


INFORME EJECUTIVO DE AUDITORÍA INTERNA DE ANUAL CICLO 2015.

PROCESO CLAVE	PC05. Gestión integrada de los Recursos Humanos
FECHA DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA:	15/02/2017. 13:00 h.
AUDITORES :	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditor/a coordinador/a de proceso: Jesús Díaz Ortiz. ▪ Manuel Aranda Fontecha. Auditor. ▪ Antonio Martínez Olea. Auditor.
RESPONSABLE DE UNIDAD:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eva María Fernández Serrano. Técnica de la Unidad de PRL. ▪ Carmen del Rosario Mesa Barrionuevo. Técnica de la Unidad de PRL.
PROCESOS DE LA UNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PC 05.24. Gestión de la prevención de riesgos laborales.

OBJETIVOS DE AUDITORÍA: AUDITORÍA DE SISTEMA/PROCESOS

1.- No conformidades. Verificación y cierre de las correcciones, acciones correctivas y acciones preventivas pendientes de los planes correspondientes de las No Conformidades de Auditoría y No Conformidades Internas.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existen No conformidades pendientes de verificación y cierre.
Observaciones/ Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪
2.- La conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios, a través de la implantación y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad respecto de los requisitos de la Norma de referencia del sistema: UNE-EN-ISO-9001:2008: "Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos".	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se verifica la plena conformidad de la gestión del proceso y los registros asociados al mismo de acuerdo a las características específicas de cada uno de los expedientes de gestión de convenios auditados.
Observaciones/ Recomendaciones	
3.- Indicadores. Medición y seguimiento de los indicadores de los procesos y compromisos de calidad y el grado de consecución de los objetivos planificados.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se verifica que la Unidad ha realizado las mediciones periódicas de todos los indicadores del proceso de acuerdo con la planificación de sus fichas de indicadores, el cumplimiento de los valores objetivos establecidos y los compromisos de calidad, salvo las siguiente observaciones en los indicadores I.[PC 05.241]-19 y el compromiso asociado al I.[PC 05.242]-21.
Observaciones/ Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En base a las dos observaciones indicadas sobre incumplimiento del indicador I.[PC 05.241]-19 (evaluaciones de riesgos) y compromiso de calidad asociado al indicador I.[PC 05.242]-21 (simulacros de evacuación), se estima por el Auditor Jefe de Programa de Auditoría Interna, levantar una NO conformidad interna con la finalidad de corregir los incumplimientos, realizar el análisis de causas y adoptar un plan de mejora que evite su concurrencia.
4.-Quejas y sugerencias e información directa de clientes. Medición y seguimiento de los resultados de retroalimentación de los grupos de interés.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El Servicio de Prevención no ha recibido durante el segundo semestre de 2016 ninguna queja ni sugerencia de carácter formal a la gestión del proceso, por lo que no procede su verificación como objetivo de auditoría. ▪ Si bien el Servicio de Prevención no lleva un control de la información directa de clientes, si se identifican su estimación, como ejemplos formalizar compras de equipos de protección auxiliares conforme a sugerencias de los usuarios,



