

Revisión de la Dirección



**Segunda Revisión de la Dirección
Facultad de Medicina**

27 Octubre de 2009



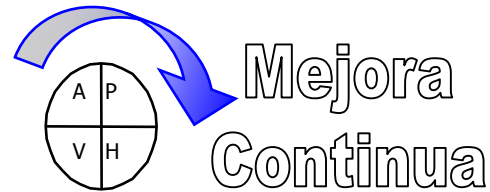
Revisión de la Dirección

Alcances del Sistema de Gestión de la Calidad



Administración del Sistema de Gestión de la Calidad

MAPA DE PROCESO



- Cientes/ Proveedor**
- Médico
 - Paciente
 - Investigador
- Entradas / Insumos**
- Solicitud de análisis
 - Condiciones optimas para la toma
 - Ficha de pago
 - Planes y programas de estudio

 - Estudios de campo
 - Proyectos de investigación



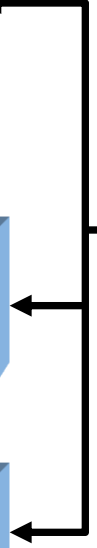
Programación



Provisión de servicios de laboratorios

Enseñanza aprendizaje a través de prácticas

Investigación



Evaluación

- Cientes o Usuarios**
- Paciente
 - Investigadores
 - Alumnos
 - Médicos
 - Profesor coordinador
- Salidas / Productos**
- Resultado de análisis
 - Calificación del alumno

Administración de recursos financieros materiales y humanos

Revisión: 00
24 de octubre 2008



Revisión de la Dirección

Agenda de la reunión

- Resultados de auditorias.
- Retroalimentación del usuario.
- Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
- Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Acciones de seguimiento de revisiones previas por la Dirección.
- Cambios que podrían afectar al SGC.
- Recomendaciones para la mejora.



RESULTADOS DE AUDITORIA CONTABLE

Puntos pendientes de las recomendaciones de la auditoria contable:

1. Elaborar convenios que regulen las actividades de personas externas en instalaciones de la Facultad.
2. Realizar el contrato de arrendamiento del estacionamiento para empleados con la finalidad de dejar establecido los derechos y las obligaciones entre ambas partes.



RESULTADOS DE AUDITORIA CONTABLE

Puntos pendientes de las recomendaciones de la auditoria contable:

3. Que el área de Recursos Humanos identifique en su calculo que parte es la remuneración y la prestación para que el área de contabilidad registre adecuadamente estas operaciones y presentar información mas clara. Aun cuando el porcentaje de remuneración respaldado con comprobantes firmados por el empleado es del 10% en el total de lo analizado, es necesario ser reportadas a Recursos Humanos para realizar el pago a través de la nomina considerándola legislación universitaria.





RESULTADOS DE AUDITORIA CONTABLE

Puntos pendientes de las recomendaciones de la auditoria contable:

4. Todo gasto de pasajes debe contar con un documento que ampare la realización del mismo. Establecer una política que establezca la sanción en caso de perdida de los comprobantes de viajero y anexar a la poliza la copia de la constancia de participación del profesor.



RESULTADOS DE LA SEGUNDA RE-ACREDITACIÓN DE LA LICENCIATURA EN MEDICINA

Revisión de la Dirección

Puntos pendientes de la auditoria de re acreditación

- Mediante la investigación sustentar la diferencia entre el grupo tradicional y el integrado. Pendiente
- Estructurar un examen profesional que evalúe todas las áreas del perfil de egreso. Proceso
- Estructurar un sistema de evaluación institucional permanente e integral. Pendiente
- Acatar las recomendaciones de la Comisión de Seguridad e Higiene de manera rigurosa. Proceso
- Contar con un sistema de evaluación de la práctica docente. Proceso
- Constituir el comité de bioética y el de investigación. Proceso



Revisión de la Dirección

RESULTADOS DE AUDITORIAS.

- RECOMENDACIONES DE LA TERCERA ACREDITACIÓN DE LA LIC. DE MEDICINA COMAEM 2009





PLAN DE ESTUDIOS

- Se debe estructurar un programa de trabajo comunitario que se ejerza en todas las unidades en donde los alumnos realizan actividades de salud comunitaria, con el fin de planearlas, mejorar los resultados y medir el impacto.
- Se debe asegurar que las acciones relaciones con la ejecución del programa de trabajo comunitario sean respaldadas por personal debidamente calificado.
- Como parte del programa de trabajo comunitario, se deben implementar acciones bien dirigidas de docencia, servicio e investigación con el fin de obtener resultados, establecer el impacto y tomar decisiones



ALUMNOS

Revisión de la Dirección

-Definir el cronograma de actividades de manera general y diseñar instrumentos para evaluación del impacto del programa de tutorías en el rendimiento académico de los estudiantes. Se sugiere intercambiar información con el departamento de Psicopedagogía para conjuntar esfuerzos.





EVALUACIÓN

- Se conoce que la forma de titulación es la tesis. Se refiere que no a todos los alumnos se les evalúa la formación clínica. Por lo que sería importante incluir una evaluación sistematizada durante este proceso.
- Es necesaria la implementación de la evaluación de desempeño clínico en el examen profesional ya que solo se menciona en forma oral que algunos presentan un examen integrador, no habiendo evidencia física del mismo, ya tienen estructuradas las listas de cortejo solo es importante implementarlo.
- Es necesario definir cuál es la finalidad del examen profesional para poder implementar de forma adecuada las estrategias correctas.



EVALUACIÓN

-Es necesario continuar con el seguimiento de egresados aunque se quiera implementar otro tipo de seguimiento debe de ser paralelo al mismo.

Al no existir un seguimiento de egresados no se puede verificar el rendimiento académico ni profesional.

-Es muy importante para la Facultad el que se continúe con las estadísticas del seguimiento de egresados, para poder seguir realimentando el desarrollo del plan de estudio.

-Es necesario realizar un cronograma para que sea aplicado de forma sistemática para realizar un programa general para la Facultad.



VINCULACIÓN INSTITUCIONAL

-La Facultad debe ordenar y sistematizar su información en general para generar documentos donde se señalen los logros y resultados, así como los rezagos e inconsistencias en el plan de desarrollo.

Sistema de planeación

-La Facultad debe fortalecer la investigación educativa para incrementar la calidad de la educación médica.

-Elaborar el Programa del Comité de ética.



VINCULACIÓN INSTITUCIONAL

- La Facultad debe buscar hacer oficial el Comité de Ética, así como crear el programa en donde se tomen en cuenta los estándares internacionales en la creación de los comités de ética y sus fundamentos.
- Elaborar el programa del Comité de Investigación y asegurarse que sesione de manera regular.
- Elaborar el programa del Comité de Investigación en donde se explicita su metodología, objetivos, fundamentos y resultados.



ADMINISTRACIÓN Y RECURSOS

-Deben contar con un bioterio para sus prácticas de laboratorio, así como para sus estudios de investigación y que esté debidamente organizado por un médico veterinario.



