BOLETÍN INFORMATIVO DEL SGC DE LA SECRETARÍA DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL IPN

NÚMERO: 33 01 de febrero de 2012

CONTENIDO:

Informe de la Auditoría de Recertificación Take-Over.

1. Conclusión de Auditoría de Recertificación y recomendación para la emisión del Certificado de ISO 9001:2008.

2. Alcance.

3. Cambios en el SGC de la SGE.

4. Datos de los Procesos de Gestión del Sistema.

5. Desviaciones.

6. Puntos positivos, Observaciones y oportunidades de mejora.

DIRECTORIO:

M. en C. Fernando Arellano Calderón
Secretario

Dr. Daniel Marín Gómez
Director de Planeación

Biol. Pilar Piña Espallargas
Directora de Evaluación

Lic. Emilio Hernández López
Encargado de la Dirección de Programación y Presupuesto

Ing. Juan Carlos Contreras Larios
Coordinador de Proyectos y del SGC

COLABORADORAS
Lic. Carmen Neri González
Lic. Edith Barraza Morales

Informe de la Auditoría de RECERTIFICACIÓN—TAKE OVER

El presente Boletín tiene el propósito de dar a conocer a todo el personal que forma parte del Sistema de Gestión de la Calidad de la Secretaría de Gestión Estratégica y las 39 Coordinaciones de Enlace y Gestión Técnica de las Unidades Académicas de Nivel Medio Superior y Superior, los resultados obtenidos en la pasada Auditoría de Recertificación de Calidad por parte del Organismo Certificador TÜV Rheinland, efectuada del 23 al 25 de enero del año en curso, en los cuales no se encontraron desviaciones y se identificaron varias observaciones y oportunidades de mejora las cuales se solventarán en conjunto con el personal correspondiente para la implementación de acciones preventivas y de mejora.

1. Conclusión de Auditoría de Recertificación y recomendación para la emisión del Certificado ISO 9001:2008

En el reporte de Auditoría de Recertificación - Take - Over ISO 9001:2008 entregado por TÜV Rheinland a la Secretaría de Gestión Estratégica, se reporta como resultado obtenido que el Sistema de Gestión de la Calidad se ha establecido y se mantiene en forma efectiva para asegurar el cumplimiento de los requisitos establecidos del propio sistema y de la norma ISO 9001:2008. El equipo auditor confirma a través de esta auditoría que el sistema se encuentra en cumplimiento, sin haberse reportado desviaciones, por lo que recomienda se continúe con la revisión técnica ***y la emisión del certificado de calidad ISO 9001:2008 por el organismo de certificación.***

Cabe señalar que no se identificaron cambios mayores en el Sistema de Gestión, ni en la documentación del Sistema de Gestión.

2. Alcance

Para los Procesos Clave de Planeación, Enlace Técnico de Planeación, Evaluación, Enlace Técnico de Evaluación, Desarrollo Funcional, Enlace Técnico de Desarrollo Funcional, Programación y Presupuesto, Enlace Técnico de Programación y Presupuesto y La Gestión Técnica de la Comisión Interna de Administración, así como los Procesos de Apoyo de Compras (Suministro de Materiales y Servicios) y Capacitación, procesos que se realizan por la Secretaria de Gestión Estratégica en sus tres Direcciones y 39 Coordinaciones de Enlace y Gestión Técnica (CEGET) de las Unidades Académicas del IPN: 15 de Nivel Medio Superior y 24 de Nivel Superior.

3. Cambios en el SGC de la SGE

No se identificaron cambios mayores en el Sistema de Gestión , ni en la documentación del Sistema de Gestión.

4. Datos de los Procesos de Gestión del Sistema

La función de la Dirección está a cargo del M. en C. Fernando Arellano Calderón – Secretario de Gestión Estratégica y tiene asignado al Ing. Juan Carlos Contreras Larios como Representante de la Dirección para el desarrollo, mantenimiento y continuidad del Sistema de Gestión de la Calidad.