	realización de los cursos mediante videoconferencias, evitando que hayan de desplazarse, en cualquier sentido, desde el campus de Linares.
Observaciones/ Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> Dado que la actitud del SPRE es dar respuesta a las sugerencias de los usuarios, se recomienda una gestión sencilla que permita poner en valor y dar visibilidad a las mejoras que provienen directamente de peticiones o sugerencias de los clientes/usuarios.
5.- Seguimiento del grado de valoración e implementación de las propuestas de mejoras de los procesos, riesgos, oportunidades de mejora y observaciones del Informe de Auditoría Externa de Seguimiento y de los Informes de Auditoría Interna de Seguimiento y Auditoría Anual.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> Se verifica e informa del análisis y actuaciones de las recomendaciones indicadas en los Informes de auditoría. De las cinco observaciones auditadas. 1 se ha aplicado, y el resto, si bien se han considerado, se han aplazado (3) y otra parcialmente iniciada con alguna actividad. En este sentido el servicio de Prevención no identifico ninguna acción de mejora para el ciclo 2016.
Observaciones/ Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> Se propone que sea valorado por el Servicio de Prevención este resultado a efecto de reflexionar sobre el grado de aplicación de la mejora continua, finalidad última del sistema de gestión de la calidad que aplican a sus procesos/servicios a través de su inclusión en el SIGC-SUA.
6.- Análisis de las Unidades sobre el seguimiento de los procesos: indicadores, encuestas, quejas y sugerencias, otros sistemas de información y su relación con las mejoras implantadas o a realizar.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> Se valora positivamente como la prestación de servicios se gestiona mediante planificación, su seguimiento y revisión, dando la medida del nivel de cumplimiento y aplicación en materia de prevención y Seguridad. Se valora que el Servicio de Prevención realiza una gestión orientada hacia la calidad y que lo tiene implantado en la evaluación y seguimiento de sus procesos.
Observaciones/ Recomendaciones	<ul style="list-style-type: none"> Si bien se plantea a su consideración una mayor decisión en la adopción de acciones de mejora que aporte una mayor visibilidad sobre la actitud de todos los miembros del Servicio, evitando con su omisión o no consideración de observaciones de auditorías una imagen que pueda entenderse de forma equivocada como desidia por la calidad.
7.-Seguimiento del nivel de revisión/actualización de la documentación (fichas) del Plan de Seguridad Documental del SIGC-SUA. Centrado en el funcionamiento de los recursos del inventario del Plan.	
Valoración.	<ul style="list-style-type: none"> No procede.
Observaciones/ Recomendaciones	

INFORME DETALLADO DE RESULTADOS DE AUDITORÍA

INFORME DE ACTIVIDADES DE AUDITORÍA ANUAL 2016.			
PROCESO CLAVE	PC 05.24 Gestión de la prevención de riesgos laborales		
FECHA: DÍA Y HORA DE REALIZACIÓN DE LA AUDITORÍA.	15/02/2017, 13:00 h.		
EQUIPO AUDITOR DEL PROCESO:	Auditor/a coordinador/a de proceso: Jesús Díaz Ortiz Auditor/es: Antonio Martínez Olea. Auditor. Manuel Aranda Fontecha. Auditor.		
UNIDAD:	<ul style="list-style-type: none"> Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. 	RESPONSABLE	<ul style="list-style-type: none"> Jacinto Cantero Jiménez Eva María Fernández Serrano



			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carmen del Rosario Mesa Barrionuevo.
--	--	--	--

1. Verificación de No Conformidades

NO CONFORMIDAD AUDITADA	
CÓDIGO	-----
PROCESO SIGC-SUA	PC 05.24 Gestión de la prevención de riesgos laborales
PROPUESTA DE RESULTADO DE VERIFICACIÓN	No existen No conformidades pendientes de verificación y cierre.

2. Conformidad de la gestión de los procesos y la prestación de servicios

ACTIVIDADES DE AUDITORÍA.	
PROCESO ESPECÍFICO	PC 05.24 Gestión de la prevención de riesgos laborales
RESPONSABLE/S AUDITADO/S	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jacinto Cantero Jiménez. ▪ Eva María Fernández Serrano ▪ Carmen del Rosario Mesa Barrionuevo. ▪ Sofía Cabrera López (Servicio de Personal)
AUDITORES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antonio Martínez Olea. Auditor. ▪ Manuel Aranda Fontecha. Auditor.

VERIFICACIÓN:

Trazabilidad de un accidente con baja según proceso PC05.245:

Se comunica el accidente con baja con número de registro 15/16. Se evidencia el parte de comunicación con fecha 13/04/2016, asignado con el número de registro indicado. Se evidencia y comprueba el registro en el fichero de estadística anual. Ha requerido investigación. Se evidencia el informe del accidente de fecha 25/04/2016, que requiere informe de resolución del Rector a efectos de consideración de accidente en acto de servicio y cumplimentación de formato especial de MUFACE. Se evidencia la comunicación a la Sección de Habilitación y Seguridad Social, con fotocopias de la documentación facilitada por el SPRL. No ha requerido medidas correctoras.

