


**INFORME DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA INTERNA ANUAL 2013**
**PROCESO CLAVE**
**PC 05. GESTIÓN INTEGRADA DE LOS RECURSOS HUMANOS**
**FECHA DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:**

20/01/2014

**AUDITORES :**

- Jesús Díaz Ortiz. Auditor jefe **coordinador** de la auditoría del proceso.
- Alejandro Castillo López. Auditor.
- Antonio Martínez Olea. Auditor jefe.
- María del Rosario Ramos Díaz. Auditora jefe.
- Manuel Aranda Fontecha. Auditor jefe.
- Natividad Paredes Quesada. Auditora.

**RESPONSABLES DE UNIDAD:**

- Pedro Jesús Serrano Pérez. Jefe del Servicio de Personal y Organización Docente.
- Jacinto Cantero Jiménez. Técnico del **Servicio de Prevención**.
- Carmen Rosario Mesa Barrionuevo. Técnica del Servicio de Prevención.

**INFORME EJECUTIVO DE RESULTADOS DE AUDITORÍA**
**1. VERIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES/ACCIONES CORRECTIVAS.**

- No están pendientes de verificación no conformidades en este proceso.

**2. GESTIÓN DE LOS PROCESOS.**

- No se han registrado incidencias en las actividades de auditoría realizadas sobre la gestión del proceso, registros asociados y prestación del servicio. No obstante se indican algunas observaciones:

- PC 05.244 “Vigilancia de la salud”.

1. Se recomienda valorar los mecanismos de control por el Servicio de Prevención de los envíos por el proveedor del informe personal del reconocimiento médico.

- PC05.243-Gestión de Equipos de Protección Individual (EPI).

2. Se recomienda valorar si es necesario disponer de un método que permita llevar el control del porcentaje de EPIs solicitados que han sido retirados y las fechas efectivas de puesta a disposición de los interesados.

**3. INDICADORES DE LOS PROCESOS.**

- Se verifica las mediciones de los indicadores correspondientes al ciclo de gestión 2013, así como el grado de cumplimiento de cinco objetivos establecidos de un total de 8 indicadores. se indican de forma específica las siguientes observaciones.



- **Observación conjunta para el incumplimiento del valor objetivo en los indicadores I.[PC 05.241]-20, I.[PC 05.242]-22 y I.[ PC 05 242]-23, referidos al porcentaje del cumplimiento de las actividades planificadas de evaluación de riesgos, simulacros y formación.**

1. Los indicadores están formulados en términos de cumplimiento de la totalidad de las actividades planificadas por el Servicio de Prevención y aprobadas por el Comité de Seguridad y Salud, por lo que las desviaciones del objetivo representan actividades no realizadas. Para estos supuestos y en ámbito de gestión de estos procesos, se recomienda al Servicio de Prevención que valore, proponga y consulte a la Gerencia la identificación de métodos que permitan planificar y medir la gestión y que puedan ser posibles de realizar, o que por diversas causas exijan la revisión de la planificación inicial.

Se recomienda en el informe detallado mecanismos de planificación, seguimiento y revisión, que permita que las mediciones porcentuales sobre el cumplimiento de la planificación representen más el grado de gestión y actividad posible que realiza anualmente el Servicio, y no sólo un incumplimiento por intenciones previas que pueden estar condicionadas por causas sobrevenidas, cambios de criterios o prioridades o nuevas necesidades no previstas.

Se considera necesario que el Servicio de Prevención identifique una no conformidad interna, que les permita realizar un análisis técnico de las causas, y establezcan un plan de acciones de mejora, que de acuerdo con los criterios internos del SIGC-SUA debe ser autorizado por el Gerente.

#### **4. VERIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES INDICADAS EN EL INFORME DE AUDITORÍA EXTERNA Y AUDITORÍA INTERNA ANUAL INTERNA.**

- Se verifica e informa del análisis por la Unidad de las recomendaciones indicadas (3) en el Informe de auditoría Interna anual 2013.