Revisión de la Dirección

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CIEES DE LAS LICENCIATURAS EN NUTRICIÓN

- Lograr la coherencia vertical y horizontal de todas las asignaturas del plan de estudios EN PROCESO
- Utilizar la evaluación de los profesores para retroalimentar su labor docente. EN PROCESO
- Proporcionar estabilidad a los profesores por asignatura y TC adscritos al programa. PROCESO
- Establecer programas permanentes de superación disciplinar y pedagógica para los docentes PROCESO
- Implantar un sistema de información estadística confiable que retroalimente la toma de decisiones de los procesos académicos. PROCESO
- Flexibilizar el PE PROCESO





Revisión de la Dirección

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS CIEES DE LAS LICENCIATURAS EN REHABILITACIÓN

- Utilizar los resultados de la evaluación de los docentes para mejorar su labor PROCESO
- Proporcionar estabilidad laboral a los profesores PROCESO
- Incrementar y difundir las líneas de generación y aplicación del conocimiento en los aspectos educativo y disciplinar. PROCESO
- Establecer un sistema de evaluación educacional sobre el programa PROCESO
- Dar a conocer el plan de desarrollo a la comunidad de la Licenciatura. PROCESO





RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS Marzo 2009

Revisión de la Dirección

PRIMERA AUDITORIA INTERNA EXTRAORDINARIA

NC: 24 Recomendaciones:16





Revisión de la Dirección

Primera Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Fecha del 2 al 9 de marzo 2009

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento de lo establecido en las acciones correctivas derivadas de la segunda auditoría interna, así como verificar el control de los residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI).

ALCANCE: Aplica para auditar los procesos de aquellos laboratorios que están involucrados con las acciones correctivas derivadas de la segunda auditoría interna, así como a los que generen RPBI.

CRITERIOS: Cláusula 6.3 de la norma ISO 9001:2000. Normas oficiales: NOM 052, NOM 087.
Nota: aplican a todos los procesos.





Primera Auditoria Interna de Calidad

Laboratorios Auditados

- Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnicas Quirúrgicas (CETQ)
- Unidad Cardiometabolica (UC)
- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutricio (LEEN)
- Laboratorio de Dietología (LD)
- Laboratorio de Imaginología (LIMAG)
- Laboratorio de Ciencias Fisiológicas (LFIS)
- Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación (LMD)
- Laboratorio de Análisis Clínicos (LAC)
- Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (LEIP)
- Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple (LEIM)





Primera Auditoria Interna de Calidad

Equipo Auditor:

Carmen Díaz novelo

Edith Coello Cervera

Lizbeth Estrada Osorio

Aurora Cinta Güendulain

María Cárdenas Marrufo

Zulema Cabrera Araujo

Caridad Herrera Franco

María Ortega Horta

Sally López Osorno (Coordinadora de Auditorias)

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LFIS	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva de la identificación de los documentos en el LFIS.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 10 y 23 del reporte de la segunda auditoria.
	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
LFIS	Que las autoridades correspondientes atiendan a la solicitud de instalación de extractores para cumplir con el apartado 6.4 de la norma ISO 9001:2000. CERRADA

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LCETQ	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva del funcionamiento óptimo del desagüe del LCETQ.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva de la infraestructura necesaria para proporcionar el servicio de esterilización.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia del registro de las Acciones Correctivas (AC), con folio 10, 12, 14 y 21 del reporte, derivadas de la segunda auditoria; así como una AC con folio 02 de la primera auditoria interna.
	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria.
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	No se encontró evidencia objetiva del uso correcto del envasado de los RPBI.

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
<p>LCETQ</p>	<p>Definir los canales de comunicación e involucrar a todo el personal del área.</p>
	<p>Dar mantenimiento a las instalaciones eléctricas, procurando que no se dejen las salidas de electricidad sin tapa de protección; verificar el estado de la fosa séptica; revisar el desagüe del edificio que se encuentra sobre las jaulas de animales, procurando que no imposibilite el paso al momento de alimentar, resguardar o supervisar a los animales; mantener limpio y ordenado el espacio donde se ubica el manejo de residuos y eliminar del área trasera del laboratorio aquellos objetos que dan mal aspecto y son inservibles.</p>
	<p>Revisar la información que se especifica en el formato de AC (códigos, etc)</p>

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LAC	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva de la infraestructura necesaria para proporcionar el servicio de esterilización
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	No se encontró evidencia objetiva del uso correcto del envasado de los RPBI, en el área de toma de muestras generales y toma de muestras ginecológicas
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	En la recolección de los recipientes para el manejo de RPBI el personal manual que la realiza, en vez de tirar la bolsa sin abrir, vacía los contenidos de todas las bolsas en otra bolsa.

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEIM	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 11, 18, 20 y 21 del reporte de la segunda auditoria.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva del seguimiento de la efectividad de las acciones. (La ubicación física del archivero no es la adecuada, ya que no cuenta con el resguardo necesario para la información).
	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
LEIM	Asegurar que los contactos de electricidad estén debidamente protegidos en el área en donde se da atención a los niños
	Verificar periódicamente los medicamentos que tienen en el botiquín y eliminar aquellos que hayan caducado, además de mantener el botiquín en un área accesible para todo el personal.

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LD	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 10 y 21 del reporte de la segunda auditoria.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
LD	Revisar la redacción de las AC, modificar e imprimir de nuevo.
	Revisar la información que se especifica en el formato de AC (códigos, etc).



Revisión de la Dirección

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEEN	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 12 y 21 del reporte de la segunda auditoria



Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LMD	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 21 y 23 del reporte de la segunda auditoria; así como las AC con folio 01 y 06 de la primera auditoría.
	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria.
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	No se encontró evidencia objetiva del uso correcto del envasado de los RPBI.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
LMD	Revisar la redacción de las AC, modificar e imprimir de nuevo.
	Definir los canales de comunicación e involucrar a todo el personal del área

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEIP	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia de la documentación de las AC derivadas de las NC con folio 12, 14, 21 y 24 del reporte de la segunda auditoria.
	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria.
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	No se encontró evidencia objetiva del uso correcto del envasado de los RPBI.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
LEIP	Reforzar por parte del responsable del área el compromiso con el SGC.
	Definir los canales de comunicación e involucrar a todo el personal del área
	Revisar la redacción de las AC, modificar e imprimir de nuevo.
	Revisar la información que se especifica en el formato de AC (códigos, etc).
	Implementar y apegarse a lo establecido en la normatividad aplicable al manejo de los RPBI.

Revisión de la Dirección

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LIMAG	ISO 9001:2000	No se encontró en la plataforma la información de las AC derivadas de la segunda auditoria

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
TODOS	NOM-017-STPS-2001	En todos los laboratorios en donde se manejan RPBI no se cumple con lo establecido en el requerimiento.(manejo de equipo de protección personal, para proteger a los trabajadores de los agentes del medio ambiente de trabajo que puedan dañar su salud).

Primera auditoria interna extraordinaria de calidad

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
TODOS	Al personal de cada laboratorio en la Facultad de Medicina, encargado de documentar las AC se le sugiere apegarse a las NC establecidas en el reporte de auditoría.
	Que los responsables del manejo de AC den el seguimiento correspondiente para el cierre de sus acciones.
Alta Dirección	Se recomienda que se designe al responsable del seguimiento de los procedimientos del LIMAG.
Alta Dirección	Reforzar el compromiso con los responsables de los procesos y/o procedimientos con el SGC.
Todos los que aplique	Verificar el cumplimiento de la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico
Alta Dirección	Concluir la adecuación del área para almacenamiento temporal de los RPBI.
Responsable De Servicios Generales	Que el departamento de servicios generales de seguimiento permanente al desempeño de las labores que realizan los empleados manuales en lo que respecta al mantenimiento de limpieza, así como al manejo de RPBI (en los laboratorios donde aplique).



Revisión de la Dirección

TERCERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

junio 2009

TERCERA AUDITORIA INTERNA

NC: 11 Recomendaciones:5





Revisión de la Dirección

TERCERA AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

Fecha del 24 al 30 de junio 2009

OBJETIVO: Verificar el cumplimiento a lo establecido en los procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad en los laboratorios que generen residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI).

ALCANCE: Aplica para auditar los procesos de aquellos laboratorios que generen RPBI.

CRITERIOS: Cláusulas 4.1, 4.2.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.4.2, 5.5.1, 5.5.3, 6.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1 y 8.5.3. de la norma ISO 9001:2000.