Se comprueba igualmente la existencia de la evaluación del riesgo para el puesto de trabajo tipo del empleado correspondiente.

PROPUESTA OBSERVACIÓN

1. Se verifica la plena conformidad de la gestión del proceso y los registros asociados al mismo de acuerdo a las características específicas de cada uno de los expedientes de gestión de convenios auditados.

3. Indicadores y compromisos de calidad integrados.

Indicador y Compromiso asociado	Objetivo	Periodicidad de medición	Cumplido	Observaciones: No medición, Análisis de causas en caso de
---------------------------------	----------	--------------------------	----------	--



			Sí	No	incumplimiento, compromiso de calidad asociado incumplido.
I.[PC 05.241]-18 Número de daños a la salud relacionados con riesgos no evaluados	0	Continua		X	Valor: 1. El supuesto se identifica como un accidente con baja ocasionado por un factor externo a la actividad laboral que es la que se evalúa los riesgos. Si bien al considerarse como accidente laboral por la legislación se ha computado.
I.[PC 05.241]-19 Porcentaje evaluaciones de riesgo revisadas en relación a las revisiones planificadas. 8.-Realizar el 95% de las evaluaciones de riesgos planificados anualmente con el fin de evitar daños a la salud.	>=95%	Semestral		X	Valor: 93,30%, La desviación del incumplimiento se debe a la falta de algún informe de seguridad que complete la totalidad de las 5 fases en las que se desagregan el total de actividades del cómputo de este indicador. El sistema del cómputo podría dar una imagen de incumplimiento de actividades planificadas y aprobada por el Comité de Seguridad y Salud. Incumple Compromiso de Calidad
I.[PC 05.242]-20 Porcentaje de planes de emergencia realizados en relación a los planes de emergencia planificados	100%	Semestral	X		100%. Se verifica de acuerdo con el documento de planificación.
I.[PC 05.242]-21 Porcentaje de simulacros realizados en relación a los simulacros planificados 9.-Se realizarán de forma anual los simulacros de evacuación de todos los aularios y biblioteca y de forma bienal del resto de edificios.	100%	Semestral	X		Valor: 100%. Se verifica de acuerdo con el documento de planificación. Inconsistencia entre la redacción del compromiso y la planificación de simulacros de evacuación realizados.
I.[PC 05 242]-22 Porcentaje de las acciones formativas ejecutadas respecto al total de acciones formativas planificadas y aprobadas por las respectivas comisiones de la Universidad de Jaén. 10.-Ejecutar la oferta de acciones formativas planificadas, aprobadas por el Comité de Seguridad y Salud, y posteriormente por las respectivas comisiones de formación, tanto del PDI como del PAS de la Universidad de Jaén.	100%	Semestral		X	Valor: 90,90%. Se identifican 11 cursos en Planificación. Se aplaza para el siguiente año uno de ellos (mes de marzo), por causa sobrevenida que impide asistir a la profesora responsable.
I.[PC 05.243]-23 Porcentaje de accidentes que no son por deficiencias en la gestión de los equipos de protección individual. 11.-Garantizar que el 95% de los accidentes de trabajo no tenga su origen en una mala gestión de los equipos de protección individual.	>=95%	Continuada	X		Valor: 100%.
I.[PC 05 243]-24 Porcentaje de peticiones de Equipos de Protección Individual realizadas en plazo	>=90%	Semestral	X		Valor: 89,89%. Se estima que en redondeo se corresponde a un 90%, por lo que se considera cumplido. En el análisis realizado se identifica como causa la aportación de EPIS a trabajadores que participan en actividades no propias de la universidad y por lo tanto no evaluadas e identificados los EPIS correspondientes, aunque se entregan no siempre se realizan en los plazos comprometidos como cuando las actividades están ya evaluadas en



