

C SECRETARIA DE SALUD/COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Informe de Auditoría

Nº EXPEDIENTE: **2007/1099/ER/01**

Nº INFORME: **04**

TIPO DE AUDITORÍA: **2º Seguimiento**

NORMA DE APLICACIÓN: **UNE-EN ISO 9001:2008**

Requiere envío de PAC a AENOR: SI NO

Fecha de realización de la Auditoría: **2012/12/10-11-17**

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

1. DATOS GENERALES

A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

Nombre de la Organización	SECRETARIA DE SALUD/ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
Dirección	MITLA No. 250 PISO 7, COL. VERTIZ NARVARTE, DEL. BENITO JUÁREZ, CP. 3020, MÉXICO D.F.
Representante de la Organización (nombre y cargo)	HÉCTOR ROBLEDO GALVÁN DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD E INFORMATICA

B. EQUIPO AUDITOR

Función	Nombre	Iniciales
Auditor Jefe	D. Héctor ALPIZAR ARANDA (2)	HAA
Auditor		
Auditor		
EXPERTO		

C. MODIFICACIONES SOBRE EL ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN, SI PROCEDE

--

D. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

Los objetivos de la auditoría son: determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada con los criterios de auditoría, evaluar su capacidad para cumplir con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables, así como evaluar su eficacia para cumplir los objetivos especificados y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.

(Si procede, añadir objetivos específicos de la presente auditoría)

Se Indicará en el resumen de auditoría si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...)

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	____/____/____ Nº DE INFORME:	____/____/____ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

2. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA

Cambios significativos del sistema con respecto a la anterior visita:

N/A

Conclusiones sobre el cumplimiento de los objetivos de la auditoría y la eficacia del sistema de gestión.

Se ha realizado Auditoría de Seguimiento 2 al sistema de gestión de la Organización **SECRETARÍA DE SALUD/ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO** de acuerdo con la norma ISO 9001:2008 / UNE EN ISO 9001:2008 (en adelante norma de referencia). Se concluye en base a la evidencia proporcionada y para la muestra seleccionada, un sistema implementado, eficaz y con un enfoque a la mejora continua, y el cumplimiento de los requisitos Propios de la organización. Así como los Legales y reglamentarios asociados.

La eficacia del sistema se mantiene y, como resultado de la auditoría, no se ha encontrado No Conformidad de para la cual, la organización no deberá presentar plan de acciones correctivas

No obstante se dejan a continuación algunas observaciones cuya resolución se comprobará en la próxima auditoría. También se dejan indicados algunos aspectos que, a juicio del equipo auditor, se consideran como puntos fuertes así como algunos aspectos de mejora en donde se invita a la organización a reflexionar sobre los mismos en cuanto a su futura implantación en el sistema de gestión

Puntos fuertes:

1. El compromiso de la alta Dirección en la implantación del Sistema de Gestión de Calidad estableciendo planes de en la mejora para favorecer la trazabilidad, entendimiento y fortalecimiento del personal de la CONAMED
2. Seguimiento y medición en la gestión de procesos con objetivos, metas claras y que incluyen además la eficacia en la Mejora.
Ejemplo: Dirección de orientación y Gestión (del 97% al 99.8 %)cobertura de capacitación (del 95% al 100 %) , Capacidad Conciliatoria (del 62 % al 65.9 %), entre otros así como la gestión aplicada en las diferentes procesos sustantivos durante la presente auditoría (arbitraje, conciliación)
3. Cambios en el manual de calidad. se incorporaron vínculos relacionados con aspectos legales y reglamentarios con base en el diario oficial de la federación.
4. La gran apertura mostrada durante la auditoria en los diferentes procesos, con respecto a la trazabilidad documental de su Sistema de Gestión de Calidad y evidenciada por los responsables de cada proceso auditado.
5. Con lo que se refiere en la comunicación interna, se observa eficaz a todos los niveles de la organización desde las políticas y directrices de la alta dirección hasta nivel operativo.

Oportunidades de mejora:

1. Continuar con la difusión del sistema de calidad en este ejercicio de cambios que esta efectuado la organización para establecer la mejora del sistema en la maduración
2. Continuar con la mejora continua analizando la ISO 9004 :2009
3. Se observa utilizar la norma ISO 10005 como referencia para la revisión de sus Planes de Calidad

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

4. Se observa que en los planes de mejora para el sistema, se de acceso a los dueños de proceso para su seguimiento del resultado de la gestión.

Observaciones:

1. Se observo en el Proceso de Comunicación que el objetivo establecido se analice, con la visión del enfoque evidenciado durante la presente auditoria y no reste la eficacia de su alcance. Con respecto a lo legal y reglamentario (posición en la sociedad y grupos específicos)
2. En las Revisiones por la Dirección y de auditorías internas observar se determine una conclusión global donde se observe la razón de su sistema de gestión y los resultados de implementación
3. Se observo que la documentación para la evaluación de la formación se complemente para evidenciar la eficacia de su capacitación en la determinación de necesidades
4. En Calidad Informática se observa que para cada servicio prestado se identifique sus requisitos y características, en cada auditoria y no limite la eficacia objetiva en los resultados programados
5. Se documental acciones y proyectos en los procesos, donde convendría establecer una matriz que identifique en una sola evidencia los resultados y comportamiento de su eficacia
6. Establecer niveles de servicio y métodos de comparación contra la percepción medida a través de las encuestas de forma que permita ajustar las metas y objetivos.