El Proceso de Revisión por la Dirección se realiza en forma anual, la última revisión fue realizada en abril de 2011, con base en el procedimiento SGE-PG-03, Rev. 5, este procedimiento se revisa por el Representante de la Dirección y es autorizado por el Secretario de Gestión Estratégica. Se incluyen los datos de entrada para la revisión y se definen también los datos de salida generados de este proceso que se registran en la minuta como "Compromisos para Seguimiento".

Se realizan revisiones trimestrales para evaluar el status de las acciones correctivas, preventivas y proyectos de mejora.

El registro de la revisión directiva se mantiene a través de varios medios: el material con la información para la reunión, la minuta de la revisión, las acciones derivadas de la revisión, entre los registros más significativos.

Para el monitoreo de los objetivos del Sistema de Gestión y de los indicadores de desempeño de los procesos, se cumple con el Plan de Calidad donde están identificados los criterios y las mediciones que se realizan a los procesos.

La última revisión directiva se realizó en Abril 2011 de acuerdo al Programa SGE-PG-07-F01/03, y se efectuaron dos reuniones posteriores para el seguimiento de los acuerdos pendientes, los cuales se cumplieron en mayo y junio de 2011, la invitación para la reunión se realiza a través de la emisión de un oficio, en éste se incluyen los datos de entrada para la revisión: Seguimiento de acuerdos de la reunión de agosto 2010, resultado de Auditoria de Normex, seguimiento a los hallazgos de auditoría externa, cada encargado de proceso emite un reporte previo a la revisión, y a nivel Central se reúnen con seis integrantes de la CEGET en representación de las 39 Unidades Académicas. Algunos de los datos relevantes incluidos en la minuta / reporte de la Revisión fueron: Atención al 100% de las no conformidades menores y de las oportunidades de mejora, índice general de satisfacción del cliente del 92.05%, sobre los cambios que pudieran afectar al SGC, se reportaron: una reducción de tiempo para la entrega de los presupuestos en 5 días establecido por el Proceso de Planeación y Presupuesto, y definición de un macro proyecto nombrado PET 7 – sobre el desarrollo de manuales y procedimientos institucionales de calidad para la alineación y compatibilidad de 300 procedimientos para su reducción y simplificación a solamente 8.

Los datos de salida se registran en la minuta como "Compromisos para Seguimiento", uno de ellos se relacionó con la redefinición de los objetivos de los procesos emitidos en diciembre de 2011.

De acuerdo a esta última Revisión por la Dirección realizada en 2011, el status del sistema se resume en **implementado y mantenido**.

Auditorias Internas

El procedimiento definido para el desarrollo de las auditorias internas es el SGE-PG-07, Rev. Sept 2010 , este define las siguientes etapas principales para su control: **L**as funciones del Auditor Líder y de los miembros del equipo a través del diagrama de flujo del procedimiento, dentro de las responsabilidades del auditor líder es la coordinación a nivel general de las actividades de la auditoria interna, se da seguimiento a los resultados del reporte a través de la Coordinación del SGC, determinan qué áreas deben ser auditadas y con qué frecuencia, la elaboración del plan anual de auditorias internas establece los procesos a ser auditados, este plan es autorizado por el Secretario, el Plan de Auditoria se emite por el Auditor Líder, este incluye el objetivo de la auditoria, alcance, criterios de la auditoria, auditores, Número de auditoria interna y auditados; se incluye también los datos sobre las áreas auditadas, procesos, fecha, hora de inicio, hora de término, equipo auditor y auditado en el formato SGE-PG-07-F02/02. Como parte del reporte de auditoria interna se incluyen los siguientes registros:

Reporte por cada Unidad auditada que incluye el resultado sobre no conformidades mayores, menores, oportunidades de mejora y fortalezas – SGE-PG-07-F10/01, este reporte es entregado para firma al auditado, se anexa para control de la Coordinación también la lista de verificación de la AI – SGE-PG-07-F04/05, se solicita al responsable de cada Unidad que registre en el formato SGE-PG -07-F09/04 el seguimiento de no conformidades de auditoria y que se emitan los reportes de no conformidad SGE-PG-04-F01/03, el informe general de auditoria incluye el concentrado de las no conformidades por requisito y la clasificación de: 1. corrección inmediata, 2. acción correctiva, 3. acción preventiva, 4. actividades permanentes que se deben realizar para prevenir un incumplimiento; con la referencia a las unidades donde se encontraron, de la Auditoria de Junio de 2011 se reportaron 2 no conformidades mayores y 16 menores, , y junto con el equipo auditor se redactan los hallazgos para seguimiento a través del sistema / mecanismo : Reporte de Acción Correctiva o Preventiva SGE-PG-06-F01/03, en todos los casos para el análisis de las no conformidades se utiliza el Diagrama de Ishikawa, con el Programa de Trabajo y la Verificación de la Efectividad a través del seguimiento por los responsables de las no conformidades, en esta etapa ya no participan los auditores internos, solo los responsables de las Escuelas.

Se mostraron los registros relacionados con la calificación de auditores internos existentes / nuevos, dentro de estos registros están: registros de capacitación desde el 2007 sobre la calificación y actualización de auditores internos, se incluye también un formato de evaluación de desempeño de auditores internos que incluye la evaluación de aspectos como: educación, formación como auditor, no. de auditorias, resultados de evaluación de desempeño de la auditoria anterior, y participación en otros cursos o seminarios.

El Proceso de Auditorias Internas se observó mantenido en forma efectiva, el nivel de la información reportada en los informes de Auditoria y en las no conformidades, provee información sobre los datos, registros y personal, como muestra representativa de la evaluación de su Sistema de Gestión.

Acciones Correctivas y Preventivas

La organización cuenta con un Procedimiento documentado para el manejo de Acciones Correctivas y Preventivas SGE-PG-05 Rev. 5, actualizado en 2010. Los formatos empleados para el registro y seguimiento de las acciones incluyen los SGE-PG-04-F01/03 Reporte de No Conformidad (Producto y/o Servicio No Conforme), en este formato se incluye también información como: Reporte de Acción Correctiva, Diagrama de Ishikawa, Programa de Trabajo y Registro sobre la Verificación de la Efectividad de las Acciones. La mayor parte de los registros están relacionados con el seguimiento en entrega de tiempo de los reportes por las Escuelas.

En estos se observa la identificación del problema real / potencial, las acciones inmediatas o de contención, cuando éstas aplican de acuerdo a la naturaleza de los hallazgos, el análisis de causas a través de la herramienta: Diagrama de Ishikawa, la definición de acciones y las actividades de monitoreo hasta su cierre y verificación.

Para el monitoreo de las AC y AP se maneja un boletín mensual con los resultados de las acciones por Escuela y por Área, actualmente se lleva el boletín no. 32. Los boletines cambian en el enfoque de acuerdo a la información presentada mes con mes.

Dentro de las acciones correctivas mostradas en esta **auditoría** se encuentran: las acciones solicitadas en forma trimestral, en base a los resultados del monitoreo de al matriz de seguimiento de los procesos en el formato SGE-PG-03-F02/02 – Informe de Acciones de Mejora: con el status incluyendo porcentajes de avance de las acciones y además el registro de las no conformidades derivadas de los productos no conformes, , como parte de las Acciones Preventivas evaluadas se tomaron las relacionadas con la evaluación de la satisfacción del cliente de los resultados del 1er periodo de 2011, generalmente las acciones se vinculan a capacitar o reforzar los conocimientos del SGC para personal nuevo ya que una de las características principales son los cambios constantes en personal de las Coordinaciones de las Escuelas dentro del alcance; los resultados del último periodo de 2011 aún no han sido acumulados para análisis y toma de acciones.

El Proceso se encuentra implementado y puede ser mejorado a través de proveer capacitación específica a los responsables de los procesos para el conocimiento y reforzamiento de las herramientas para analizar las causas .

Mejora Continua

La mejora continua se mostró a través de algunos proyectos relacionados con la obtención de mejores resultados por cada uno de los Procesos dentro del alcance del SGC.

Se observa también que la mejora continua ha permitido el obtener resultados con tendencias positivas de los objetivos del Sistema de Gestión, por ejemplo los resultados de satisfacción de los clientes y en los resultados de auditorías internas.