Tercera Auditoria Interna de Calidad

Laboratorios Auditados

- Laboratorio de Cirugía Experimental y Técnicas Quirúrgicas (CETQ)
- Laboratorio de Ciencias Fisiológicas (LFIS)
- Laboratorio de Medicina del Deporte y Rehabilitación (LMD)
- Laboratorio de Análisis Clínicos (LAC)
- Laboratorio de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias (LEIP)





Revisión de la Dirección

Tercera Auditoria Interna de Calidad

Equipo Auditor:

Carmen Díaz novelo

Aurora Cinta Güendulain

Pamela Pereyra Azcorra

María Cárdenas Marrufo

Zulema Cabrera Araujo

Pedro Pérez Osorio

Caridad Herrera Franco

Alfonso López

Katia Andrea Toledo Lugo

Sally López Osorno (Coordinadora de Auditorias)



Resultados tercera auditoria interna de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEIP	NOM-062-Z00-1999	No se encontró evidencia objetiva del adecuado funcionamiento de la estancia temporal de animales de laboratorio.
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Los RPBI no están siendo desechados conforme a lo establecido en la norma.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva de los documentos externos (específicamente la normatividad aplicable al área).
	ISO 9001:2000	Se observó el uso de documentos obsoletos en el área.
	ISO 9001:2000	De acuerdo a lo señalado en el apartado de control de registros del procedimiento de enseñanza-aprendizaje derivado de actividades relacionadas a proyectos de investigación (P-FMED-LEIP-02) no se encontró evidencia objetiva del resguardo de un registro.
	NOM-052-SEMARNAT-2005	No cuentan con un catálogo de reactivos donde se estipulen las medidas de manejo y resguardo de los mismos.

Resultados tercera auditoria interna de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado		Descripción de las observaciones
LEIP		Un usuario no portabala identificación correspondiente la cual le da la autorización para uso de la infraestructura.
Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las recomendaciones
LEIP	Todos	Creación de un Manual de Técnica que se llevan a cabo en el Laboratorio, ya que los técnicos académicos solo la tienen en sus bitácoras personales
	Todos	Realizar un monitoreo periódico de la salud de sus usuarios, ya que están en contacto con agentes patógenos

Resultados tercera auditoria interna de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LCETQ	NOM-062-Z00-1999	no se encontró evidencia del registro de las actividades para el adecuado traslado, recepción y métodos de eutanasia de los animales.
	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva del almacenamiento, la protección, la recuperación, el tiempo de retención y disposición de los registros.(F-FMED-LCETQ-02 y F-FMED-LCETQ-03)

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de la Recomendación
LCETQ	Enseñanza-aprendizaje	Mencionar en los indicadores que estos son anuales

Resultados tercera auditoria interna de calidad

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LAC	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Los RPBI no están siendo etiquetados conforme a lo establecido.
	ISO 9001:2000	No se mostró evidencia objetiva de la medición de los indicadores de los procedimientos (de marzo a mayo 2009).

Resultados tercera auditoria interna de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado		Descripción de las observaciones
LAC		Existen documentos que deberían integrarse al SGC (código, nombre, entre otros requisitos)
		La Encuesta de Satisfacción (F-FMED-LAC-13) presenta un código diferente al estipulado en el procedimiento (P-FMED-LAC-01).
		Existe una regadera en LAC sin desagüe cercano, ubicada entre el lavamanos y una impresora.

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las recomendaciones
LAC	Todos	Revisar el sistema administrativo que reporta el seguimiento de indicadores, de manera que se realicen las adecuaciones a las mediciones de los procedimientos.

Resultados tercera auditoria interna de calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LMD	ISO 9001:2000	No se encontró evidencia objetiva de un requisito solicitado para el registro. (no se encontró la firma en un expediente clínico)

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las recomendaciones
LMD	Todos	Analizar los periodos para el mantenimiento de sus equipos y mantener disponibles los registros de cambios en los mismos.

Observaciones generales:

Se observó que falta reforzar las herramientas y documentos que apoyan el SGC.

Actualizar los registros de las acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (firmas, evidencias, fechas).



Revisión de la Dirección

**Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de
Calidad
septiembre - octubre 2009**

**Segunda Auditoria Interna
Extraordinaria
NC: 19 Recomendaciones:1**



Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Fecha del 28 de septiembre al 01 de octubre 2009

OBJETIVO Verificar el cumplimiento con requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008 para los procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación y provisión de servicios de laboratorio.

ALCANCE DE LA AUDITORIA: Aplica para auditar los procesos de los siguientes Laboratorios: Evaluación del Estado de Nutrición (LEEN), Dietología (LD), Unidad Cardio Metabólica (UCM), Imagenología (LIMAG), Estimulación e Intervención Múltiple (LEIM), así como el procedimiento del Área de Adquisiciones del Departamento de Servicios Generales (DSG) involucrados en el sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Medicina de la UADY.

CRITERIOS: Cláusula 4.1, 4.2.1, 4.2.3, 4.2.4, 5.1, 5.2, 5.3, 5.4.1, 5.4.2, 5.5.1, 5.5.3, 6.1, 6.2.1, 6.2.2, 6.3, 6.4, 7.1, 7.2.1, 7.2.2, 7.2.3, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.4, 7.5.5, 7.6, 8.1, 8.2.1, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.4, 8.5.1 y 8.5.3. Nota: aplican a todos los procesos



Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Laboratorios Auditados

- Laboratorio de Evaluación del Estado Nutricio LEEN
- Unidad Cardiometabolica UC
- Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple LEIM
- Laboratorio de Dietología LD
- Laboratorio de Imagenología LIMAG
- Área de Adquisiciones del Depto. De Servicios Generales DSG



Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Equipo Auditor:

Claudia Jazmín Traconis Meza

Pamela Pereyra Azcorra

Brenda Gómez Ortegón

Lizbeth Estrada Osorio

Aurora Cinta Güendulain

María Cárdenas Marrufo

Zulema Cabrera Araujo

Caridad Herrera Franco

Sally López Osorno (Coordinadora de
Auditorias)

Rosario Quijano Cervera (Auditor observador)

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
UC	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de la implementación de uno de los procedimientos. (el procedimiento P-FMED-UC-02 no esta implementado)
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de adecuadas condiciones de higiene. el acceso al edificio, así como en el área del estacionamiento hay bolsas con basura; escombros, maleza crecida, etc.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la aplicación, análisis y seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de la medición de los indicadores en la UC, procedimientos P-FMED-UC-01, P-FMED-UC-03, P-FMED-UC-04.

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
UC	NOM-168-SSA1-1998	No se encontró evidencia objetiva de los datos (fecha, nombre, firma) en las notas de los expedientes.
	NOM-168-SSA1-1998	No se encontró evidencia de la claridad de las indicaciones médicas.

Laboratorio auditado	Descripción de las recomendaciones
UC	<p>Redefinir el nombre del procedimiento P-FMED-UC-01 (hacerlo más descriptivo).</p> <p>Anexar en las políticas: las personas o autoridades que fijan las cuotas de recuperación del procedimiento P-FMED-UC-01, es decir, quienes son los responsables de asignarlas.</p> <p>Afinar el criterio de exentos de pago en las políticas, P-FMED-UC-01, pues es muy subjetivo dejar a libre criterio del profesionista del área de la salud.</p> <p>Identificar de alguna forma los expedientes de las personas que están exentas de pago.</p> <p>En el procedimiento P-FMED-UC-03, unificar el formato de las bitácoras en las que se registran las actividades de los alumnos. Actualizar el formato de la bitácora.</p> <p>En el procedimiento P-FMED-UC-03 estandarizar los criterios de evaluación a los estudiantes.</p>

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LIMAG	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la revisión de los procedimientos, ya que existen incongruencias en dichos documentos.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de la documentación de acciones de mejora .
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la documentación del producto no conforme.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las observaciones
LIMAG	Provisión de servicios de Laboratorio	Implementar políticas y Reglamento del uso del laboratorio. Incluir código a la libreta de resultados (interpretación del estudio) del paciente.

