MARCO

OBJETO	Definir la sistemática para la planificación y ejecución de las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de la SST determinando si dicho sistema está implantado conforme a las disposiciones planificadas para la gestión de la SST, incluidos los requisitos de la Norma UNE-EN ISO 45001:2023, establecer las pautas de actuación y/o mecanismos para la apertura, comunicación, registro, notificación e investigación, de las no conformidades abiertas por incumplimiento de requisitos del sistema de gestión de SST; y la sistemática para eliminar las causas de las no conformidades reales (acciones correctivas) y potenciales (acciones preventivas).
ÁMBITO DE APLICACIÓN	Todas las actividades, servicios, procesos e instalaciones existentes en los Centros que conforman el SAS y que estén sujetas a requisitos legales o subscritos por la organización, al objeto de controlar y reducir su repercusión en la seguridad y la salud de los y las trabajadoras.
DEFINICIONES	**Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener las evidencias de auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en el que se cumplen los criterios de auditoría (punto 3.31 UNE-EN ISO 45001:2023) **Auditor:** Persona cualificada para realizar auditorías internas de seguridad y salud laboral y designada para una en concreto. **No Conformidad:** Incumplimiento de un requisito (punto 3.34 UNE-EN ISO 45001:2023) **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria (punto 3.8 UNE-EN ISO 45001:2023) **Acción correctiva:** Acción para eliminar la causa de una no conformidad o un incidente y prevenir que vuelva a ocurrir (punto 3.36 UNE-EN ISO 45001:2023) **Acción preventiva:** Actuación tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.
AGENTES IMPLICADOS	Dirección Gerencia y equipos directivos. Cargos Intermedios. Unidad de Prevención de Riesgos Laborales. Delegados y Delegadas de Prevención. Comité de Seguridad y Salud. Equipo auditor. Unidad de Coordinación de PRL (UCPRL).

BORRADOR

DESARROLLO

Debe establecerse el presente procedimiento de Auditoría Interna en los centros cuyo Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se rija por los requisitos del estándar de la norma UNE-EN ISO 45001:2023 con el objetivo de:

- Determinar si el sistema de gestión de SST:
  - Es conforme o no con lo planificado para la gestión de la SST incluyendo los requisitos de la norma UNE-EN ISO 45001:2023;
  - Ha sido o no implementado y mantenido de manera adecuada; y
  - Es o no eficaz para cumplir la política y los objetivos de la organización.
- Revisar los resultados de auditorías previas.
- Fomentar una cultura de mejora continua dentro de la organización, ya que se revisan y ajustan los procesos regularmente para adaptarse a nuevas normativas y tecnologías.
- Mejorar la sensibilización e implicación de los trabajadores.
- Fomentar la capacidad de los trabajadores de alejarse de situaciones de trabajo que consideren que presentan un peligro inminente y serio para su vida y su salud.
- Proporcionar información de los resultados de las auditorías a la dirección del centro, Delegados y Delegadas de Prevención, Comité de Seguridad y Salud y UCPRL.

Las auditorías se concentrarán en el funcionamiento del SST y no deberán confundirse en ningún caso con las inspecciones del Sistema de gestión de la Seguridad y salud en el trabajo.

Además, a través de este procedimiento se debe describir la sistemática aplicada en el centro para:

- ✓ Detectar oportunidades que permitan mejorar la SST y otras oportunidades para el sistema de gestión.
- ✓ Investigar y analizar las no conformidades reales o potenciales.
- ✓ Asegurar la correcta implantación de las acciones correctivas y preventivas del sistema de SST, para evitar la repetición de las causas que dieron origen a esas no conformidades.

1. GESTIÓN CENTRALIZADA DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS

La UCPRL aprobará un programa de auditorías internas del Sistema de Gestión de la SST del SAS, teniendo en cuenta los centros a auditar, la importancia de las operaciones y los resultados de las auditorías previas.

Este programa formará parte de la actividad de consultoría suscrito entre el SAS y la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), garantizando la competencia profesional y la objetividad e imparcialidad del equipo auditor en el proceso de auditoría.

Participarán en el equipo de auditores, los profesionales que pertenezcan al SAS y que cumplan los siguientes requisitos:

- Conocer la legislación en materia de Riesgos Laborales aplicable a los procesos, productos y servicios de la organización.
- Estar en posesión del título de Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales en las especialidades de Seguridad en el Trabajo, Higiene Industrial y Ergonomía y Psicosociología Aplicada.
- La vigilancia de la salud será auditada por una unidad compuesta por un especialista en Medicina del Trabajo y un especialista en Enfermería del Trabajo.
- Ser independiente en relación al área a auditar.
- Disponer de formación específica en la norma UNE-EN ISO 45001:2023.
- Experiencia y conocimiento del Sistema de Gestión de PRL del SAS.

