó que para la extracción de la muestra el personal porta equipo de seguridad como guante, cubre bocas, la muestra se toma y se desechan en contenedores especialmente destinados para este propósito. Diariamente son recolectados por el Sr. Juan Carlos Valdez López del departamento de intendencia, quien los traslada hacia el almacén de residuos peligrosos y al almacén de RPBI según corresponda.</p> <p>Los indicadores de desempeño del Banco de sangre se miden de manera trimestral, es el consumo de agua; el cual se está evaluando trimestralmente, como se observó en los informes del Cálculo de indicadores de desempeño ambiental y de evidencia de aspectos ambientales significativos correspondientes al trimestre de octubre-diciembre de 2017.</p> <p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS</p> <p>La identificación de aspectos e impactos ambientales así como el ciclo de vida fue validado en la práctica a través de la entrevista realizada al Q. Jorge Inzunza quien demostró completo conocimiento de las actividades que realiza y sus impactos vinculados con actividades de serología que incluyen entre otros análisis que se pueden realizar los relacionados con hemoglobina, gasometría, HIV entre otros.</p> <p>Se revisa oficio de JAPAC GG/GO P003/18 de enero de 2018 en el que se hace constar que con fecha 6 de junio de 2017 y 12 de enero de 2018 se reciben resultados de análisis de descargas.</p> <p>Se revisa el permiso JAPAC No. GOP006 del expediente 013/15 en el que se establecen condiciones específicas para el permiso de descarga. Se valida la existencia de los análisis de laboratorio realizados por el Laboratorio Análisis Industriales.</p> <p>Se presenta bitácora mensual de consumo de energía eléctrica de enero a diciembre 2017. Se valida la existencia de los programas de mantenimiento a instalaciones eléctricas con seguimiento semanal, mensual y anual con registros que se llenan correctamente.</p> <p>Se observa la existencia de 3 refrigeradores mismos que han identificado el gas refrigerante y sus condiciones para evitar posibles impactos ambientales.</p> <p>Se revisa el plan de manejo de residuos de manejo especial del Hospital Civil de Culiacán en el que se identifica que genera más de 10 toneladas de este tipo de residuos. El Plan anteriormente mencionado fue recibido el 19 de diciembre de 2017.</p> <p>Se revisa la Cédula de Operación Anual del ejercicio 2017 donde se identifica el número de registro generador 25PMG-I-1519-2014 donde se reportan únicamente residuos peligrosos biológico infecciosos: cepas y cultivos, Sangre en estado acuoso, Biológicos no anatómicos y patológicos. Se observó que el proveedor contratado para la disposición final es Comercializadora Ecológica de Occidente.</p>
<p>PROCESOS RELACIONADOS CON SITUACIONES DE EMERGENCIA (Preparación, respuesta y seguimiento de actividades relacionadas con situaciones reales o potenciales de emergencia tomando en cuenta su impacto ambiental potencial).</p>	
<p>7.2, 7.3, 8.2, 9.1.1,</p>	<p>BANCO DE SANGRE</p> <p>La Ma. Cristina Guicho Samaniego, jefe de químicos del Banco de sangre, nos informa que se cuenta con un Plan de contingencias para responder en caso de situaciones de emergencia; contempla riegos geológicos, hidrometeorológicos, químicos, sanitarios, y socio organizativos.</p>

9.1.2	<p>Como acciones propuestas se plantean programas de verificación e inspección y mantenimiento a los equipos de seguridad. Se verifican de acuerdo al Programa de Administración ambiental de manera permanente.</p> <p>LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Se revisa oficio IEPC/4477/2017 en el que se valida por la autoridad que el 26 de diciembre de 2017 ya se cuenta con el programa interno de protección civil. Se presenta evidencia de la realización de un simulacro de derrames realizado en el año 2017 de la misma forma se presenta la programación para realizar los simulacros correspondientes a evacuación e incendio durante junio de 2018. Se valida el conocimiento relacionado con la preparación y respuesta ante emergencias a través de las entrevistas realizadas con Rosa Jacobo brigadista de primeros auxilios.</p>
--------------	---

6. Uso de logotipos de certificación:

No se observo que la institución esté utilizando el logo de certificación de ninguna forma o en ningún medio de comunicación.