**INFORME DETALLADO DE RESULTADOS DE AUDITORÍA****ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.**

<b>PROCESO ESPECÍFICO</b>	<b>PC 05.24. Gestión de la Prevención de Riesgos Laborales</b>
<b>RESPONSABLE/S AUDITADO/S</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jacinto Cantero Jiménez. Técnico del Servicio de Prevención.</li> <li>▪ Carmen Rosario Mesa Barrionuevo. Técnica del Servicio de Prevención.</li> </ul>
<b>AUDITORES :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antonio Martínez Olea.</li> <li>▪ Manuel Aranda Fontecha.</li> <li>▪ Natividad Paredes Quesada.</li> </ul>

**OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS**

**Conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios. Verificación de los registros. Medición y seguimiento de los indicadores de procesos y el grado de consecución de los objetivos planificados.**

**VERIFICACIÓN:**

EL proceso de auditoría se inicia a las 12:00 horas del día 20/01/2014 con la reunión inicial en las dependencias del Servicio de Prevención.

Evidencias. Actividades de verificación.

Se realiza verificación del proceso a través de los indicadores, registros y expedientes asociados.

**INDICADORES**

1. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.241]-19 "Número de daños a la salud relacionados con riesgos no evaluados". Los valores obtenidos son de 0, cumpliéndose el objetivo (0).

Se constata que se han producido 33 accidentes registrados, 16 con baja y 17 sin baja. Se verifica el expediente 12/13 (MBP) y la comunicación a la Junta de Andalucía (03/10/2013), que solicita investigación, realizándose por el Servicio de Prevención y comunicando el resultado (16/10/2013) mediante la cumplimentación del formato oficial, en el que se identifica como medida correctora la realización de un curso formativo de prevención específico. Este curso estaba planificado para el año 2013 posponiéndose para el 2014.

Respecto al accidente, se verifica que se dispone en la ficha correspondiente la identificación de riesgos del puesto (técnico especialista- carga física-manejo de cargas), que se corresponde con la causa del accidente.

2. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.241]-20 "Porcentaje evaluaciones de riesgo revisadas en relación a las revisiones planificadas". El valor anual obtenido es del 60% según la forma de cálculo indicado en la ficha del indicador. Este valor representa un incumplimiento del objetivo ( $\geq 95\%$ ).

Se comprueba el cuadro de planificación aprobado por el Comité de Seguridad y Salud (26/02/2013) en el que se especificaba 6 evaluaciones. Cada evaluación se desagrega en cinco fases, habiéndose realizado la totalidad de las tres primeras fases para las 6 evaluaciones. La cuarta fase "análisis de resultados" se realiza



por especialidades, habiéndose realizado en la de higiene para la totalidad de las evaluaciones, en seguridad en cuatro y en ergonomía en ninguna, por lo que la fase 5ª “Informe de evaluación” no puede completarse. Respecto a estas circunstancias el Servicio de Prevención realiza el análisis de las causas e informa al Comité de Seguridad y Salud (25/09/2013).

Se concluye como resultado de auditoría que la formulación del indicador está referido al grado de cumplimiento de las actividades planificadas según desagregación en fases, produciéndose una desviación del objetivo significativa, con independencia del desarrollo de una actividad de gestión continuada a lo largo de todo el año.

3. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.242]-21 “Porcentaje de planes de emergencia realizados en relación a los planes de emergencia planificados”. El valor anual obtenido es del 100% (plan de emergencia del animalario), cumpliéndose el objetivo del indicador.

Se constata el informe correspondiente y el documento adjunto de revisión de este año.

4. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.242]-22 “Porcentaje de simulacros realizados en relación a los simulacros planificados”. El valor anual obtenido es del 58,33% (7 realizados de 12 planificados), este valor representa un incumplimiento del objetivo (100 %).

Se informa que el criterio de prioridad utilizado por el Servicio de Prevención es realizar dentro de los 7 ejecutados los que tienen carácter preceptivo por norma, indicándose que los 5 no realizados no tenían carácter preceptivo.

En el análisis de causa realizado por el Servicio se indica un cambio de prioridad para atender un simulacro aplicado al edificio “A” de la Escuela Politécnica Superior del campus de Linares.

Se informa al Comité de Seguridad y Salud (25/09/2013).

Se concluye como resultado de auditoría que la formulación del indicador está referido al grado de cumplimiento de las actividades planificadas, produciéndose una desviación del objetivo significativa, con independencia del cumplimiento de las actividades preceptivas y la adopción de criterios de prioridad que justifican la desviación del valor.