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LD	ISO 9001:2008	Se encontraron formatos que no están identificados correctamente.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de la documentación de acciones de mejora en el LIMAG.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la documentación del producto no conforme en el LIMAG.

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las observaciones
LD	Enseñanza-aprendizaje, Provisión de servicios de Laboratorio	Codificar el calendario Norma externa impresa Definir periodicidad de la encuesta de satisfacción

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las recomendaciones
LD	Enseñanza-aprendizaje, Provisión de servicios de laboratorio.	Evaluar si las características del piso son las adecuadas de acuerdo a las normas oficiales. Contar con un equipo de cómputo con acceso a la web. Mejorar la señalización

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEIM	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia del conocimiento de los puntos de acceso de los procedimientos.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de accesos adecuados para los usuarios, así como de una adecuada salida de emergencia.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de estabilidad en la red; de equipo de cómputo suficiente, así como falta de mantenimiento al mismo.
	ISO 9001:2008	Se encontró evidencia de inadecuadas condiciones de seguridad.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de que se esté salvaguardando la información, expediente electrónico, propiedad del cliente,

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
LEIM	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la aplicación, análisis y seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente.
	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia objetiva de la revisión de la eficacia de las acciones correctivas tomadas en el LEIM.

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las observaciones
LEIM	Enseñanza-aprendizaje, Provisión de servicios de Laboratorio Investigación	No está especificado en el procedimiento P-FMED-LEIM-01 que los pacientes llegan referidos de otro laboratorio (del laboratorio de evaluación).

Segunda Auditoria Interna Extraordinaria de Calidad

Revisión de la Dirección

Laboratorio auditado	Normatividad	Descripción de Incumplimiento
DSG	ISO 9001:2008	No se encontró evidencia de una adecuada comunicación de los procesos establecidos en el sistema de gestión de la calidad.

Laboratorio auditado	Proceso	Descripción de las observaciones
LEEN	Provisión de servicios de Laboratorio	<p>Incorporar una secretaria o ayudante en el área cuando el responsable no se encuentre.</p> <p>Implementar las políticas necesarias para controlar la devolución de los equipos y materiales prestados</p>

**Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Unidad Universitaria de Rehabilitación y de sus
Laboratorios de Evaluación LEIM
14 de mayo 2009**

Consideraciones generales de las instalaciones.

No presentan constancia de fumigación otorgada por una empresa que cuente con registro sanitario vigente.

EVALUACIÓN

No cuenta a la vista con el título de la actividad que desempeña.

No presenta archivo de documentación de los profesionales que efectúan funciones directamente con los pacientes en el consultorio.

El botiquín de Primeros Auxilios no está equipado de acuerdo a la NOM-148-SSA1-1998 en su apéndice normativo H.

Expedientes: no tienen tipo, domicilio del establecimiento y notas que constaten que se está llevando el tratamiento en los términos indicados en los objetivos del tratamiento.

**Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Unidad Universitaria de Rehabilitación y de sus
Laboratorios de Evaluación LEIM
14 de mayo 2009**

ELECTROTERAPIA

No cuenta con archivo de la documentación de los profesionales que laboran en este laboratorio.

HIDROTERAPIA

No cuenta con archivo de la documentación de los profesionales que laboran en este laboratorio.

No hay botiquín de primeros auxilios.

No cuenta con constancia de fumigación.

No cuentan con notas que constaten el tratamiento diario.

NO SE CUENTA CON EL ACTA DE VERIFICACION



**Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Unidad Cardiometabolica
17 de febrero 2009**

Cuenta con archivo, con la documentación del personal que comparte. **No cumple**

Las recetas que expide cumplen con las disposiciones sanitarias.
Cumple parcialmente.

Presenta constancia de fumigación otorgado por un establecimiento autorizado **No cumple**

Los expedientes clínicos cumplen con las disposiciones contenidas en la Norma correspondiente **Cumple parcialmente**

Cuenta con carta de consentimiento informado. **No cumple**
NO SE CUENTA CON EL RESULTADO DEL DICTAMEN

Visitas de verificación 28 de agosto 2009

Se cuenta con el resultado del dictamen, pero **NO SE CUENTA CON EL ACTA**



**Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Laboratorio de Análisis Clínico
28 de agosto 2009**

Se cuenta con: la orden de verificación 15-abril-09 y el acta de verificación del 14-mayo-09

Resultados:

Cuenta con manual de organización **Cumple parcialmente**

Cuenta con el manual de Procedimientos Administrativos **Cumple parcialmente**

Tiene manual de procedimientos para el manejo de residuos peligrosos **Cumple parcialmente**

Cuenta con programa de desinfección y desinfestacion del departamento **Cumple parcialmente**

NO SE CUENTA CON EL RESULTADO DEL DICTAMEN

**Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
Laboratorio de Análisis Clínico
5 de octubre 2009**

Se realizó una **evaluación de la NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002**

Con respecto a la cantidad generada de RPBI's por litros o kilogramos al mes **No se tiene el dato**

Cuenta con bitácora de registro para la entrada, salida y almacén temporal de los RPBI. **NO**

Cuenta con balanza **NO**

Se cuenta con un programa de contingencias en caso de derrames, fugas o accidentes relacionados con el manejo de estos residuos **NO**

Con respecto al Sistema de recolección y transporte interno. **NO** cuenta con registros de peso de RPBI generados previo a su almacenamiento temporal



Visitas de verificación
Servicios de Salud de Yucatán
Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios

NO se tienen datos de visita de verificación en el Laboratorio de Medicina del Deporte

Revisión de la Dirección

**Retroalimentación del usuario
Laboratorio de Evaluación del
Estado de Nutrición**



Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición mayo 2009

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularmente Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	3	1	6	10	23	30
Proceso	2	1	2	5	30	29
Resultados	3	1	4	8	28	28

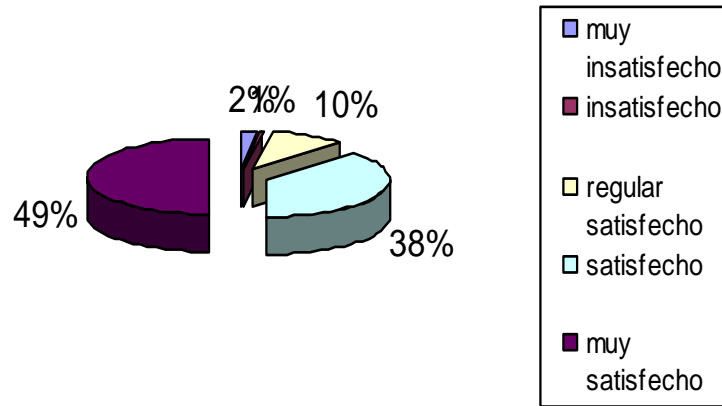
Porcentaje de satisfacción del usuario

Resultado negativo (A+B+C)	ACCIÓN
20% o menos	No se genera acción
Igual o Mayor a 21% y menor o igual a 80%	Corrección
Si es igual o mayor a 81%	Acción correctiva