7. Hallazgos de auditoría.

a. Aspectos destacables:

- Dentro del Banco de sangre destaca el involucramiento y compromiso con el Sistema de Gestión Ambiental de la sección de Banco de Sangre, durante las entrevistas demostró pleno conocimiento del estado que guarda el sistema dentro de esta área.
- El personal del laboratorio de análisis clínicos demostró conocimientos técnicos y buena disposición como parte del proceso de evaluación.
- Como parte del proceso de revisión por la dirección se pudo constatar la capacidad de gestión del Dr. Corona para gestionar recursos económicos pero sobre todo humanos para garantizar la continuidad del sistema de gestión ambiental implementado.

b. Oportunidades de mejora:

- Sería conveniente que se considere el establecer de manera explícita la frecuencia de las auditorías internas, ya que actualmente se llevan a cabo una vez al año, pero no resulta clara esta frecuencia ni en el manual de gestión, ni tampoco en el procedimiento de auditorías internas.
- Durante la entrevista con el Director del CIDOCS se comenta que la certificación ambiental con la que contaba el Hospital Civil de Culiacán con quien comparten espacios físicos se perdió, sin embargo no se cuenta con mayor información sobre los motivos o las oportunidades en las que incluso se podrían considerar como corresponsables las áreas del Centro de Investigación y Docencia. Debido a lo anterior sería relevante mejorar la comunicación y el manejo de información con una parte interesada tan sensible como lo es el HCC.
- Es conveniente que se cuente con contenedores para residuos peligrosos diferentes a los biológico infecciosos en las áreas generadoras ya que al menos en el laboratorio de análisis clínicos no se observó que se contara con ellos.
- Como parte de la auditoría se pudo observar que es mejorable el conocimiento que tiene el encargado del manejo de residuos sobre el documento en el cual se establece su actividad.
- La calibración de las básculas que se utilizan para pesar los residuos peligrosos será relevante con el fin de disponer cantidades exactas.
- La revisión de los planos que son generados por áreas distintas es importante que sean revisados

antes de integrarse al sistema con el fin de validar su adecuación y evitar situaciones como la observada en el levantamiento de instalaciones sanitarias del Laboratorio de análisis Clínicos elaborado por la Arq. Ma. Claudia López Serrano el 30 de noviembre de 2017 en el que no se observan las descargas de un lavamanos y una tarja ubicados en toma de muestras de sangre y campo obscuro.

- Durante la evaluación se identificó la baja de los siguientes equipos del laboratorio de análisis clínicos DACL 7000 y BC3200 será importante se conserve la evidencia completa para validar su disposición final.
- Al entrevistar a Luis Manuel Carrillo Vega encargado de manejo integral de residuos y fumigación se pudo observar falta de seguridad en el manejo de la información que genera sobre residuos peligrosos CRETI por lo que valdría la pena reforzar su competencia en este tema.

c. Resumen de No conformidades:

	Total	Requisitos afectados
No Conformidades mayores	0	NA
No Conformidades menores	1	4

Nota: El detalle de las No conformidades se localiza en la sección "No conformidades" del informe.

8. Declaración de la conformidad y eficacia del Sistema de Gestión.

Opción 1. Considerando la evidencia respecto de la capacidad del sistema para cumplir con los requisitos y salidas esperadas se valida la eficacia del sistema de gestión misma que se demuestra a través de los indicadores de desempeño, observando cómo relevantes los siguientes:

- Reducción en la generación de residuos peligrosos
- Reducción en el consumo de agua
- Reducción en el consumo de energía eléctrica
- Mantenimiento de registros en bitácoras de residuos peligrosos (RPBI y CRETI), coincidentes con registro en Manifiestos de pesaje total mensual.

El desempeño de los procesos del sistema de gestión incluyendo la auditoría interna y la revisión por la dirección, se encuentra en la evidencia de cumplimiento en el punto 5.

9. Recomendación del equipo auditor:

- No se detectaron No Conformidades**, por lo tanto, se valida la conformidad del sistema sin necesidad de presentar acciones correctivas. Se recomienda la continuación del proceso de certificación o mantenimiento del certificado.
- Se detectaron No Conformidades cuya evidencia de cumplimiento puede ser validada de forma documental**, es necesario que la organización realice acciones correctivas que eliminen las no conformidades y la causa de las no conformidades presentadas; enviando evidencia de la

implementación y su efectividad en un lapso no mayor a **45 días naturales**.

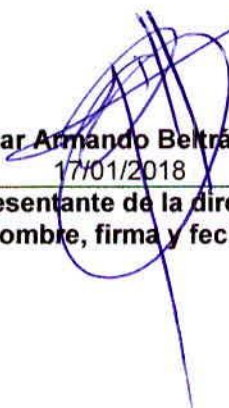
En caso de que en una primera presentación de acciones éstas no se encuentren en cumplimiento, la organización tendrá una segunda oportunidad de presentarlas siempre y cuando no se exceda el plazo antes mencionado. Se recomendará la continuación del proceso de certificación que puede incluir emisión o mantenimiento de la certificación una vez que se haya presentado y evaluado de manera positiva las acciones correctivas.

- Se detectaron No Conformidades cuya implementación solamente puede ser validada en sitio**, por lo que es necesario programar una re-auditoría para verificar la efectividad de las acciones tomadas por la organización. El tiempo máximo para recibir la re-auditoría es de **45 días naturales**. Una vez que se hayan presentado y evaluado en sitio de manera positiva las acciones correctivas, se recomendará la continuación del proceso de emisión o mantenimiento de la certificación. En caso de que en la visita en sitio no se presente evidencia suficiente, se procederá a la cancelación del servicio o a la continuación del proceso que puede resultar en la cancelación de la certificación según aplique.