5. Se verifica la medición del Indicador I.[ PC 05 242]-23 “Porcentaje de actividades formativas ejecutadas respecto al total de acciones formativas planificadas y aprobadas por las Comisiones de Formación”. El valor anual obtenido es del 88,89% (8 realizadas y 6 no realizadas), aunque de las no realizadas 3 se informa y considera por el Comité de Seguridad y Salud, por lo que el incumplimiento de la planificación están referidas, finalmente a tres. De estas, 2 estaban condicionadas o supeditadas y otra, dependía de la disponibilidad de los destinatarios de la acción formativa. Por lo que el cálculo del indicador se computa 8 actividades sobre 9. Este valor representa un incumplimiento del objetivo (100 %).

Se informa al Comité de Seguridad y Salud (25/09/2013).

Se concluye como resultado de auditoría que la formulación del indicador está referido al grado de cumplimiento de las actividades planificadas, produciéndose una desviación del objetivo, con independencia de la gestión e impartición de un significativo número de acciones formativas.

6. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.243]-24 “Porcentaje de accidentes que no son por deficiencias en la gestión de los equipos de protección individual”. El valor anual obtenido es del 96, 93% (33 accidentes, 32 no relacionados), este valor indica el cumplimiento del objetivo (>=95%).

.



7. Se verifica la medición del Indicador I.[ PC 05 243]-25 “Porcentaje de peticiones de Equipos de Protección Individual realizadas en plazo”. El valor anual obtenido es del 96,28% (233 peticiones de 242 totales), este valor indica el cumplimiento del objetivo ( $\geq 90\%$ ).

8. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.244]-26 “Porcentaje total de personal de la UJA que participa en los reconocimientos médicos anuales”. El valor anual obtenido es del 29,54%, indicándose una tendencia comparativa en descenso.

9. Se verifica la medición del Indicador I.[ PC 05 244]-27 “Porcentaje de reconocimientos médicos realizados con protocolo establecido”. El valor anual obtenido es del 100%. Este valor indica el cumplimiento del objetivo (=100%).

10. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.245]-28 “Número de accidentes segmentados con baja o sin baja laboral”. El valor anual obtenido es de 33 accidentes registrados, 16 con baja y 17 sin baja.

11. Se verifica la medición del Indicador I.[PC 05.245]-29 “Porcentaje de accidentes investigados”. El valor anual obtenido es de 90,91% (10 de 11 accidentes). Se verifica que el accidente pendiente de investigación no se ha podido realizar aún por encontrarse de baja la persona accidentada, siendo preciso de su información para realizar dicha investigación. Se concluye que el grado de cumplimiento del objetivo está pendiente de medición total hasta cuando sea posible realizar la actividad, por lo que se considera, a fecha de auditoría, cumplido el objetivo (=100%), provisionalmente.

## **GESTIÓN DEL PROCESO.**

1. Se realiza la trazabilidad del proceso PC 05.244 “Vigilancia de la salud”.

Se verifica el documento de contratación del servicio de vigilancia de la salud para 2013 con la empresa FREMAP. El contrato es remitido a los auditores por el Servicio de Prevención a efectos de auditoría mediante correo electrónico el 24/01/2014, por lo que se considera que a partir de este momento se encuentra disponible en el Servicio de Prevención.

A continuación se escoge al azar un usuario que ha participado en el proceso, que se identifica por sus iniciales como J.A.C., como reconocimiento periódico, dispone de la evaluación de riesgos del puesto de trabajo asociado y la documentación de la normativa y protocolos en materia de vigilancia de la salud. Se le asigna los tipos de protocolos correspondientes: Cancerígeno (código 5), PVD (código 19) y Biológicos. Otros (código 25), para determinar el tipo de reconocimiento médico. Se comunica por correo electrónico la apertura del plazo de inscripción para la realización de reconocimientos médicos (05-02-2013). Se comunica por correo electrónico la publicación en la web del programa anual de reconocimientos médicos (26-02-2013 y corrección de errores 27-02-2013), se le asigna un grupo de reconocimiento (G-4) y fecha para analítica.

Se verifica el recordatorio por correo electrónico al grupo (18-06-2014). Tras la realización de la analítica (27-06-2013) y programación del reconocimiento (08-07-2013) para J.A.C., se comunica por correo electrónico a la empresa FREMAP los componentes del grupo G-4 y los tipos de reconocimientos a realizar para cada usuario, y la fecha de realización.