El equipo auditor es el encargado de examinar el sistema de gestión de PRL (procedimientos, registros…). La información clínica de los profesionales no es objeto de esta auditoría, quedando garantizada la protección de datos de carácter clínico.

La UCPRL en función de las necesidades detectadas llevará a efecto un plan formativo que garantice la capacitación de las personas que conforman las UPRL y que voluntariamente deseen realizar este cometido.

Los centros informarán a la UCPRL sobre los resultados obtenidos, de forma que se evalúe el grado de implantación, adecuación y cumplimiento de los requisitos definidos a nivel corporativo y de centro.

La UCPRL anualmente, en el seno del Comité Sectorial de Seguridad y Salud informará de la programación y seguimiento de las auditorías en cada centro.

La Unidad de Coordinación de Prevención de Riesgos, dispondrá en soporte informático, de los informes de auditoría de los distintos centros para su evaluación a nivel corporativo.

2. PROCESO DE AUDITORIA INTERNA

2.1. Planificación de las auditorías internas:

Cada Centro programará su auditoría teniendo en cuenta la importancia de las operaciones, los resultados de las auditorías previas y asegurándose de que se audite de forma interna la totalidad del Sistema de Gestión de la SST del Centro al menos una vez al año.
Una vez determinado el Plan de Auditorías del Centro será distribuido a los/as Responsables de los Departamentos, Áreas o Servicios a auditar con, al menos, quince días de antelación.

Este Plan contendrá:

- Actividad o actividades objeto de la auditoría.
- Áreas auditadas, con los y las responsables de los servicios que serán auditados.
- Las fechas y la duración prevista para cada actividad principal de la auditoría, entre ellas, comienzo y cierre de la auditoría.

Con carácter excepcional, se podrá plantear la necesidad de realizar auditorías internas adicionales.

2.2. Ejecución de la Auditoría Interna:

El equipo auditor deberá recopilar la documentación necesaria del sistema implantado, administrar el cuestionario de auditoría, realizar la auditoría y el informe pertinente.

Solicitará al responsable del área auditada, con la antelación suficiente, los procedimientos y documentación asociada al objeto de analizarla para el posterior desarrollo de la auditoría.

Se utilizarán las técnicas de auditoría habituales para el desarrollo de las mismas: entrevistas y coloquios, muestreo y seguimiento de registros, etc.

Se realizarán, cuando sea necesario, reuniones entre auditor y auditado durante el transcurso de la auditoría para revisar cómo se está desarrollando la misma y establecer, si cabe, variaciones en el Plan de Auditoría. Siempre que se varíe este programa se ha de comunicar a todas las personas afectadas.

Una vez aclaradas las discrepancias que pudieran existir en cuanto a las desviaciones de la auditoría, el equipo auditor presentará el Informe Final de Auditoría, que será distribuido a los y las responsables de las áreas auditadas y de PRL, y tendrá el siguiente contenido:

- Programa de la auditoría.
- Áreas auditadas.
- Fechas en las que se ha desarrollado.
- Desviaciones encontradas, acordadas con los auditados.
- Valoración de los puntos fuertes y de las áreas de mejora del sistema de gestión, información sobre el grado de cumplimiento de la política y objetivos de SST y avances en materia preventiva observados por la organización e información sobre la eficacia de las medidas de control para los riesgos evaluados de la organización.
- Documentación auditada.
- Firma del auditor/a o auditores/as.

BORRADOR

2.3. Definición de acciones correctivas y/o preventivas:

En base al resultado del informe de auditoría se definirán las acciones correctivas y/o preventivas necesarias.

Se fijarán responsables y plazos para su implantación, que será supervisada desde la Dirección Gerencia mediante la elaboración de una ficha de realización y control de acciones correctoras y/o preventivas. Los resultados de las medidas implantadas, supervisados mediante dicha ficha, deberán ser registrados y archivados por la Dirección Gerencia.

Los responsables deberán asegurar que se toman las acciones sin demora para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.

Una auditoría no se considerará cerrada hasta que haya sido verificada la implantación de todas las acciones correctivas, y evaluadas la eficacia de las mismas.

2.4. No conformidad, acción correctiva y acción preventiva:

Este apartado, es de aplicación a las no conformidades reales y/o potenciales en materia de PRL, derivadas de las actividades llevadas por los distintos centros que conforman el SAS y a las acciones correctivas y/o preventivas tomadas para prevenir la aparición de no conformidades potenciales.

A continuación se define la operativa existente para el tratamiento de las no conformidades gestionadas por los Centros.

- Identificación, documentación y análisis:

A partir de los informes de auditoría, de la notificación de riesgo laboral, del control de los registros de los resultados del plan de autoprotección, de los reportes de accidentes/incidentes y de las comunicaciones del servicio de mantenimiento, entre otros, pueden detectarse desviaciones que den lugar al establecimiento de no conformidades, acciones correctivas y/o preventivas, así como oportunidades de mejora.