Listado de documentos del SGC

Se adjuntan al presente informe los siguientes documentos:

Obligatorios en todos los Sistemas:

- Matriz de actividades de auditoría.
- Listado de emplazamientos fijos y/o temporales
- Listado de participantes
- Hoja de Datos (no procede en GFS)
- Listado de documentos en vigor

No Obligatorios en todos los Sistemas:

- Listado de legislación aplicable
- Listado de proyectos (obligatorio en I+D+i)
- Listado de proyectos obras y/o servicios (en 9001/14001)
- Resumen requisitos verificación medioambiental (EMAS)
- Otros:

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	_/_/_/_/_ Nº DE INFORME:	_/_/_/_/_ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

3. CUADRO DE NO CONFORMIDADES

Ref. N. C.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Apdo. Norma	Categoría N. C.
---	-----	---	---	---

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.


EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN


EL EQUIPO AUDITOR

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

ANEXO 1B - MATRIZ ACTIVIDADES DE AUDITORÍA

UNE-EN ISO 9001:2008				4.1	4.2	5 (5.1 a 5.6)	6.1	6.2	6.3	6.4	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5 (7.5.1 a 7.5.5)	7.6	8.1	8.2.1	8.2.2	8.2.3	8.2.4	8.3	8.4	8.5 (8.5.1, 8.5.2 y 8.5.3)			
DIA	CENTRO	HORA	AUDITOR	PROCESO/ DEPARTAMENTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD	Requisitos generales	Requisitos de la documentación	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	Provisión de recursos	Recursos Humanos	Infraestructura	Ambiente de trabajo	Planificación de la realización del producto	Procesos relacionados con el cliente	Diseño y desarrollo	Compras	Producción y prestación del	Control de los equipos de seguimiento y	Generalidades	Satisfacción del cliente	Auditoría Interna	Seguimiento y medición de los procesos	Seguimiento y medición del producto	Control, del producto no conforme	Análisis de datos	Mejora Continua. Acción correctiva. Acción Preventiva		
				Reunión inicial																							
1		9:00-9:30	HAA																								
1	1	9:30-11:00	HAA	Responsabilidades de la dirección/ gestión de recursos	X		X	X											X	X							
1	1	11:00-12:30	HAA	Auditorías internas seguimiento y medición		X														X	X	X	X	X	X	X	
1	1	12:30-15:00	HAA	Requisitos relacionados con el servicio / comunicación social	X								X						X				X				
1	1	15:00-17:30	HAA	Calidad informática	X						X																
2	1	9:00-9:30	HAA	Finanzas/recursos materiales		X	X							n/a	X		n/a										
2	1	9:30-11:00	HAA	y recursos humanos					X																		
2	1	11:00-12:30	HAA	Adquisiciones		X									X				X								
2	1	12:30-15:00	HAA	infraestructura						X																	
2	1	15:00-17:30	HAA	Servicios de orientación		X													X	X							
3	1	9:00-10:30	HAA	Conciliación								X			X				X		X	X	X	X	X	X	
3	1	10:30-12:00	HAA	Arbitraje								X			X				X		X	X	X	X	X	X	
3	1	12:00-14:00	HAA	Servicios de investigación								X			X				X		X	X	X	X	X	X	
3	1	15:00-16:00	HAA	Elaboración del informe de auditoria por el equipo auditor																							
3	1	15:00-16:00	HAA	Reunión final																							

Nombre y Apellidos
Auditor Jefe

2007/1099/ER/01 Nº DE INFORME: 4	___/___/___ Nº DE INFORME:	___/___/___ Nº DE INFORME:
-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

4. DISPOSICIONES FINALES


- Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.
- Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a AENOR en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*.
- Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a AENOR la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de AENOR: **declaran no tener intención de apelar**
- Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría: **se presentan planes de continuidad de la No Conformidad donde se evidencia el cierre y la implementación de su mejora**
- El equipo auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe.
- Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.
- Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.
- Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	2ª QUINCENA DE MARZO 2014
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I Fase II)</i>	2014/06/08

- Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):
- Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.
- Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENOR durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.
- Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **Héctor Alpizar Aranda**

En México D.F. a 17 de Diciembre de 2012


El Representante de la Organización


El Equipo Auditor

2007/1099/ER/01 N° DE INFORME: 4	____/____/____ N° DE INFORME:	____/____/____ N° DE INFORME:
-------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

ANEXO CENTROS VISITADOS

DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)
CENTRO 1: OFICINAS DE la SECRETARIA DE SALUD/ COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO
DIRECCIÓN: MITLA No. 250 PISO 7, COL. VERTIZ NARVARTE, DEL. BENITO JUÁREZ, CP. 3020, MÉXICO D.F.