Se recibe el informe de aptitud del trabajador dentro del informe anual que se descarga de la web de FREMAP (18-12-2013) por parte del personal del Servicio de Prevención, constatando que los códigos de protocolos del informe corresponden con los asignados previamente a J.A.C. El documento del informe personal al trabajador se descarga por el interesado de la web de FREMAP, previa comunicación por correo



electrónico dirigida al mismo, aunque esta operación no puede evidenciarse actualmente por el Servicio de Prevención.

2. Se realiza la trazabilidad del proceso PC05.243-Gestión de Equipos de Protección Individual (EPI).

Se constata la gestión de las solicitudes de EPIs mediante control en Excel del solicitante, EPI que necesita, fecha de solicitud y fecha de comunicación al almacén (parte de mantenimiento), a través de la solicitud de 27/11/2013 de Gabriel Olivares (Mantenimiento) de 10 monos Tyvek, que genera un parte al almacén el 2/12/2013. De acuerdo con la "Evaluación de Puestos de Trabajo" realizada en septiembre de 2012, el personal de jardinería requiere protección contra productos químicos para las tareas de aplicación de líquidos pulverizables (productos fitosanitarios y similares), para lo que se recomienda ropa desechable de categoría II UNE EN 14605. Se comprueba asimismo que el almacén devuelve al Servicio de Prevención un documento de entrega del material (R.[PC 05.243]-49 Registro de entrega de EPI al personal trabajador), aunque sin la firma del peticionario (Gabriel Olivares).

#### **PROPUESTA OBSERVACIÓN**

1. Se verifican las mediciones de los indicadores, así como el cumplimiento de los objetivos en cuatro de ellos, sobre un total de ocho indicadores con asignación de valores objetivos.

2. Los indicadores I.[PC 05.241]-20, I.[PC 05.242]-22 y I.[ PC 05 242]-23, están formulados en términos de cumplimiento de la totalidad de las actividades planificadas por el Servicio de Prevención y aprobadas por el Comité de Seguridad y Salud, por lo que las desviaciones del objetivo representan actividades no realizadas. Para estos supuestos y en ámbito de gestión de estos procesos, se recomienda al Servicio de Prevención que valore, proponga y consulte a la Gerencia la identificación de métodos que permitan planificar y medir la gestión y que puedan ser posibles de realizar, o que por causas sobrevenidas exijan la revisión de la planificación inicial.

Para ello, y sólo a efectos de valoración del Servicio de Prevención, se indica la posibilidad de diferenciar, en el documento de planificación, las actividades que constituyan prioridades legales o prioridades de Dirección o del Comité de Seguridad y Salud, por un lado y, por otro, las que puedan ser consideradas por los Técnicos del Servicio como adicionales y de previsible posibilidad de realización.

Además, mejorar la sistemática de seguimiento mediante información periódica a la Gerencia de las necesidades de revisión de la planificación, los efectos o impactos de estas revisiones y, en su caso, la aprobación formal de la revisión de la planificación por parte del Comité de Seguridad y Salud.

Con estos mecanismos de planificación, seguimiento y revisión, permitiría que las mediciones porcentuales sobre el cumplimiento de la planificación representen más el grado de gestión y actividad posible que realiza anualmente el Servicio, y no sólo un incumplimiento por intenciones previas que pueden estar condicionadas por causas sobrevenidas, cambios de criterios o prioridades o nuevas necesidades no previstas.

Se considera necesario que el Servicio de Prevención identifique una no conformidad interna, que les permita realizar un análisis técnico de las causas, y establezcan un plan de acciones de mejora, que de acuerdo con los criterios internos del SIGC-SUA, debe ser autorizado por el Gerente.



3. Se verifica la plena conformidad de la gestión de los procesos auditados señalando las siguientes observaciones:

4. Se propone a valoración del Servicio el estudio para establecer un mecanismo o procedimiento de verificación con FREMAP de la comunicación al trabajador para proceder a la descarga del documento del informe personal del reconocimiento médico, con ello se aseguraría tener constancia interna del cumplimiento del servicio contratado.

4. Se recomienda que el Servicio de Prevención estudie un modo de controlar el porcentaje de EPIs solicitados que han sido retirados y las fechas efectivas de puesta a disposición de los interesados.