La persona que lo detecte deberá comunicarlo al cargo intermedio, unidad o servicio, donde se decidirá la idoneidad de la apertura de una NC, AC y/o AP. Esta decisión será tomada bajo la supervisión del responsable de PRL del centro.

Se consideran causas de no conformidad, las referidas a incumplimiento de los requisitos y compromisos adquiridos en el Sistema de Gestión de PRL implantado y desviaciones en legislación relativa a Prevención de Riesgos Laborales.

BORRADOR

Algunos de los incumplimientos de requisitos que pueden generar NC son:

- Para el sistema de gestión de la SST:
  - Fallo de la alta dirección al demostrar su compromiso.
  - Fallo al establecer los objetivos de SST.
  - Fallo al definir las responsabilidades que requiere el sistema de gestión de la SST, como las responsabilidades de lograr objetivos.
  - Fallo al evaluar periódicamente el cumplimiento de los requisitos legales.
  - Fallo en el cumplimiento las necesidades de formación.
  - Documentación no actualizada o inapropiada.
  - Fallo al llevar a cabo las comunicaciones.

- Para el desempeño de la SST:
  - Fallo al implementar el programa planificado para lograr los objetivos de mejora.
  - Fallo constante en el logro de los objetivos de mejora del desempeño.
  - Fallo en el cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos.
  - Fallo al registrar los incidentes.
  - Fallo en la implementación adecuada de las acciones correctivas.
  - Altas tasas constantes de enfermedad o daños que no son tratadas.
  - Desviaciones de los procedimientos de SST.
  - Introducción de nuevos materiales o procesos sin realizar una evaluación de riesgos apropiada.

Todas las incidencias e Informes de no conformidad deben ser registradas y conservar copia de ello.

El registro de las no conformidades deberá realizarse utilizando el DOC.31-01.

Los y las responsables implicados deberán analizar la causa, definiendo las acciones, responsables y plazos para su subsanación.

- Seguimiento y cierre de un informe de no conformidad/problema potencial:

Si el problema detectado es potencial sin existir una no conformidad real, el o la Responsable de PRL deberá definir acciones preventivas usando un enfoque similar al de las acciones correctivas y estableciendo unos responsables para implantarlas. Los problemas potenciales pueden identificarse usando métodos como la extrapolación de acciones correctivas de no conformidades reales a otras áreas aplicables donde se realizan actividades similares, o como en el análisis de peligros.

BORRADOR

Los técnicos de prevención realizarán un seguimiento de la eficacia de la implementación de la acción preventiva comprobando si se realiza adecuadamente en el plazo definido y verificando que se elimina la causa subyacente de la situación potencialmente no deseable evitando así su ocurrencia. Estos reflejarán su conformidad en una ficha de realización y control de acciones correctivas y/o preventivas, que será registrada y archivada.

Si se trata de un problema real, la UPRL investigará la no conformidad en el servicio implicado y elaborará un informe que determinen las causas y las acciones para dar solución y prevenir que vuelva a ocurrir. La Dirección en materia de PRL determinará su conformidad con el informe, definirá las personas responsables, los plazos y los medios para ello. Antes de poner en práctica estas medidas, debe de consultarse a los Delegados y las Delegadas de prevención e informar al Comité de Seguridad y Salud.

El o la responsable asignada, con el soporte del responsable de PRL del centro, deberá asegurarse de implementar las decisiones adoptadas para solucionar una no conformidad, responsabilizándose de hacerlo adecuadamente y dentro del plazo fijado en el Informe de no conformidad. Se encargarán de realizar el seguimiento de la eficacia de la implementación (comprobación de si se han realizado las acciones definidas en plazo), verificando que la no conformidad ha sido solucionada eficazmente, es decir, se ha eliminado la causa que la generó, indicando cualquier observación que se considere oportuna. Estos reflejarán su conformidad con la eficacia de la acción correctiva y/o preventiva en una ficha de realización y control de acciones correctoras y/o preventivas, que será registrada y archivada.

El cierre de la no conformidad será firmado por el/la responsable de PRL, quien dará traslado de dicho cierre al responsable del servicio implicado.

BORRADOR

Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud

INFORME DE NO CONFORMIDAD

NOMBRE CENTRO		Código: Nº_/_ Año_

Tipo: ☐ Incumplimiento SGSST ☐ Legal ☐ Auditoría ☐ Comunicación Externa

1. DESCRIPCIÓN

Fecha de detección: Nombre:

2. CAUSAS

DA LUGAR A ACCIONES: ☐ INMEDIATAS ☐ CORRECTIVAS ☐ PREVENTIVAS ☐ OPORTUNIDAD DE MEJORA

NC Comunicada a SSCC por magnitud o por ser aplicables a otros Centros ☐ Si ☐ No

3. ACCIONES

	Responsable	Fecha prevista	Fecha real

4. SEGUIMIENTO Y CIERRE

Observaciones:	Fecha Cierre:	Firma:

BORRADOR