Se han considerado como datos de entrada para análisis y definición de acciones de mejora, los resultados de auditorías internas, la información analizada de acciones preventivas y de los resultados de las revisiones por parte de la dirección, adicionalmente a otras herramientas definidas por la organización específicas hacia la mejora continua como son: el Proyecto de Mejora del CECyT Miguel Bernard relacionado con la realización de reuniones periódicas y previas a las solicitudes de información de estadísticas escolares a fin de ir registrando los rubros que normalmente se solicitan; se mostró también lo relacionada al Proceso de Desarrollo Funcional con la realización de una Guía Técnica para soportar el desarrollo de Manuales Administrativos; Creación de una Biblioteca virtual en la pagina web de la SGE, este incluye una Guía de Inducción al Sistema de Calidad y una Guía para Uso del Sistema SAC-DOC, adicionalmente a los boletines de comunicación interna accesibles en la web también sobre temas del SGC.

Uso del Logo

A partir de que sea emitido el certificado ISO 9001:2008 al Sistema de Gestión de la Calidad de la Secretaría de Gestión Estratégica, se procederá a utilizar el logo de TÜV Rheinland y el número de certificado en los oficios y tarjetas que sean emitidos por parte de la Secretaría de Gestión Estratégica.

5. Desviaciones

Se identificaron un total de 0 desviaciones menores , 0 desviaciones mayores.

6. Puntos positivos, Observaciones y Oportunidades de Mejora

PARA SEGUIMIENTO POR EL REPRESENTANTE DEL SGC – Ing. Juan Carlos Contreras:

La siguiente retroalimentación provista por los auditores tiene el propósito de contribuir a la mejora continua del Sistema de Gestión. También se espera éstas provean información para análisis por la organización para identificar áreas débiles y la oportunidad para definir acciones preventivas en los procesos, y asegurar la efectividad del Sistema de Gestión y prevenir desviaciones.

Revisión por la Dirección

- Es importante que los oficios emitidos para convocar a las Reuniones por la Dirección hagan una referencia clara a la solicitud de información acumulada anual, considerando que el periodo de revisiones cambió en 2011.
- Es importante asegurar incluir en forma clara el periodo de las revisiones por al Dirección ahora con e l cambio de revisiones semestrales a revisiones anuales.

Auditorias Internas

- Pueden reforzarse algunas herramientas utilizadas para la realización de las Auditorías Internas, con el objetivo de reforzar las que les permiten auditar con el enfoque a procesos.
- Podría reforzarse el conocimiento tanto de los auditores internos, como del personal auditado en las Unidades Académicas en relación al análisis de causas, por ejemplo a través de proveer capacitación específica en herramientas de análisis de solución de problemas.

Desarrollo Funcional

- Podría darse un seguimiento más específico para que las Unidades Académicas ingresen los manuales que han sido revisados a sus páginas.
- Aún cuando el status de la revisión de manuales pueda observarse en medio electrónico, es también importante registrar la fecha de resolución en el registro en papel.
- Podría reforzarse el registro / actualización continua de datos de seguimiento en la Tabla en Excel manejada por los responsables del proceso

Documentación del SGC

- Podría reforzarse el conocimiento por los responsables de las Unidades Académicas de los conceptos relacionados con Producto / Servicio No Conforme y Propiedad del Cliente.
- Sería conveniente mantener en medio electrónico los documentos y registros del SGC.

Evaluación

- Es importante asegurar que los reportes anuales emitidos incluyan recomendaciones sobre los resultados en las tendencias observadas por los analistas especialistas en el Proceso de Evaluación .
- Sería conveniente mantener en medio electrónico los reportes emitidos por el proceso.

Programación y Presupuesto

- Es importante dar seguimiento a la mejora de los formatos emitidos por este proceso para solicitar información a las áreas involucradas.

Capacitación

- Es conveniente asegurar la continuidad entre las necesidades de capacitación identificadas en 2011 vs las que se identifiquen para el 2012.
- Podría solicitarse al Área Central de RH la disponibilidad de las descripciones de puestos de los procesos incluidos dentro del alcance de certificación, con el propósito de manejar una comunicación interna de esos requerimientos con los diferentes procesos.