Como Representante de la organización, **ACEPTO** los resultados de la auditoría.

Como Representante de la organización, **NO ACEPTO** los resultados de la auditoría y me comprometo a ingresar la justificación técnica correspondiente en un periodo no mayor a 5 días hábiles.


Q. Enrique Angeles Cruz
17/01/2018
Auditor Líder
Nombre, firma y fecha


Mtro. Omar Armando Beltrán Zazueta
17/01/2018
Representante de la dirección
Nombre, firma y fecha

NO CONFORMIDADES

No Conformidad No.	1	No. de Requisito:	4
Tipo de NC	Mayor <input type="checkbox"/>	Menor	<input checked="" type="checkbox"/>
Descripción:	<p><i>La norma ISO 14001:2015 establece que la organización debe considerar cuestiones externas e internas para su propósito, determinando las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión ambiental; tomando en cuenta los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión para establecer su alcance considerando las funciones, límites físicos, su autoridad y capacidad para ejercer control e influencia.</i> Durante la auditoría se mencionó que la institución realiza una planeación estratégica por periodos rectorales a través del PDI, mismo que se ve reflejado en el plan estratégico de desarrollo por un periodo de cuatro años y que deberá de tener un seguimiento a través del programa operativo anual. Lo que se menciona anteriormente no fue claro en el caso del CIDOCS y por lo tanto no se alcanza a identificar su integración y/o afectación para el banco de sangre y el laboratorio de análisis clínicos, por otra parte la interacción con el hospital civil de Culiacán no se observa como parte del análisis.</p>		

Agregar las tablas que sean necesarias de acuerdo al número No conformidades detectadas.

Información importante

- a. Categorización de hallazgos.
- **No conformidad Mayor:** Es cuando se presenta una condición que afecta a la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos; o cuando existe una duda significativa de que se haya implementado un control eficaz de proceso, o de que los productos/servicios cumplan los requisitos especificados. Tres no conformidades menores asociadas al mismo requisito o cuestión que demuestren una desviación sistemática constituyen una no conformidad mayor.
 - **No conformidad Menor:** Es cuando se presenta una condición que no afecta a la capacidad del sistema de gestión para lograr los resultados previstos.
 - **Oportunidad de Mejora:** Es una apreciación que basada en la competencia técnica y la experiencia del auditor podría redundar en oportunidades para fortalecer los procesos y/o el sistema de gestión.
- b. La organización debe enviar los registros en los que aplicó **el método de solución de problemas, las correcciones, acciones correctivas y la evidencia** que soporta la implementación de dichas acciones, indicando el número de no conformidad asignado por el organismo. El envío será por medios electrónicos a la dirección de correo: programacion@accm.com.mx.
- c. El organismo se compromete a que todos estos datos y cualquier otra información derivada de la presente auditoría y de otras actividades relacionadas con la certificación son tratados con absoluta **confidencialidad** salvo autorización escrita expresa por la organización auditada. En caso de que la auditoría haya sido observada por personal de un organismo de acreditación, una copia del informe, será proporcionada salvaguardando la confidencialidad a través de los acuerdos firmados con dichos organismos.
- d. La organización puede presentar **quejas** relacionadas con el proceso de evaluación. Así mismo, tiene el derecho de **apelar** la decisión tomada por el Auditor Líder o el Certificador relacionadas con la certificación.
- e. La auditoría se ha realizado siguiendo **técnicas de muestreo** por lo que no se garantiza que no existan desviaciones distintas a las que se identificaron en el proceso de evaluación y que podrían aparecer en futuras auditorías.
- f. Cuando la organización no presente evidencias que sustenten **el cierre de no conformidades** en un tiempo de **45 días naturales**, se procederá conforme al procedimiento correspondiente para suspender o cancelar la certificación.
- g. La primera auditoría de **seguimiento** debe realizarse a más tardar 12 meses posteriores a la fecha de toma de decisión de la certificación inicial.
- h. En caso de requerir una prórroga para el cierre de no conformidades en el tiempo establecido o para la realización de auditorías de seguimiento, ésta se podrá otorgar por única ocasión, por un periodo similar, previa solicitud por escrito en carta formal de la organización dirigida a la Gerencia de Sistemas de Gestión.
- i. Es facultad del organismo de certificación realizar **Auditorías Especiales (con notificación a corto plazo)**, a una certificación ya otorgada, derivada de **quejas de clientes o solicitud de autoridades**.
- j. La organización certificada que no permita la realización de auditorías de seguimiento con notificación a corto plazo, de acuerdo al periodo requerido, será **suspendida** del proceso de certificación.

- k. El Certificador es el responsable de **valorar y dictaminar** el otorgamiento, rechazo, mantenimiento, suspensión, restauración, cancelación o renovación de la certificación.
- l. Los informes de auditoría son propiedad del organismo de certificación.