					riesgos y medidas de seguridad.
I.[PC 05.244]-25 Porcentaje total de personal de la UJA que participa en los reconocimientos médicos anuales	NP	Anual	---	---	Valores: 40,75% El porcentaje es sostenido con respecto a otros años.
I.[PC 05 244]-26 Porcentaje de reconocimientos médicos realizados con protocolo establecido. 12.-Todos los reconocimientos médicos se realizaran atendiendo al protocolo específico asignado a su puesto de trabajo.	100%	Semestral	X		Valor: 100%.
I.[PC 05.245]-27 Número de accidentes segmentados con baja o sin baja laboral	NP	Anual	---	---	Valores: 34 accidentes registrados: 23 accidentes sin baja. 11 con baja.
I.[PC 05.245]-28 Porcentaje de accidentes investigados 13.-Investigación de todos los accidentes de trabajo con su correspondiente planificación de las medidas correctoras para evitar la repetición de los mismos.	100%	Semestral	X		Valor: 100%.
Valoración de auditoría	<p>Se verifica que la Unidad ha realizado las mediciones periódicas de todos los indicadores del proceso de acuerdo con la planificación de sus fichas de indicadores, el cumplimiento de los valores objetivos establecidos, salvo las siguiente observaciones:</p> <p>1.- El Indicador I.[PC 05.241]-19 Porcentaje evaluaciones de riesgo revisadas en relación a las revisiones planificadas, se estima incumplido. Si bien es cierto que está referido a la falta de determinados informes de una especialidad, y con independencia de valorar otros sistema de control y cálculo por especialidades (no sólo por fases del proceso), no se aprecia causas definidas y, además, va asociado a un compromiso de calidad aprobado por el Consejo de Gobierno.</p> <p>2. El indicador . I.[PC 05.242]-21 Porcentaje de simulacros realizados en relación a los simulacros planificado, si bien se cumple respecto a la realización de las actividades planificadas (documento de planificación 2016 del Comité de seguridad y Salud), no se corresponde con la definición del compromiso de calidad aprobado por el Consejo de Gobierno de “ Se realizarán de forma anual los simulacros de evacuación de todos los aularios y biblioteca y de forma bienal del resto de edificios”</p> <p>En base a las dos observaciones indicadas sobre incumplimiento del indicador I.[PC 05.241]-19 (evaluaciones de riesgos) y compromiso de calidad asociado al indicador I.[PC 05.242]-21 (simulacros de evacuación), se estima por el Auditor Jefe de Programa de Auditoría Interna, levantar una NO conformidad interna con la finalidad de corregir los incumplimientos, realizar el análisis de causas y adoptar un plan de mejora que evite su concurrencia..</p>				

RESULTADOS DE RETROALIMENTACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.

4.- Quejas y Sugerencias e Información directa de clientes

Quejas	Respuesta en plazo	Valoración por la Unidad (se han realizado gestiones,	Mejoras realizadas	Valoración de auditoría de las mejoras implantadas
---------------	--------------------	---	--------------------	--



	Sí	No	actuaciones...)	Sí	No	

Valoración de auditoría	La Unidad de Prevención de Riesgos Laborales no ha recibido durante el segundo semestre de 2016 ninguna queja ni sugerencia de carácter formal a la gestión del proceso PC05, por lo que no procede su verificación como objetivo de auditoría.					

Sugerencias	Respuesta en plazo		Valoración por la Unidad (se han realizado gestiones, actuaciones...)	Mejoras realizadas		Valoración de auditoría de las mejoras implantadas
	Sí	No		Sí	No	

Valoración de auditoría	La Unidad de Prevención de Riesgos Laborales no ha recibido durante el segundo semestre de 2016 ninguna queja ni sugerencia de carácter formal a la gestión del proceso PC05, por lo que no procede su verificación como objetivo de auditoría.					

Información directa de clientes	Canal de Entrada (Encuestas, Grupos Focales u otros sistemas de información)	Valoración por la Unidad (se han realizado gestiones, actuaciones...)	Mejoras realizadas		Valoración de auditoría de las mejoras implantadas
			Sí	No	

Valoración de auditoría	<p>Si bien el Servicio de Prevención no lleva un control de la información directa de clientes, si se identifican su estimación, como ejemplos en este ciclo se va a formalizar compras de equipos de protección auxiliares conforme a sugerencias de los usuarios (Batas). Otro ejemplo es la realización de los cursos mediante videoconferencias, evitando que hayan de desplazarse, en cualquier sentido, desde el campus de Linares.</p> <p>Dado que la actitud del SPRE es dar respuesta a las sugerencias de los usuarios, se recomienda una gestión sencilla que permita poner en valor y dar visibilidad a las mejoras que provienen directamente de peticiones o sugerencias de los clientes/usuarios.</p>				

5.- Propuestas de mejora de procesos, riesgos, oportunidades de mejora y observaciones de Auditorías.