Evaluación de Proveedores Internos

- Es importante que se generen claramente los lineamientos utilizados por todas las Unidades Académicas para la evaluación de desempeño hacia los proveedores llamados departamento y subdirecciones que entregan la información (tiempo y forma) con la que se elabora el Programa Operativo Anual (POA) y el Programa Estratégico de Desarrollo de Mediano Plazo (PEDMP).

Evaluación de Proveedores Internos

- La organización podría estructurar acuerdos cliente-proveedor a fin de controlar más claramente a los proveedores llamados departamento y subdirecciones que entregan información con la que se elabora el Programa Operativo Anual (POA) y el Programa Estratégico de Desarrollo de Mediano Plazo (PEDMP); en particular sobre las acciones a seguir por incumplimientos en la entrega a tiempo de la información para elaborar el POA y PEDMP.

Enlace Técnico Planeación

- Se observó que uno de los registros para el control de calidad y monitoreo que utiliza el proceso llamado Enlace Técnico de Planeación (ESIME Azcapotzalco) es el documento llamado cédula de información POA 2011 de la subdirección académica; sin embargo este registro aún no está estandarizado para todas la Unidades Académicas y no es un registro controlado del Sistema de Gestión de Calidad (SGC); podría evaluarse su estandarización ya que se trata de un registro clave en el SGC.

Documentación del Sistema y Control de Registros de los Procesos

- Es importante asegurar que en el software llamado SAPMI se actualice la referencia de ISO 9001:2000 por la de ISO 9001:2008 en algunos portales.
- Los Planes de Calidad en el SGC podrían mejorar en algunos casos donde no se define claramente el estándar o meta a lograr para los indicadores de procesos definidos (ej. Numero de desviaciones del área central que se retroalimentan al proceso como resultado de la entrega del POA y PEDMP).
- Revisar los objetivos generales del Sistema de Gestión de la Calidad, con la finalidad de que el resultado obtenido sea comparado con los años anteriores y se demuestre contundentemente la mejora de ellos.
- Evaluar que en el mapa de procesos, se indique claramente cuáles son proceso y cuáles son procedimientos.

- Revisar en el Manual de la Calidad SGE-MC-01, Ver 7 , **9 sep. 2010**, en el apartado 7.4 que menciona que para el caso de las CEGET el proceso de compras no aplica por ser realizado por la Subdirección Administrativa de las Unidades Académicas, con el fin de aclarar si se realizan o no compras y la verificación del producto comprado en CEGET.
- Evaluar el mejorar los registros de cronograma de actividades, para que en el mismo se documente claramente la fecha de cumplimiento así como la evidencia de dicho cumplimiento en un sólo registro.
- Reforzar en el personal la interpretación de mapa de procesos, para que se diferencie claramente cuáles son los procesos y cuáles son los procedimientos.
- Revisar que se encuentren disponibles con mayor facilidad los registros que demuestran que el software implementado en el sistema se encuentra trabajando adecuadamente.

Planeación del Sistema de Calidad

- Fortalecer en el personal los conceptos de "Indicador y objetivo" con la finalidad de que no sean confundidos y exista una mejor interpretación de ellos.
- Verificar la posibilidad de realizar los indicadores más estrictos o ambiciosos con el fin de demostrar la mejora continua del sistema de calidad en cada uno de los procesos establecidos. Clarificar los objetivos que aporten valor a los procesos y que no consideren sólo los compromisos definidos en los POA´s.

Noticias

De acuerdo a los resultados del Informe de Auditoría de Recertificación, descritos en el presente boletín, se elaborará un programa de trabajo con la participación del personal correspondiente, para solventar las observaciones y oportunidades de mejora declaradas, con la prospectiva de transitar al Sistema Institucional de Calidad.

¡Felicidades a todo el personal integrante de la Secretaría de Gestión Estratégica y las 39 Coordinaciones de Enlace y Gestión Técnica por su esfuerzo, compromiso y aplicación efectiva que permitió lograr la Recertificación de Calidad **ISO 9001:2008**