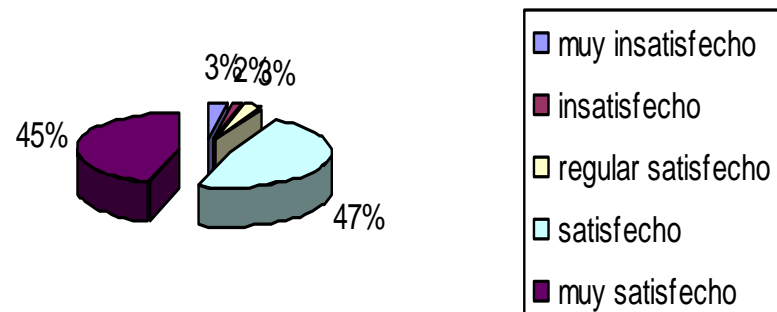
Desempeño de los procesos

Revisión de la Dirección

Satisfacción de Usuraio LEEN Mayo 2009- Estructura

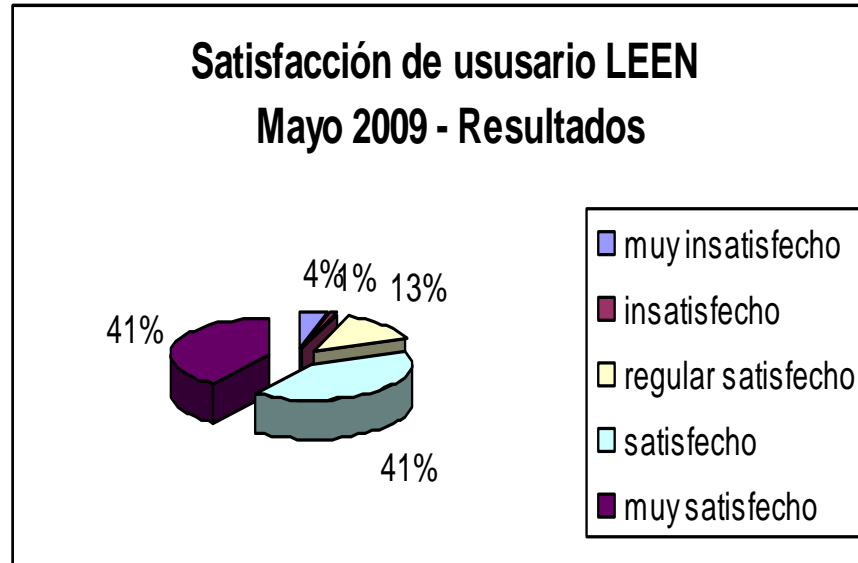


Satisfacción de usuario LEEN Mayo 2009 - Proceso



Laboratorio de Evaluación del Estado de Nutrición

Revisión de la Dirección



CONCLUSIONES:

No se generan acciones

Todos los procesos se encuentran bien

El usuario está satisfecho

Revisión de la Dirección

**Retroalimentación del usuario
Laboratorio de Estimulación e
Intervención Múltiple**



Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple

Aspectos de la calidad de la atención	Muy Insatisfecho A	Insatisfecho B	Regularment e Satisfecho C	A+B+C	Satisfecho D	Muy Satisfecho F
Estructura	2.50%	2.50%	0	5%	50%	45%
Proceso	0	2%	0	2%	22%	58%
Resultados	0	3%	3%	6%	20%	60%

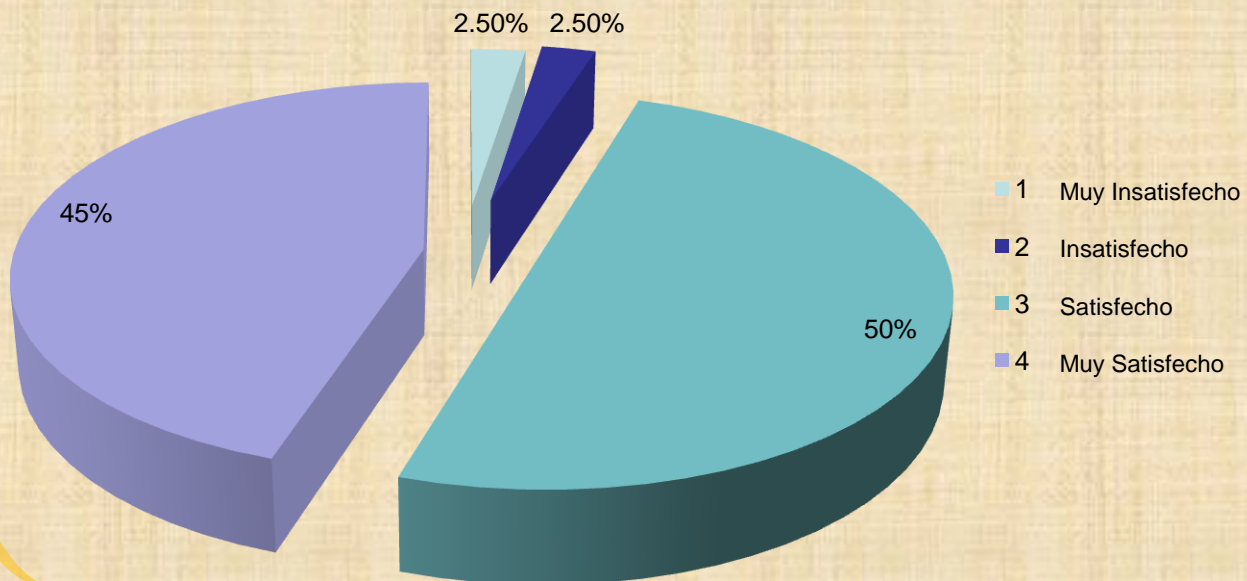
Encuestas aplicadas al % de la población al 11 de Junio de 2009

Resultado negativo (A+B+C)	ACCIÓN
20% o menos	No se genera acción
Igual o Mayor a 21% y menor o igual a 80%	Corrección
Si es igual o mayor a 81%	Acción correctiva