5.1 Seguimiento de actuaciones del Informe de Auditoría Externa ciclo 2015.

Código:	24-2016	Naturaleza:	Oportunidad de mejora
Proceso:	PC 05 Gestión Integrada de los Recursos Humanos		
Unidad/es:	Servicio de Prevención		
Descripción:	No se detectan objetivos de mejora para el año 2016, si bien el servicio tiene presente futuras mejoras como la posibilidad de realizar un proyecto relativo a la informatización de EPIS. Se recomienda recoger dichas actividades como propuestas de mejora, siendo la fase de análisis y viabilidad el primer paso a realizar de la misma.		
Actuaciones realizadas:	Como objetivo de mejora para 2016 se ha propuesto desde el Servicio de Prevención, establecer un formulario único electrónico para la solicitud de equipos de protección, como primer paso para la mejora del proceso.		
Resultados de seguimiento:	Se verifica en auditoría las actuaciones realizadas		
Verificación, si procede:	Considerada y verificada la observación.		

5.2 Seguimiento de actuaciones del Informe de Auditoría Interna ciclo 2015

Código:	95-2016-AIS	Naturaleza:	Indicadores
----------------	-------------	--------------------	-------------



Proceso:	PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos	
Unidad/es:	Servicio de Prevención	
Descripción:	La causa del incumplimiento en el primer semestre del valor objetivo del indicador I.[PC 05.242]-23, se debe a causa de fuerza mayor, por accidente de la profesora ponente de la acción formativa. Se recomienda en este sentido, ajustar la planificación de acciones formativas de modo que garantice el objetivo de ejecución del correspondiente indicador	
Actuaciones realizadas:	Cuando se produjo la causa sobrevenida se había realizado la revisión de la planificación. Si bien se estima que su inclusión para el plan formativo en prevención del año siguiente implica indirectamente su revisión en planificación. Sin embargo seguimos considerando la necesidad de revisar el planificación los cambios técnicos y que se acuerden por el Comité de Calidad	
Resultados de seguimiento:		
Verificación, si procede:	Considerada. Aplazada.	

Código:	96-2016-AIS	Naturaleza:	Quejas y Sugerencias
Proceso:	PC 05.24. Gestión de la prevención de riesgos laborales		
Unidad/es:	Servicio de Prevención		
Descripción:	Se anima a los componentes del Servicio que trasladen, en pro de la mejora continua, al Servicio de Contratación y Patrimonio y al Servicio de Informática, su propuesta de participar dentro del ámbito de responsabilidad de la ergonomía, en los procesos de licitación de mobiliario y equipamiento informático.		
Actuaciones realizadas:	Se ha realizado alguna comunicación a efecto con el Servicio de Contratación y Patrimonio, si bien es necesario seguir avanzando en este sentido protocolizando las actuaciones de Prevención cuando sea necesario por exigencia legal o por aplicación de políticas en prevención y seguridad.		
Resultados de seguimiento:	Se verifica reunión responsable del SCPA		
Verificación, si procede:	Considerada e iniciada.		