**OBJETIVOS DE AUDITORÍA AUDITADOS**

Verificación de las recomendaciones y observaciones indicadas en el Informe de Auditoría Externa e Interna.

**SEGUIMIENTO DE ACTUACIONES DEL INFORME DE AUDITORIA EXTERNA 2013.**

Sin especificaciones

**SEGUIMIENTO DE ACTUACIONES DEL INFORME DE AUDITORIA INTERNA 2013**

<b>Código:</b>	49-2013	<b>Naturaleza</b>	Proceso
<b>Proceso:</b>	PC 05.242. Planes de Emergencia.		
<b>Unidad/es:</b>	Servicio de Prevención		
<b>Descripción:</b>	Realizar las anotaciones correspondientes en el documento de planificación que se presenta a aprobación al Comité de Seguridad y Salud, en relación a las actividades que puedan corresponder la responsabilidad de su realización a otras Unidades distintas al Servicio de Prevención.		
<b>Actuaciones realizadas:</b>	<p>El Servicio de Prevención tiene identificado aquellas personas y unidades distintas que tengan responsabilidad en materia de medidas de Emergencia, véase el documento existente a tal efecto:</p> <p><a href="http://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/serobras/PRL/Funciones_Emergencia_UJA.pdf">http://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/serobras/PRL/Funciones_Emergencia_UJA.pdf</a></p> <p>Este documento está aprobado por el Comité de Seguridad y Salud</p> <p>No obstante, hay que mejorar el documento de planificación anual que se presenta al Comité de Seguridad y Salud a fin de contemplar de manera expresa estas circunstancias. Queda patente estas divergencias en el acta del Comité de Seguridad y Salud nº 36 de 26 de febrero de 2014, en el punto 2.</p> <p>En relación al simulacro de desfibriladores la competencia le corresponde a la unidad de conserjerías y la supervisión del mismo al Servicio de Prevención, como se deriva del documento de <a href="#">Protocolo de actuación de espacio cardioprotegido</a>, servicio ofrecido por la unidad de conserjerías.</p>		
<b>Resultados de seguimiento:</b>			
<b>Verificación, si procede:</b>	Auditoría: se verifican las evidencias indicadas en la descripción de actuaciones.		

<b>Código:</b>	50-2013	<b>Naturaleza:</b>	Proceso
<b>Proceso:</b>	PC 05.244. Vigilancia de la Salud		
<b>Unidad/es:</b>	Servicio de Prevención		





<b>Descripción:</b>	Considerar la posibilidad de comunicación a los usuarios de reconocimientos médicos sobre el número y tipo de pruebas que se le van a realizar, a efectos de su constatación en relación al protocolo establecido por FREMAP o el ejercicio de las reclamaciones que estime.
<b>Actuaciones realizadas:</b>	Se ha solicitado al Servicio de Prevención Ajeno (FREMAP) un documento que especifique el tipo de pruebas que se realizan en atención al protocolo asignado y que pueda ser fácilmente consultado o remitido en caso de solicitud por parte de los usuarios. Dicha documentación se encuentra en el servicio de prevención propio. El sistema de comunicación actual no permite una notificación individualizada sobre el tipo de pruebas a realizar pues habría que segregar por cada tipología de reconocimientos en atención al protocolo específico al que se somete a cada uno de los trabajadores.
<b>Resultados de seguimiento:</b>	Documento disponible para cualquier usuario que lo solicite.
<b>Verificación, si procede:</b>	Auditoría: Verificado posibilidad de disponibilidad del tipo de pruebas.

<b>Código:</b>	55-2013	<b>Naturaleza:</b>	Indicadores
<b>Proceso:</b>	PC 05.242. Planes de Emergencia		
<b>Unidad/es:</b>	Servicio de Prevención		
<b>Descripción:</b>	Definir en las fichas de indicadores los términos “planes de emergencia” y “simulacros”, a efectos de la comprensión de los indicadores asociados, así como la revisión del resultado del indicador I.[PC 05.242]-21.		
<b>Actuaciones realizadas:</b>	Incorporadas en la documentación de las fichas descriptivas de los indicadores.		
<b>Resultados de seguimiento:</b>			
<b>Verificación, si procede:</b>	Auditoría: Verificado en la documentación del proceso PC05.		