Revisión de la Dirección

SATISFACCIÓN USUARIOS LEIM

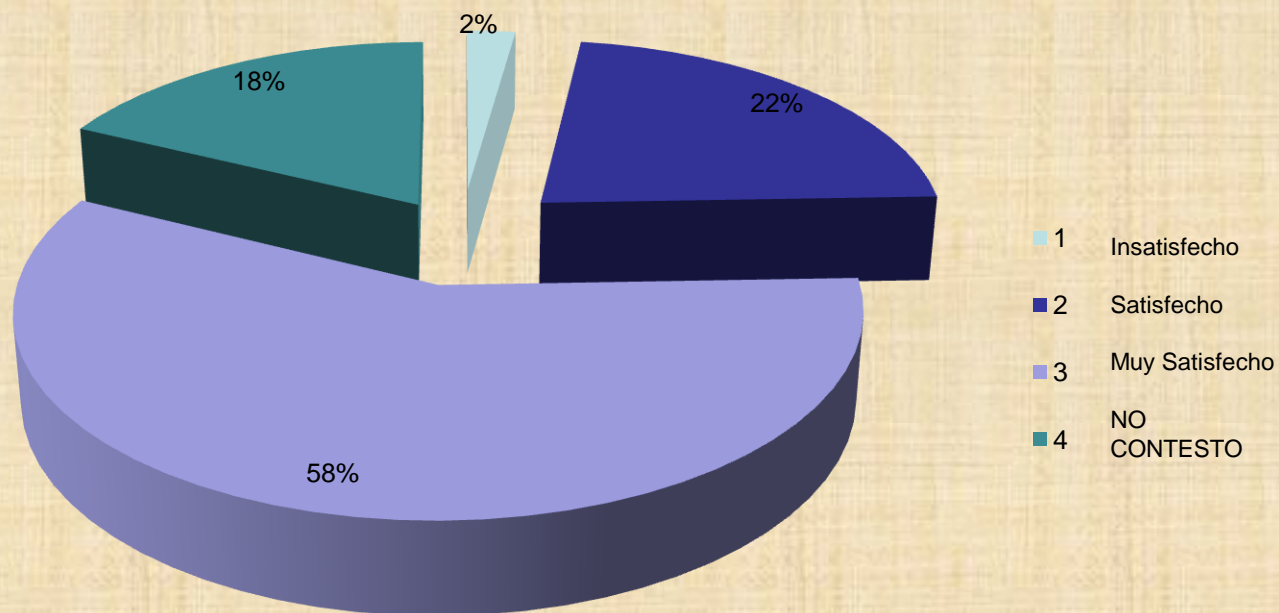
ESTRUCTURA



Revisión de la Dirección

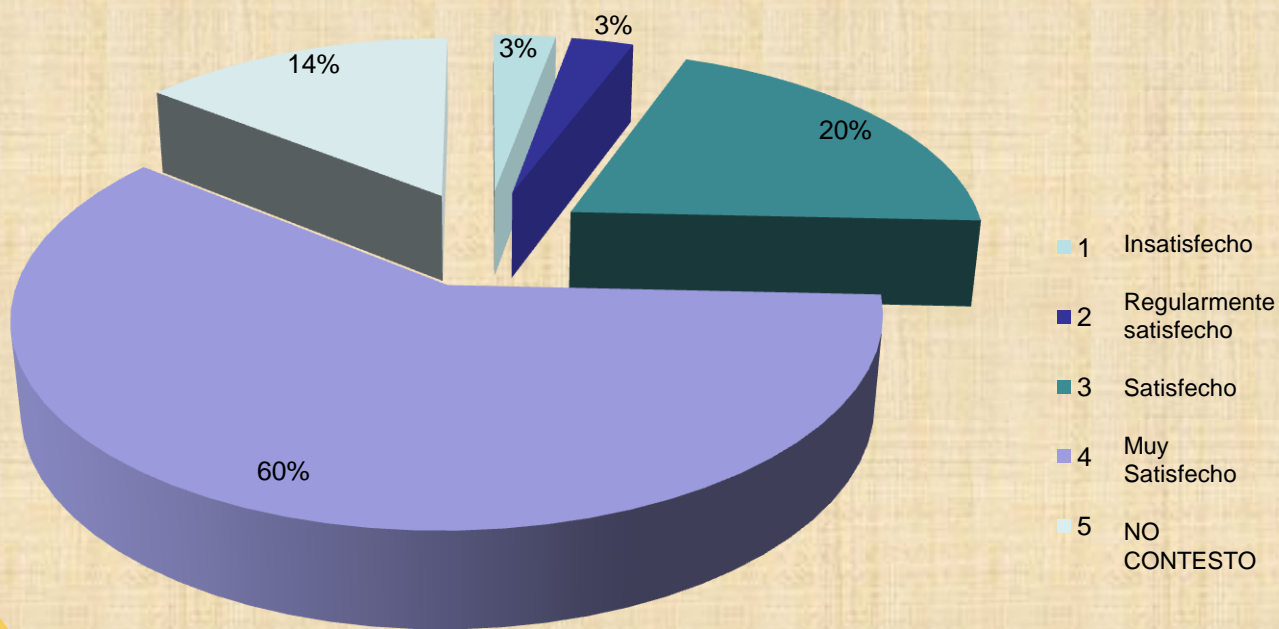
SATISFACCIÓN USUARIOS LEIM

PROCESO



Revisión de la Dirección

SATISFACCIÓN USUARIOS LEIM RESULTADOS



Laboratorio de Estimulación e Intervención Múltiple

CONCLUSIONES:

No se generan acciones

Todos los procesos se encuentran bien

El usuario esta satisfecho

Revisión de la Dirección

**Retroalimentación del usuario
Laboratorio de Medicina del
Deporte**

ISO

9001:2000

CERTIFICADO 40836

ABS

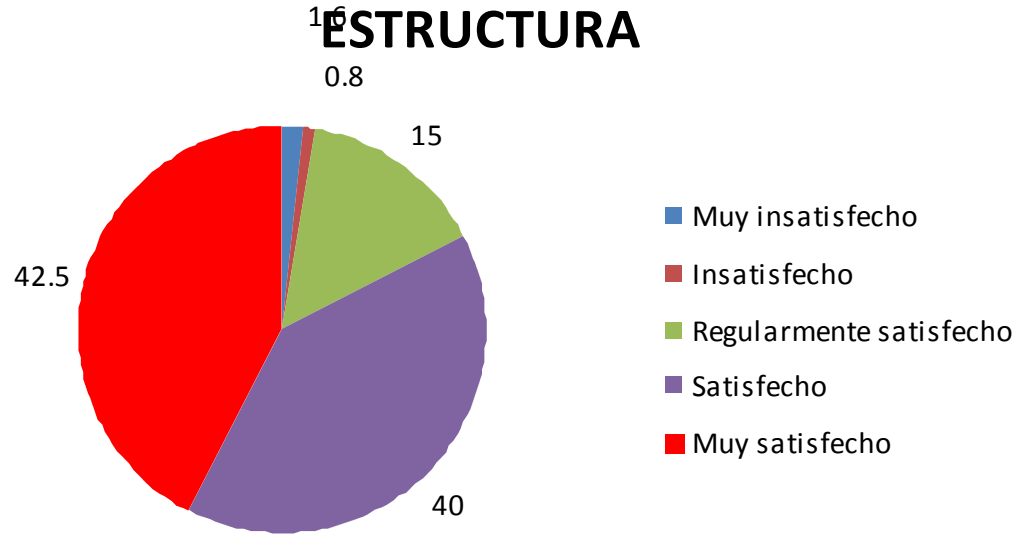
Revisión de la Dirección

Item del cuestionario de calidad	Resultados	Muy insatisfecho (malo)	Insatisfecho (regular)	Regularmente satisfecho (bueno)	Satisfecho (muy bueno)	Muy satisfecho (excelente)	n
3	Calidad del servicio	2/5.12	0	1/2.56	8/20.51	28/71.79	39
11	Tiempo en que se resolvió su caso.	0	0	4/10.26	17/43.59	18/46.15	39
	Promedio	2.56%	0.00%	5.98%	32%	58.99%	

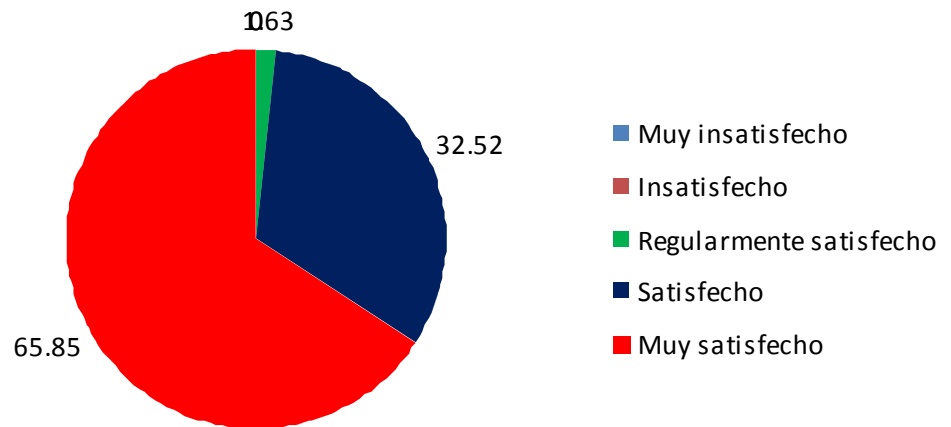
Resultado negativo (A+B+C)	Acción	Estructura	Proceso	Resultados
20 % o Menos	No se genera acción	7%	10%	8.54%
Igual o mayor a 21 y menor o igual a 80 %	Corrección (acción inmediata)			
Si es igual o mayor a 81 %	Acción correctiva (eliminar la causa raíz)			