Código:	97-2016-AIS	Naturaleza:	Instrucciones Técnicas
Proceso:	PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos		
Unidad/es:	Servicio de Prevención		
Descripción:	1. En relación con la IT.[PC.05.2]-02. Procedimiento de la Planificación de la Actividad Preventiva, se recomienda su revisión integral al objeto de adecuarla a la gestión real del proceso, con especial atención al control documental de los formatos asociados a la misma.		
Actuaciones realizadas:	Pendiente de realización		
Resultados de seguimiento:			
Verificación, si procede:	Considerada pero No realizada estando pendiente		

Código:	98-2016-AIS	Naturaleza:	Instrucciones Técnicas
Proceso:	PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos		
Unidad/es:	Servicio de Prevención		



Descripción:	2. Se valora positivamente la conformidad de la gestión de las previsiones contenidas en la IT.[PC.05.2]-03. Procedimiento para la gestión de los equipos de protección individual, si bien, se recomienda la actualización de la misma de modo que se indique, para el caso del Campus de Linares, que el material de protección individual se remite al usuario directamente desde el almacén y, por tanto, no es necesario que sea retirado personalmente.
Actuaciones realizadas:	No se ha realizado a la espera de la implementación de la solicitud única electrónica de equipos de protección individual para actualizar conjuntamente las dos modificaciones.
Resultados de seguimiento:	
Verificación, si procede:	Considerada pero No realizada estando pendiente

Código:	99-2016-AIA	Naturaleza:	Encuestas postservicio
Proceso:	PC 05. Gestión Integrada de los Recursos Humanos		
Unidad/es:	Servicio de Prevención		
Descripción:	Se comunica a los miembros del SPRL que valoren publicitar los datos más significativos de las encuestas en su página web o comunicados y las mejoras implantadas a raíz de las encuestas post-servicio, como herramienta de mejora.		
Actuaciones realizadas:	A la espera de la puesta en marcha del nuevo gestor de contenidos habrá que rediseñar la página del servicio. En ese momento se habilitará un espacio que recoja estos datos.		
Resultados de seguimiento:			
Verificación, si procede:	Considerada pero No realizada estando pendiente		

5.3 Seguimiento de las propuestas de mejora de los procesos del ciclo 2015.

No procede

6.- Análisis de resultados.

Análisis de las Unidades sobre el seguimiento de los procesos: indicadores, encuestas, quejas y sugerencias, otros sistemas de información y su relación con las mejoras implantadas o a realizar.	El Servicio de Prevención fundamenta la prestación de sus servicios a través del documento de planificación aprobado por el Comité de Seguridad y Salud (CSS), sobre este documento se realiza el control continuado de actividades y se genera los reportes de actuaciones ejecutadas, de las que se dan cuenta al CSS. Los resultados de la gestión de la calidad de sus procesos se recogen en el informe anual, considerando especialmente los resultados de los indicadores de procesos y las distintas fuentes de retroalimentación de usuarios, especialmente a través de las encuestas.
Valoración y análisis de los resultados obtenidos en su sistema de información (indicadores, encuestas, quejas y sugerencias, información directa de clientes, grupos focales, etc.), observaciones de auditorías y su relación con las propuestas de mejora a lo largo del presente ciclo 2016 o para el siguiente 2017, a través del informe de seguimiento de procesos.	Está pendiente aún el análisis y valoración global de los resultados conseguidos en este ciclo de actuación. Si se identifican retos y nuevas acciones de futuro como son el desarrollo de aplicaciones informáticas para la gestión que están en fase de análisis de viabilidad. Integrar y coordinar en el sistema de prevención de la Universidad de una manera más directa las actividades externalizadas por ser realizadas empresa. Avance de recursos para la gestión como son los formularios electrónicos integrados para la petición de equipos de protección.
Valoración de auditoría	Se valora positivamente como la prestación de servicios se gestiona mediante planificación, su seguimiento y revisión, dando la medida del nivel de cumplimiento y aplicación en materia de prevención y Seguridad



Se valora que el Servicio de Prevención realiza una gestión orientada hacia la calidad y que lo tiene implantado en sus procesos. Si bien se plantea a su consideración una mayor decisión en la adopción de acciones de mejora que aporte una mayor visibilidad sobre la actitud de todos los miembros del Servicio, evitando con su omisión o no consideración de observaciones de auditorías una imagen que pueda entenderse de forma equivocada como desidia por la calidad.

7.- Verificación de la operatividad de los recursos del inventario del plan de seguridad documental.

RECURSO	Verificación	Observaciones
No procede		La aplicación informática que se está desarrollando está en fase de análisis de viabilidad.