Revisión de la Dirección

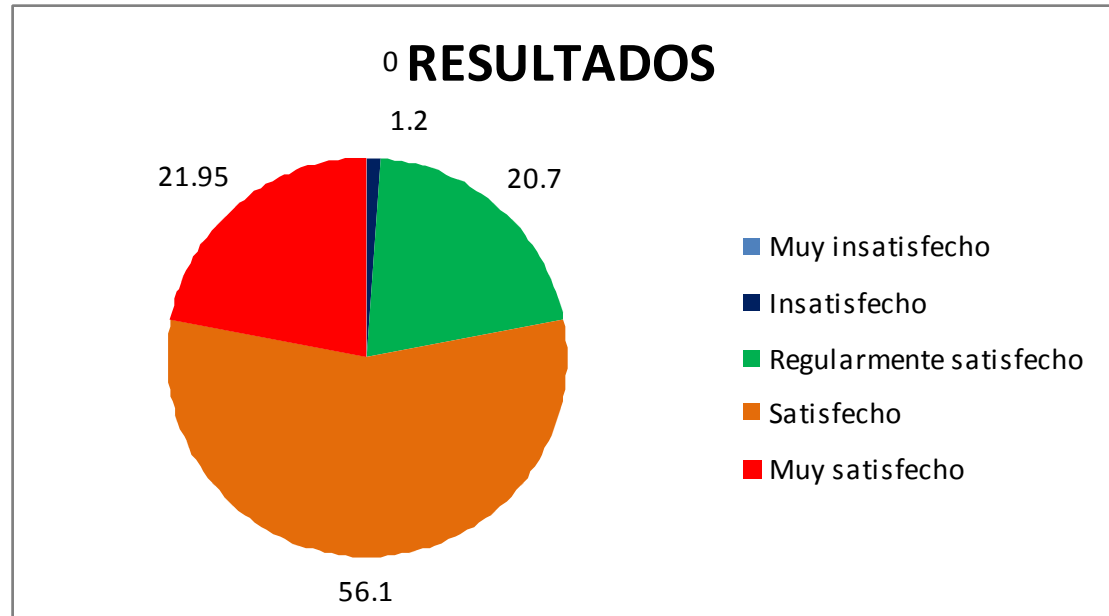
ESTRUCTURA



PROCESO



Laboratorio de Medicina del Deporte



CONCLUSIONES:

No se generan acciones

Todos los procesos se encuentran bien

El usuario esta satisfecho

Revisión de la Dirección

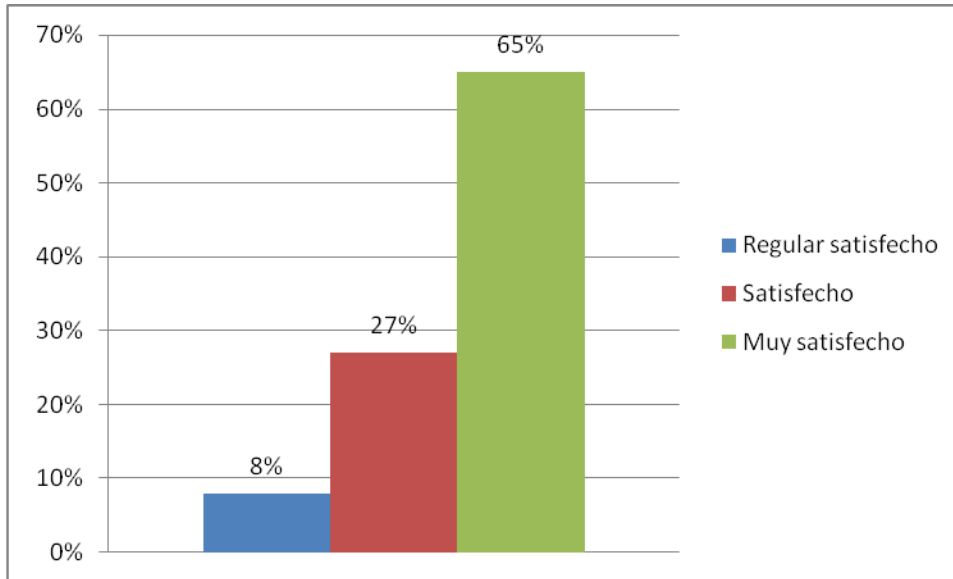
**Retroalimentación del usuario
Laboratorio de Análisis Clínicos**

Revisión de la Dirección

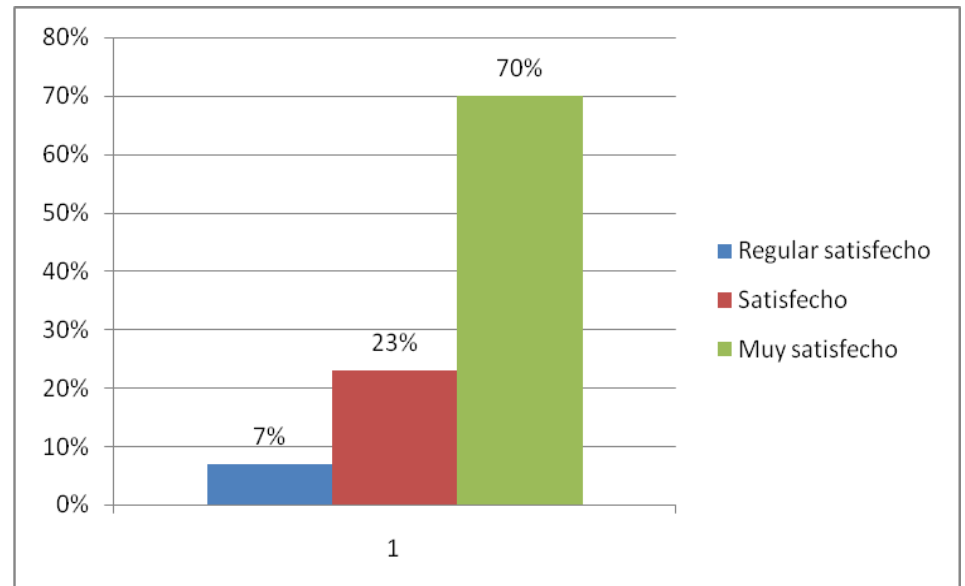
Aspectos de la calidad de atención	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho	A+B+C	Satisfecho	Muy satisfecho
	A	B	C		D	E
1. Estructura	0	0	8	8	27	65
2. Proceso	0	0	7	7	23	70
3. Resultado	0	0	6	6	17	77



ESTRUCTURA

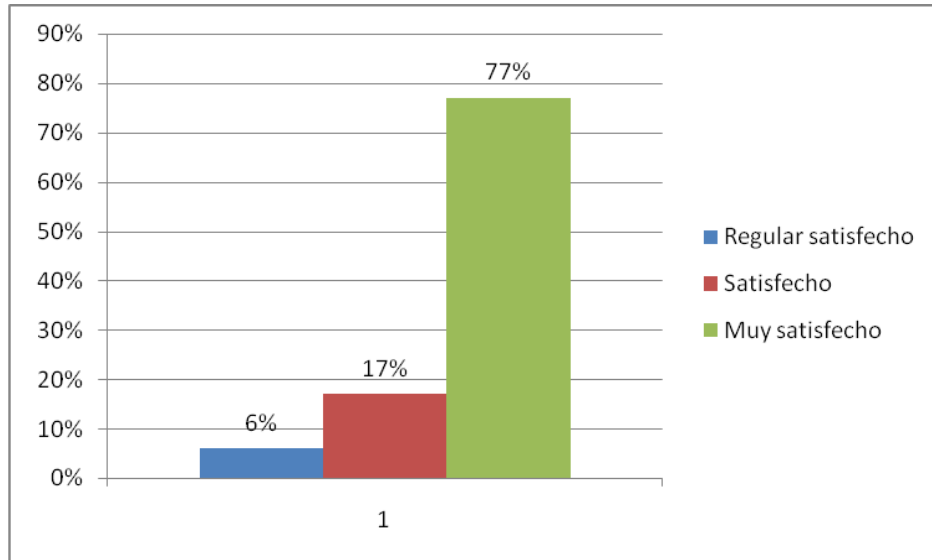


PROCESO



Retroalimentación del usuario

Laboratorio de Análisis Clínicos



RESULTADOS

CONCLUSIONES:

No se generan acciones

Todos los procesos se encuentran bien

El usuario está satisfecho

Revisión de la Dirección

**Retroalimentación del usuario
Laboratorio de Ciencias
Fisiológicas**

Revisión de la Dirección

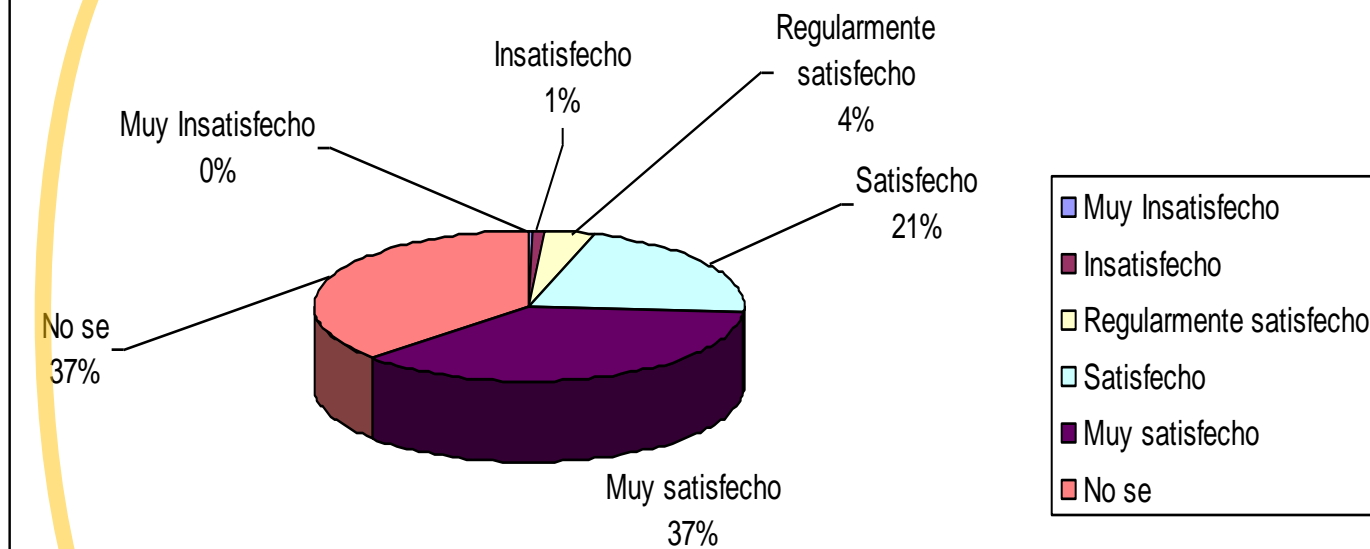
Laboratorio de Ciencias Fisiológicas

PREGUNTA	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regularmente satisfecho (%)	A + B + C	Acción a realizar
ESTRUCTURA	0	1	4	5	No Genera corrección
PROCESO	0	2	7	9	No Genera corrección
EVALUACION	1	1	7	9	No Genera corrección



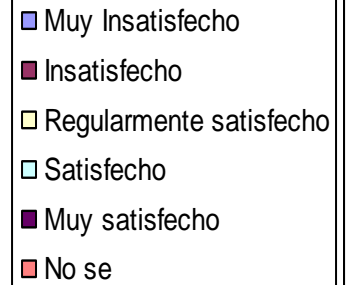
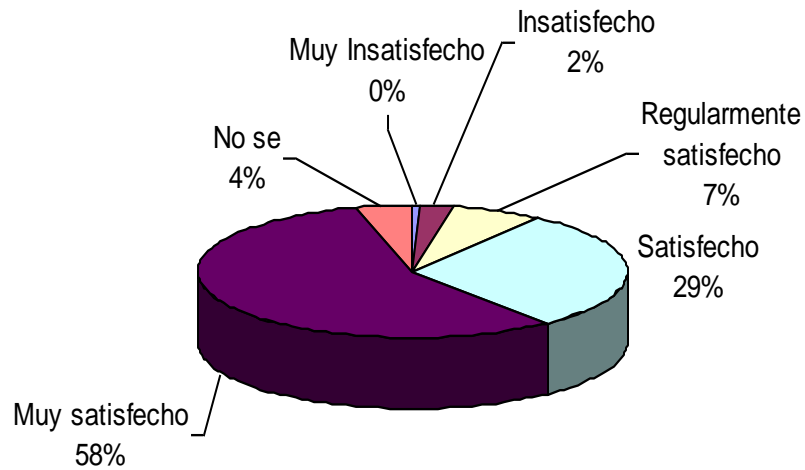
Revisión de la Dirección

I. ESTRUCTURA



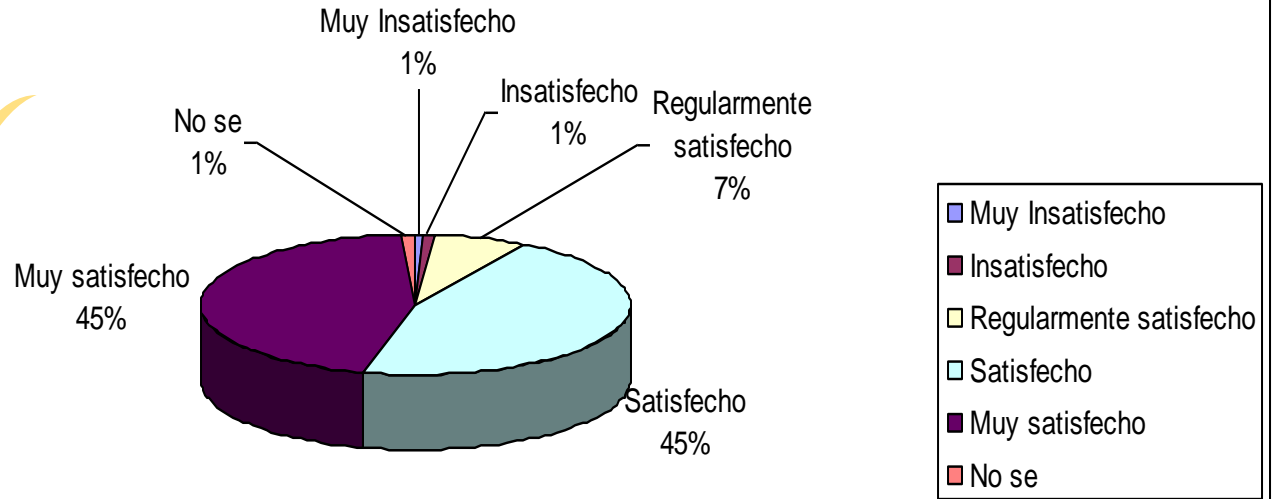
Revisión de la Dirección

II. PROCESO



Revisión de la Dirección

III. RESULTADOS



Retroalimentación del usuario Laboratorio de Ciencias Fisiológicas

CONCLUSIONES:

No se generan acciones

Todos los procesos se encuentran bien

El usuario esta satisfecho